

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Modalidades institucionales y concepciones circulantes en contextos de políticas neoliberales. La atención en salud mental en el marco de los cesacs como punto de mira.**

Grisel Adissi.

Cita:

*Grisel Adissi (2009). Modalidades institucionales y concepciones circulantes en contextos de políticas neoliberales. La atención en salud mental en el marco de los cesacs como punto de mira. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1522>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbW/fDa>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Modalidades institucionales y concepciones circulantes en contextos de políticas neoliberales**

**La atención en salud mental en el marco de los cesacs como punto  
de mira**

***Lic. Grisel Adissi  
griseladissi@gmail.com***

La presente ponencia se basa en los primeros avances de investigación sobre los procesos de atención en Salud Mental, en el marco de los efectores públicos de primer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Su objeto empírico son entonces los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), tomando como unidades de recolección tanto a profesionales insertos en ellos como a informantes de nivel central del Sector Salud del Gobierno de la Ciudad.

Estando estos efectores –los CeSACs- insertos en contextos sociales empobrecidos, y destinados a atender a población vulnerable casi en su totalidad, interesa aquí poner en correlación el modo de funcionamiento que arrojan como conjunto para con enunciados disciplinares que se deslizan -aun contra la intención de los enunciantes- dando como resultado su legitimación. Se parte de suponer que el comprender dichas prácticas y discursos como emergentes de un contexto que los habilita, esto es, el de

retracción del Estado Social, permite observar el modo en que este último proceso viene teniendo lugar tanto a nivel de gestión pública como de universo simbólico de argumentos y expectativas.

De tal modo, para proceder a la presentación, distinguiremos de modo analítico la configuración de la oferta -tomando distintas dimensiones de aquella, descriptas sucintamente en el primer apartado- de los discursos que, si bien surgen muchas veces desde los márgenes y con pretensiones de resistencia a la hegemonía médica, por momentos tienden a funcionar como sostén –referidos en el segundo.

\*\*\*

Existen actualmente 41 CeSACs; en todos ellos se encuentran trabajando profesionales de la Salud Mental. Si bien este último es un concepto difícil de precisar, puesto que la definición dada por la ley en vigencia (448) suele no coincidir con la perspectiva de los actores, debemos decir –en contiguidad con el modo en que el sentido común define aquella categoría- que existe al menos un/a psicólogo/a trabajando en cada uno de ellos.

Aun poco exhaustivo, aquel dato compartido pareciera ser lo único que unifica a este primer nivel. Es que cada uno de los efectores despliega una oferta institucional diferente, sin existir prestaciones básicas que permitan a los ojos de la población un mínimo margen de previsión. No sólo en cuanto a la atención, sino además en relación con las modalidades administrativas a través de las que se accede a aquella. Así, existen tanto CeSACs que realizan únicamente atención clínica como otros que abordan la Salud Mental exclusivamente como eje transversal de dispositivos interdisciplinarios de promoción y prevención extramurales -con todos los matices y combinaciones posibles entre ambos extremos. Cabe aclarar que entre aquellos que ofrecen asistencia, los dispositivos –en su mayoría individuales, pero no en su totalidad- pueden consistir sólo en una consejería acotada o bien en tratamientos bajo distintas perspectivas y escuelas, de duración y encuadre variables. Una variación similar puede encontrarse en relación a los modos en que se adjudican turnos, se priorizan intervenciones, o se vinculan los profesionales con quienes ocupen el lugar de pacientes.

Lo anterior conlleva el hecho de que la relación que dispositivos y profesionales de Salud Mental establece en cada efector del primer nivel para con el resto del equipo de salud -sea del propio establecimiento, de otro perteneciente al mismo nivel, del hospital

base (segundo nivel) o algún efector monovalente y de mayor complejidad (tercer nivel)- varía en cada caso, pudiendo incluso no existir<sup>1</sup>. La misma diversidad existe en lo relativo a la vinculación con instancias externas. Entre estas últimas podemos mencionar establecimientos educativos, ONGs con cierta cercanía territorial, instituciones dependientes de la órbita judicial, y otras instancias de gobierno central en distintas líneas y ámbitos –Ministerios nacionales y locales de Salud y de Desarrollo Social, principalmente.

