

# LA APLICACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL. PRÁCTICAS SOCIALES Y DESAFÍOS DE LA EXPERIENCIA RECABADA EN LOS CAPS Y LA ASISTENCIA PÚBLICA A NIVEL LOCAL EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA (2022-2023)<sup>1 2</sup>

Nicolle Lea Barrozo Greig<sup>3 4</sup>

## 1. INTRODUCCIÓN

La atención a la salud mental afrontó un rotundo cambio a nivel nacional, tanto en el plano normativo como ideológico, a partir del enfoque instituido por la Ley Nacional 26.657 que propone un abordaje integral y humanizado de la persona con padecimientos de salud mental para garantizar su participación, pleno desarrollo y vinculación en la comunidad de modo igualitario y universal.

Al mismo tiempo, el paradigma instaurado se focaliza en la atención primaria a la salud mediante el trabajo conjunto entre profesionales y distintos efectores para la detección temprana y paliativa a fin de evitar una prematura institucionalización de la persona. Busca garantizar, principalmente, la accesibilidad de las prestaciones desde un plano preventivo para desplazar la anterior perspectiva biologicista asociada al manicomio como principal centro de control institucional, y una auténtica eficiencia de los servicios para tratar la complejidad del ser humano (Carmona, 2012).

Otro de sus aspectos centrales tiene que ver con el intercambio interdisciplinario e intersectorial, lo que conlleva a una organización de los servicios de acuerdo con las características epidemiológicas y sociales de un territorio para la construcción de redes de trabajo.

La propuesta del enfoque comunitario o modelo social<sup>5</sup> invita a la creación de redes de servicios comunitarias mediante el esfuerzo colectivo para favorecer una mejor calidad

---

<sup>1</sup> Cítense como: Barrozo Greig, N. L. 2024. La aplicación del modelo comunitario de atención integral a la salud mental. Prácticas sociales y desafíos de la experiencia recabada en los CAPS y la asistencia pública a nivel local en la ciudad de Villa María, Córdoba (2022-2023). *Estudios sobre jurisprudencia*, publicación especial: El rol de la justicia en el acceso efectivo a la salud. Debates actuales sobre salud y derechos humanos, pp. 178-197.

<sup>2</sup> Si bien se analizan las experiencias anteriores, el artículo también trata de las estrategias de superación propuestas para el 2024.

<sup>3</sup> Abogada y estudiante del Profesorado de Ciencias Jurídicas (Facultad de Derecho- UNC). Integrante del MPD, Defensoría Pública Oficial ante el Juzgado Federal de Villa María. Colaboradora en equipo de investigación PIDTA Línea Consolidar.

<sup>4</sup> Agradezco a las personas entrevistadas para la elaboración de este artículo por su entera colaboración y predisposición al diálogo y a la Lic. Bibiana Bantle de la Asistencia Pública por ser el nexo inicial con la asistencia pública.

<sup>5</sup> A los efectos de este artículo, serán utilizados indistintamente los conceptos de modelo social o comunitario para referir a este mismo enfoque.

de vida para el individuo con padecimientos mentales y, especialmente, una plena inclusión.

El objetivo del siguiente artículo es describir y analizar la efectiva implementación del enfoque comunitario o social de atención primaria a la salud mental a partir de las prácticas sociales y la toma de decisiones a nivel local de la experiencia recabada en los Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS) y la asistencia pública en la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba, desde que se presentó la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental del Poder Ejecutivo Nacional (Presidencia de la Nación, 25 de abril de 2022).

Es de suma importancia poder visibilizar el impacto de las actitudes, roles y políticas sociales en el modo en que los individuos viven los trastornos de salud que pueden transformarse en desigualdades sociales que condicionan y crean barreras actitudinales, sociales y culturales que dificultan su inclusión. Es decir, el modelo social se focaliza en “la interacción del individuo con un entorno que no da cabida a las diferencias y límites del individuo o impide su participación en la sociedad” (Eurosocial, 2013; 18).

## **2. LA SALUD MENTAL: UN PROBLEMA PREVALENTE**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al derecho a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente asociado con la ausencia de afecciones o enfermedades (1946). Se encuentra íntimamente ligado a la calidad de vida de la persona en su faz interna y a factores externos, tales como la accesibilidad y la calidad de los bienes y servicios, el acceso a la información, la disponibilidad de los establecimientos en condiciones sanitarias adecuadas, la capacitación y respeto del personal de salud, entre muchos otros.

Concretamente, el Estado Nacional tiene publicado en su sitio web oficial que la salud mental se vincula al “bienestar emocional, psíquico y social, que permite llevar adelante los desafíos de la propia vida y de la comunidad en la que vivimos” (Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, s.f.). Y allí divulga que los estudios de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) demuestran que los padecimientos mentales “no son un problema poco frecuente”, sino que se ubican dentro de las cinco primeras causas de enfermedad en América, asociadas mayormente a los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y al consumo de sustancias. Puntualmente en Argentina, una de cada tres personas presenta un problema de salud mental desde sus veinte años.

A partir de los datos elaborados a nivel local por el Observatorio de Salud de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, los trastornos mentales y del comportamiento tienen entre el segundo y tercer lugar entre las demandas prevalentes en los distintos espacios de atención de la Secretaría de Salud (Vega et. al., 2022, 127).

## **2.1. La transición hacia un modelo comunitario de atención a la salud mental**

La incorporación de lo social junto a los factores físico y mental tradicionalmente considerados para describir a la salud significó un cambio sustancial en el modo de concebirla, porque dejó de depender exclusivamente del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social (Rodriguez et.al., 2015). Los condicionantes sociales de la salud cumplen un papel fundamental para entender “cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influencian la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones” (OPS, 2002; 7).

La premisa fundacional del nuevo modelo de salud mental abandona la anterior concepción manicomial que respondía al encierro prematuro en instituciones psiquiátricas y no permitía abordar cabalmente la problemática. Se trata, entonces, de pensar ahora desde una perspectiva de derechos humanos que “focaliza como principal campo de intervención el entorno, incluyendo el entorno como espacio a modificar e intervenir. Desde esta perspectiva, el sustrato de los desafíos ya no está en la persona individual sino en la sociedad” (Eurosocial, 2013;18).

Se empieza a hablar en un plano discursivo de “universalidad”, “accesibilidad” e “inclusión”: “En el campo de la salud mental, el cambio de orientación hacia la inclusión social ha encontrado como obstáculo las dificultades de los servicios y, dentro de estos, de los trabajadores del campo, para pensar en términos de categorías relacionales” (Ardila-Gómez et al., 2016; 267).

En esta transición de un modelo a otro, es posible identificar tres líneas principales de análisis: a) el paso de la hospitalización psiquiátrica hacia la promoción de una red de servicios destinados a la prevención y atención primaria a la salud; b) la intervención del profesional o la profesional de salud para dar una respuesta integral e interdisciplinaria, con aptitud para contemplar la complejidad y dignidad humana; y c) el rol activo de los usuarios y las usuarias, junto al compromiso y la participación de la comunidad en el modo de concebir a la salud mental.

El presente artículo va a ceñirse a estos tres ejes temáticos (la atención primaria-preventiva, la interdisciplinariedad y lo comunitario) para intentar demostrar cómo se articulan en la puesta en práctica del modelo comunitario.

## **3. LA PRESENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA FEDERAL DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL**

Con posterioridad a la emergencia sanitaria dispuesta por la Ley 27.541, la Nación incluyó en su agenda política el tema de la salud mental e ideó la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (25 de abril del 2022). Por su incipiente implementación y la complejidad que demandaría su tratamiento, solo se hará una breve presentación del programa, ya que excede a este artículo. Se sancionó en línea con su antecedente directo

“Bases del Plan Federal” (2004), que proponía un rol protagónico del Estado y cursos de acción asociados a la construcción de un nuevo modelo sanitario.

El sitio web oficial de la Presidencia anunció: “Vamos a cuidar la salud mental desde una perspectiva de derechos, libre de violencias y desde el respeto a las diversidades, y a priorizar saldar la deuda con la plena implementación de la Ley de Salud Mental”.<sup>6</sup> Esta estrategia propuso numerosos objetivos: ampliar la red asistencial por telemedicina, crear la diplomatura en salud mental comunitaria, duplicar la cantidad de efectores del primer nivel de salud, transferir fondos a las provincias, continuar con los procesos de investigación y capacitación, crear dispositivos de cuidados y guardias interdisciplinarias, contratar personal con perfil interdisciplinario y crear diversos programas de acción con despliegue territorial, entre muchos otros.