Mientras que la brevísima descripción anterior podría eventualmente, al ser interpretada de modo sincrónico, imputar tal dispersión a características locales, una aproximación diacrónica nos presenta un panorama por completo distinto. Es que cada una de las prácticas realizadas, tanto como cada uno de los vínculos sostenidos, se sigue de razones de mera contingencia. En otras palabras, prácticas y articulaciones se han ido gestando –y lo siguen haciendo- en una aparente autonomía, donde las características personales de quien ocupe cada posición institucional permanecen como el único factor causal –al menos aparente- de tales desarrollos. Este lugar tan determinante como exclusivo de los intereses individuales lleva a la dificultad de encontrar –aun en el caso de los vínculos interinstitucionales- relaciones que posean cierto grado de independencia respecto de quien las encarna. Siendo que esta última es la definición misma del concepto de “institución”, esto podría considerarse un problema -sobre todo subrayando que se trata de organizaciones públicas destinadas en lo normativo a garantizar el Derecho a la Salud particularmente en poblaciones empobrecidas.

Las modalidades de inserción de quienes llevan adelante este conglomerado de prácticas dispersas -y no lo suficientemente sedimentadas como para trascender tanto el voluntarismo como las circunstancias coyunturales en que se originan- poseen cierta analogía con lo anterior. Es que en el seno de cada efector pueden encontrarse tanto profesionales de planta con pertenencias laborales formalizadas, como profesionales que se encuentran “en comisión” (es decir que tienen un nombramiento para alguna institución distinta a aquella a la que se desempeñan), profesionales contratados; u otros que cobran “módulos” –los que incluso pueden ser cobrados a nombre de otras personas en caso de que aun no salga la designación del cargo, o que no haya

---

<sup>1</sup> Cabe aclarar quizás un supuesto básico de la salud pública: son tales relaciones las que determinan existencia y tipo de derivaciones efectuadas –en definitiva, la trayectoria de quienes ocupen el lugar de pacientes

posibilidades de acceder a ella. También se encuentran residentes, concurrentes, pasantes, becarios, adscriptos; salvo los primeros, el resto se vincula a las instituciones por voluntad propia y no existe un registro exhaustivo que permita conocer su cantidad y distribución. El direccionamiento y la supervisión de estos últimos –además de, en ocasiones, la misma selección– reposa en el modo en que se encuentren configurados los resortes de poder al interior de cada uno de los efectores. Sumado a lo anterior, las inserciones pueden remitir o no de modo exclusivo al efector, y poseer distinta carga horaria, lo cual dificulta -cuando no imposibilita- el encontrar momentos comunes para reunirse o intercambiar criterios de intervención. La precariedad en los modos de inserción –muchas veces, honorarios- lleva a que la motivación para insertarse en estos ámbitos sea muchas veces la capitalización de experiencia o trayectoria para desempeñarse posteriormente -o en simultáneo- en el ámbito privado. Siendo esto equiparable a lo que frecuentemente sucede en el nivel hospitalario, el resultado puede tornarse una tendencia fuerte a reproducir modalidades de atención similares a las de los consultorios externos, junto con una menor motivación para desplegar otros dispositivos de inserción territorial. Si sumamos al análisis el hecho de que la práctica privada es el foco de la formación profesional universitaria actualmente, el manejarse con sus pautas se vuelve muchas veces un mecanismo automático difícilmente cuestionado.