De este modo, la decisión del Estado en la manera de intervenir frente a la atención a la salud pone al descubierto los distintos intereses que se conjugan en la agenda política. Cabe preguntarse qué desafíos prácticos se presentan para una eficaz prestación del servicio, con real incidencia en la sociedad que la demanda y para que no quede relegada tan solo a anuncios oficiales y sanciones legislativas.

#### **4. LA SALUD MENTAL EN VILLA MARÍA. TRABAJO DE CAMPO LOCAL**

A los fines de este artículo, se realizó un trabajo de campo a nivel local en la ciudad de Villa María para intentar describir y analizar la efectiva implementación del enfoque comunitario de atención a la salud mental, en su faz netamente práctica.

##### **4.1. El escenario: la ciudad**

Villa María es cabecera del departamento General San Martín de la provincia de Córdoba. Está atravesada por las principales rutas de acceso RN9, RN158 y autopista 9. Se localiza a 150 km de la ciudad de Córdoba (capital), a 244 km de Rosario, Santa Fe y a 571 km de Buenos Aires. De acuerdo al último censo, alberga a 88.600 habitantes (Municipalidad de Villa María, s.f.).

##### **4.2. El marco regulador: el PGTI**

El municipio sancionó el Programa de Gestión Territorial Integral (PGTI) Salud, Familia y Comunidad, dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María. Fue aprobado por el Concejo Deliberante mediante la Ordenanza N° 7.122 y Decreto N° 339 (23 de marzo de 2017) para captación, evolución y monitoreo de la población bajo cuidado. Se estructuró territorialmente en cinco zonas definidas como “áreas programáticas” para lograr una amplia cobertura.

---

<sup>6</sup> [www.argentina.gob.ar/noticias/junto-al-presidente-vizzotti-puso-en-marcha-la-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de](http://www.argentina.gob.ar/noticias/junto-al-presidente-vizzotti-puso-en-marcha-la-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de)

La delimitación geoterritorial está dada por el agrupamiento de los barrios Ramón Carrillo, Belgrano y Parque Norte; La Calera y Almirante Brown; Roque Sáenz Peña y Güemes; Las Acacias, Vista Verde y Mariano Moreno; Carlos Pellegrini y Trinitarios; Nicolás Avellaneda y Botta; San Nicolás y San Martín norte; San Martín y Lamadrid; Horizonte, San Juan Bautista y 400 Viviendas; San Justo y San Juan Bautista; Los Olmos, San Juan Bautista y San Justo; Las Playas, Evita, Villa Albertina y Barrio del Río; Rivadavia, Industrial y Barrio del Río; y Barrio Centro.

Existen a nivel municipal quince Centros de Salud (CAPS) replegados en los distintos barrios, más la asistencia pública en zona céntrica. En cada uno hay distintos efectores de salud que prestan servicio exclusivamente para esa población bajo su cuidado o que se movilizan a otros sectores.

El decreto confiere el encuadre reglamentario para garantizar la accesibilidad formal de la salud –en sentido amplio– en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental, la que expresamente reconoce:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (art. 9).

En el marco del referido programa se diseñaron veinticuatro dispositivos de atención primaria a la salud, entre ellos, dos específicos en materia de salud mental, que funcionan de manera alternativa a la internación de la persona (Vega et. al., 2022). Por un lado, el Hospital de Día Encuentro126, que es un espacio de contención, mayor al ambulatorio, para personas con un padecimiento subjetivo (psicosis). Articula con los CAPS e instituciones de referencia de cada territorio y otras de mayor complejidad. Se orienta a realizar una primera entrevista y valoración diagnóstica, conformar una red de trabajo, consolidar estrategias terapéuticas y lograr la participación de familiares y del círculo cercano de la persona bajo cuidado.

Por el otro lado, está el Dispositivo de Salud Mental Comunitaria materializado en la red de Centros de Primer Nivel de Atención (los CAPS), que se encuentran geolocalizados estratégicamente en los barrios para la prevención y promoción de la salud integral, la participación comunitaria y la conformación de redes de atención en un primer nivel. Ello implica necesariamente generar una red de establecimientos interconectados con el objeto de brindar distintas ofertas de atención y acompañamiento a las problemáticas de salud mental. A partir de una primera entrevista de preadmisión en el mismo CAPS se realiza una evaluación diagnóstica y se trabaja en referencia y contrarreferencia con el tercer nivel de atención a la salud (Hospital Regional Dr. Louis Pasteur).