Ahora bien, el mapa brevemente presentado no se completa sin hacer referencia a lo que sucede –por omisión, en este caso- en relación con niveles de gestión superiores al local. Es que lo que en principio algunos nombran como “descentralización” se vuelve lisa y llana fragmentación al no existir un marco común, esto es, alguna instancia que oriente y ofrezca lineamientos mínimos a seguir. Coadyuvado por organigramas siempre cambiantes e imbricados, así como por la falta de una estructura real que posibilite mecanismos de direccionamiento, se conforma un “sistema” astillado donde la falta de ámbitos de reunión y conformación de criterios compartidos impide a su vez la acumulación y el traspaso de experiencia entre prácticas y agentes.

\*\*\*

Antes de proseguir, cabe aclarar que en este trabajo se pretende mostrar el modo en que se conjugan determinados discursos con ciertas prácticas, más allá de la intención de quienes los refieran, sin por ello afirmar que este objeto de análisis sea el único en que

tales modalidades y nociones tienen lugar. En otras palabras: no se considera que lo que aquí expuesto sea una particularidad propia de la atención en Salud Mental en el primer nivel del sector público, sino que se presenta tan sólo como ejemplo del modo en que cierta clave de lectura vinculada a lo disciplinar, al ser extrapolada y funcionar metonímicamente, termina por contribuir a naturalizar funcionamientos propios de un determinado momento histórico. Al mismo tiempo, debe aclararse que el discurso de los actores es desde ya mucho más rico, complejo y contradictorio que la mera enunciación de los elementos retomados -de hecho, la mayoría de los discursos de los que se recorta lo aquí citado son muy críticos respecto de la realidad social. De tal modo, aquí sólo se sitúan algunas interpretaciones de los actores que insisten a lo largo de las entrevistas realizadas y que merced a cierta analogía con preceptos neoliberales tienden a desplazarse de su funcionalidad, posibilitando la producción y reproducción de modos de funcionamiento vinculados con la retracción del Estado Social.

Hecha la anterior aclaración, señalaremos que en todas las entrevistas recolectadas, el origen de los múltiples dispositivos es ubicado en el *deseo* de los profesionales. El carácter verídico que desde luego posee lo anterior no debería impedir entrever cierto carácter problemático cuando esta sola causa se considera no sólo necesaria sino además suficiente para legitimar toda práctica -y esto es lo que sucede en los discursos émicos. Igual motivo orientaría a su vez tanto la existencia de capacitaciones -o su ausencia- como su contenido, o bien la consideración de alguna dimensión de necesidades poblacionales bajo ciertas definiciones. Así, los fundamentos y argumentos que sostienen la conveniencia de ofrecer determinados dispositivos, en caso de existir, pasan varias veces por el tamiz del *deseo* como criterio básico según el cual desplegar una oferta de atención -lo cual lleva a que esta repose en la decisión individual. El carácter tan central como exclusivo de aquel se vincula siempre a lo que aparece definido como *autonomía*, valor fundamental a ser defendido contra cualquier ingerencia por parte de una instancia externa. Así, pese a que por momentos aparezca en los relatos el desamparo provocado por la falta de marcos institucionales, la convicción de que las prácticas parten del profesional y su deseo conlleva el afirmar la elección por esta modalidad de funcionamiento, en la que *existen grados de libertad que te permiten moverte a gusto*. Desde ya que esto no puede desvincularse de la desconfianza radical que aparece en los mismos enunciados respecto de cualquier lineamiento surgido exteriormente.

Lo anterior posee íntima vinculación con el sentido atribuido al orden que, por acción u omisión, determina aquello, y del cual a su vez se recela. Así, en el entramado discursivo de los profesionales, cuando aparece alguna referencia a cualquier tipo de limitante estructural de las prácticas –incluida la desorganización administrativa y política, que es una de las dimensiones por las que particularmente se pregunta en las entrevistas- el comentario que la acompaña suele parecerse a la afirmación *es lo que hay*. Así, mientras se remite al contrapeso de una apelación como la de *no trabajar sobre la falta*, se refiere aquello que no depende directa o individualmente de los enunciantes como una dimensión intrínsecamente inmodificable<sup>2</sup>. El resultado de apostar –al menos discursivamente- al modo de posicionarse frente a las limitaciones existentes como casi único margen de acción subjetiva, también nombrada como un llamado a la *responsabilización*, aparece no obstante en repetidas ocasiones junto con su contracara: el *voluntarismo*, adjetivo con el que se critican o autocritican intervenciones que en definitiva, podría analizarse, son las mismas que se defienden.

Junto con lo anterior, la clave de lectura utilizada para comprender las dinámicas de vinculación tanto entre profesionales y pacientes como entre instituciones remite a los vínculos intersubjetivos –*se hace lazo o no se hace lazo*. De tal modo, la confianza como valor central contribuye a colocar como únicas prácticas autorizadas a aquellas que tienen lugar merced a vínculos informales, sea que se trate de una derivación o una articulación interinstitucional. Como supuesto sobre el que se erige lo anterior, existe una concepción fuerte acerca del lugar nodal de lo informal en toda institución, lo cual suele acompañar la consideración de que toda organización es *lo que se arma*: diferente en los hechos a aquello reglamentado, siendo lo que sostiene su funcionamiento el *interés personal* de quienes la conforman. Como corolario, se extiende la misma imputación causal a aquellas relaciones ausentes, es decir, a los vínculos que no se constituyen –lo cual suele incluir la comprensión de las tan frecuentes deserciones: *no se puede hablarle a cualquiera*.

Atribuciones similares se otorgan a otra serie de dificultades. Así, por ejemplo, se considera que la calidad de la atención brindada puede ser deficiente debido al *burn out*.

---

<sup>2</sup> Quizás una excepción a esto pueda encontrarse en la organización colectiva que algunas veces funciona para defender intereses gremiales –los que permanecen en el plano de lo particular, por más que en ocasiones, como con la propia redacción y sanción de la ley 448, se argumente en pos del bienestar de la población. Cabe mencionar que dicha ley, de carácter impreciso en sus enunciados y reglamentación, y sin creación de una estructura acorde que permita llevar a cabo lo proclamado, fue retomada principalmente como amparo para la disputa por lugares jerárquicos y nichos institucionales.

Tal desgaste laboral, sostienen los entrevistados, se origina en la falta de renovación profesional –sea en términos de ingreso de nuevos trabajadores o en términos de capacitación permanente, vinculando esta última también con innovaciones o espacios colectivos donde repensar las intervenciones. A su vez, y entretelado con lo anterior, su deficiencia puede estar relacionada con las características personales de quienes trabajan en un mismo efector, aquellas que determinan según los entrevistados el mismo hecho de que no siempre pueda hablarse de un “equipo”. En relación con esto último, debe mencionarse que también la fragmentación entre profesionales es atribuida en muchos casos a características inherentes a la disciplina –*el area psi es el más difícil de agregar por definición*.

En cuanto a los atributos de las prácticas ofrecidas a la población, resulta nodal la consideración de lo singular y la atención brindada a la resolución del *caso por caso*. Este principio puede entrar en tensión dilemática con la búsqueda de soluciones en torno a la conformación de largas listas de esperas. Al mismo tiempo, puede redundar en dejar ciertos bolsones –en tipo y magnitud difíciles de precisar- de población desatendida, debido a no priorizar la consideración de regularidades en la presentación de ciertas problemáticas. De modo aledaño, puede contribuir a aquello la extensión de considerar que *nadie puede ser obligado a atenderse* hacia grupos que se encuentran en posiciones de vulnerabilidad (niños, mujeres abusadas, víctimas de violencia, etc). Lo anterior sumado a la centralidad que suele ser otorgada a lo comprendido bajo el rótulo de *demanda* lleva a que en ocasiones el trabajo terapéutico se encuentre limitado a recibir a la población que se acerca a los Centros de Salud y que *sostiene la espera* -que puede llegar incluso a implicar el transcurso de algunos meses en los que la atención es diferida.

\*\*\*

Tal como se mencionó arriba, la intencionalidad que orienta este escrito es presentar el modo en que discursos disciplinares pueden desplazarse hacia la naturalización de formas de funcionamiento históricamente determinadas, merced a la analogía que con ellos pudieran presentar. Esto no es algo propio del campo psi, sino que este es el ejemplo que aquí se presenta, siendo tan sólo una modalidad de presentación -entre muchas otras- de mecanismos legitimantes. Lo que sí interesa es detenerse en considerar el modo particular en que prácticas y discursos adquieren sentidos específicos cuando se los analiza a la luz del contexto histórico en que tienen lugar –en



este caso, el de retracción del Estado Social concomitante a la instalación de políticas neoliberales. Es en tal sentido que podemos señalar varias dimensiones que estarían presentes en lo que aquí fue brevemente expuesto.

En primer lugar, es claro que nos habla del modo en que está estructurado el sistema sanitario en el ámbito público, aquel tradicionalmente ligado a la atención de sectores populares, en donde la atención primaria, merced a la inexistente articulación entre niveles de complejidad, se torna lisa y llanamente, tal como ha sido denunciado con insistencia, en una “atención primitiva” (Testa, 1996): una atención pobre para sectores de la población empobrecidos. Al mismo tiempo, nos habla del carácter irrelevante que en la práctica parecieran tener las legislaciones sociales (Lo Vuolo et al, 1999). Intimamente ligado con lo anterior, no deja de mostrar la precarización del empleo y el desamparo profesional, así como refractar cuestiones más generales como la consabida atomización social y la falta de pertenencia colectiva.

Ahora bien, por otro lado, cabe agregar aquí un elemento que arriba no fue mencionado y es la afinidad estructural que poseen los argumentos con que los entrevistados defienden sus propias intervenciones en el marco de un contexto definido como altamente desfavorable, en relación con la que dicen estar llamados a preservar como misión fundamental profesional (Adissi, 2009). Es que en ambos casos se trataría de, partiendo de dar por sentada la imposibilidad de una solución integral o de base, desplegar modos de posicionamiento subjetivo ante las situaciones adversas. De tal manera, así como la demanda en salud mental por momentos pareciera ocupar el lugar de un paliativo, lo ofertado podría pensarse que puede llegar a ocupar un lugar no muy distinto. Cabe quizás aquí preguntarse si no se configura así toda una postal de la precarización, y si tratando de sobrevivir en ella no se encuentra recurrentemente el riesgo de naturalizarla.

Finalmente, el nivel que interesaría aquí enfatizar es aquel en el que se legitiman -aun contra la intención manifiesta de muchos profesionales, quienes suelen denunciar esto mismo en sus propios discursos- ciertas modalidades que son propias de aquellos paradigmas que sostienen las políticas neoliberales en los escenarios latinoamericanos. De tal modo, lo que a nivel macro y meso tiene lugar como una multiplicación de programas sin relación entre sí, encuentra acá una reproducción que sólo puede en principio ser atribuida a la naturalización de aquel modo de funcionamiento, puesto que

la financiación no es por lo general aquello que determine estos casos (Lo Vuolo y Barbeito, 1995). Lo anterior es asimismo reflejado en la falta de elementos y estructuras que trasciendan la frontera acotada de lo situacional y contingente: la falta de atención prestada a los documentos escritos, la inexistencia de archivos, o bien su carácter incompleto o su inaccesibilidad cuando los hay, son todos indicadores de la falta de planificaciones y evaluaciones sistemáticas y, con ello, de la discrecionalidad imperante. En íntima relación con lo anterior, la falta de importancia prestada a todo aquello que permita eslabonar lo individual para con su contexto, se trate del eje diacrónico –la falta de memoria de gestión es un rasgo definitorio de lo mencionado- o sincrónico –dado que no se visualizan relaciones para con lo que sucede en otros efectores, en otros niveles del sector salud o en otros sectores del Estado- tiende a escamotear la ubicación de las problemáticas particulares en el marco de un contexto que las explique y haga visibles resortes estructurales con que resolverlas. El desvincular lo individual del contexto que habilita su emergencia conlleva asimismo un desdibujamiento de las funciones públicas, presentando como indeseable aquél carácter obligatorio que es necesario a fines de garantizar un derecho que le sea complementario. El Estado mismo como marco de las prácticas es el que aquí se encuentra borroneado, incluso en tanto marco de intelección. De tal modo, su coherencia de conjunto es algo que no aparece como necesario. En este sentido, cabe resaltar el hecho de que aun en su seno mismo se descrea de sus autoridades y se resisten sus ingerencias, dando como resultado que aun desde las mejores intenciones, se termine en algún sentido privatizando los mismos espacios que este provee.

Los conceptos baluartes del neoliberalismo –*autonomía, libertad, elección individual*– aparecen como capitales, invisibilizando el hecho de que es la distribución concreta de recursos, tanto materiales como simbólicos, la que propicia su efectividad o bien los convierte –como en estos casos- en una mera ilusión que sólo se sostiene merced a la focalización y el confinamiento de la mirada. La posibilidad de introducir una modificación es visualizada sólo en estos términos, lo cual, podría analizarse, otorga cierta virtualidad al carácter mismo del cambio<sup>3</sup>, y deja sin tematizar la necesidad de

---

<sup>3</sup> En tal sentido puede mencionarse, a mero título ilustrativo, que la ley aludida en una nota anterior, según los entrevistados, ha posibilitado el cambio formal del nombre de los Servicios, pasando de ser “de Psicopatología” a denominarse “de Salud Mental”, lo cual califican de éxito aun cuando no sólo el uso en la práctica del primer nombre sino además y fundamentalmente, las prácticas mismas que se desarrollan en su seno, raramente han sufrido algún tipo de alteración real.

mecanismos efectivos para concretizar lo proclamado. Por último, el modo de considerar la preeminencia de lo informal por sobre los marcos formales se desliza fácilmente a la naturalización de la falta de institucionalización de las prácticas. De esta forma, al dejar por fuera de consideración la necesidad de un encuadre que contrapesa lo personal, y, en definitiva, aun contra la intención de quienes esgrimen estos supuestos, pueden terminar apareciendo como un aval al incumplimiento de los derechos sociales -considerando el modo en que estos discursos tienden a funcionar concretamente en los contextos prácticos en que son enunciados.

## Bibliografía

- \*Adissi, Grisel "Pensando la consulta a un profesional de la Salud Mental en tanto proceso socio-cultural. Elementos para la comprensión". En Trímboli et al (comp) "El padecimiento mental. Entre la salud y la enfermedad", Asociación Argentina de Salud Mental, Buenos Aires, 2009
- \*Lo Vuolo, Rubén; Barbeito, Alberto "La Nueva Oscuridad de la Política Social", CIEPP/ Miño y Dávila, Buenos Aires, 1995
- \*Lo Vuolo, R. Barbeito, A. Pautassi, L y Rodríguez Enriquez, C "La pobreza de las políticas contra la pobreza", CIEPP/Miño y Dávila, Buenos Aires, 1999
- \*Andrenacci, Luciano (comp.) "Problemas de política social en la Argentina contemporánea", Editorial Prometeo, Buenos Aires, 2005
- \*Grassi, Estela "Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal -La otra década infame [I]" Editorial Espacio, Buenos Aires, 2003
- \*Huertas, Rafael "Neoliberalismo y políticas de salud", Editorial El Viejo Topo, Barcelona, 1998.
- \*Rovere, Mario "Reconfiguración de la teoría y práctica de la salud pública en la década de los '90" en Revista UASB y Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, Vol 1 N°3/4, 1993
- \*Starfield, Barbara "Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología", Editorial Masson, Barcelona, 2001
- \*Stolkiner, Alicia "Políticas en Salud Mental", Editorial Lugar, Buenos Aires, 1994
- \*Testa, Mario "Pensar en Salud", Editorial Lugar, Buenos Aires, 1996