En paralelo a estos dos dispositivos principales en materia de salud mental funciona el servicio municipal de Emergencias y Urgencias 107 (ambulancia a domicilio) las 24 horas del día para la atención domiciliaria, que opera conjuntamente con los dispositivos en el

ingreso de pacientes por guardia del hospital, así como en la referencia y contrarreferencia para derivación de aquellos casos que, dada su complejidad, añaden a otro nivel de atención a la salud.

Otro de los mecanismos previstos por el PGTI que se vincula con la problemática son los grupos de acompañamiento emocional, que permiten interactuar con otras personas que se encuentran en una situación similar a partir del aprendizaje colaborativo y de compartir experiencias para enfrentar situaciones dolorosas o de enfermedades. Fue diseñado como un espacio de escucha y acompañamiento en red. Su propósito se centra en el fortalecimiento del bienestar emocional, las relaciones interpersonales y el crecimiento personal.

#### **4.3. La puesta en acción: desafíos institucionales eminentemente prácticos**

Desde el paradigma comunitario, no cabe lugar a dudas que una persona en situación de vulnerabilidad merece un abanico de opciones, preferiblemente interdisciplinarias, capaces de suministrar los cursos de acción posibles para afrontar su problemática de la manera más efectiva para hacer valer sus derechos y oír su voz (Gutierrez et.al., 2017).

No obstante, existen “[r]esistencias que se dan en las prácticas, en creencias, en la no aceptación de la diversidad que impone el cumplimiento de la ley de salud mental” –tal como aboga el MPD (s.f.)– que constituyen verdaderas barreras para el acceso al servicio de salud.

Entonces, ¿con qué desafíos se enfrenta la aplicación del modelo comunitario de atención primaria a la salud mental? Para dar respuesta a este interrogante y a los fines de este artículo, se empleó un método cualitativo de recolección de datos mediante entrevistas individuales y semiestructuradas, dirigidas a informantes claves del servicio público municipal, precisamente a miembros del Servicio de Salud Mental de la Secretaría de Salud dependiente de la municipalidad de Villa María.

No hubiera sido posible este artículo sin la colaboración de agentes sociales clave de dos instituciones públicas referentes en la temática, a saber, la asistencia pública y los CAPS, con aptitud suficiente para aportar información fidedigna y compartir sus experiencias y desafíos frente a la implementación del modelo.

Las entrevistas estuvieron orientadas a reunir información vinculada con las prácticas sociales durante el último tramo de la gestión municipal, específicamente en el primer nivel de atención a la salud mental. La propuesta de este artículo consiste en esbozar una síntesis, por un lado, de los desafíos encontrados en la prestación del servicio y, por el otro, de las estrategias de acción contra los posibles obstáculos que representan barreras de accesibilidad para los usuarios y las usuarias. Cabe tener en cuenta que no es un análisis estadístico, sino que busca plasmar las vivencias de quienes prestan el servicio de salud mental en la ciudad de Villa María.

Para facilitar la lectura y la comprensión, los testimonios relevados durante el trabajo de campo van a ser presentados de acuerdo a las tres líneas de análisis referidas inicialmente.

#### **4.3.1. Primera línea de análisis: la atención primaria y preventiva**

La primera de las dimensiones de análisis intenta demostrar cómo –en esta transición del modelo asistencialista al enfoque comunitario– se invierte la premisa de un encierro prematuro hacia la regla de la atención primaria- preventiva y de la internación voluntaria de la persona con problemas en salud mental como último recurso terapéutico posible. Es allí donde “la atención primaria en materia de salud mental se convierte en la estrategia de trabajo más representativa de la ley y más conveniente a la hora determinar las intervenciones profesionales” (Vega et al., 2022; 127).

En función de ello, el actual enfoque propone la reformulación de los servicios de atención con una idea de integrar la promoción, la prevención y la atención, con base territorial para la coordinación de cuidados.

Con relación a esta dimensión de análisis se destacaron cuatro estrategias centrales para la atención primaria y preventiva extraídas a partir de los testimonios: el anclaje territorial, el trabajo en red, la preadmisión y los dispositivos grupales.

##### **a. Anclaje territorial**

En ese contexto fue pensado el marco regulador PGTI, donde la dimensión territorial asume un papel predominante para garantizar la accesibilidad de las prestaciones. En la entrevista realizada con el Director General de Gestión Sanitaria, Lic. en Psicología y Mgter. en Salud Mental, Pablo Sebastián Arriaga127 (PA), a meses de su asunción en el cargo, destacó la cobertura territorial del municipio:

En cuanto a salud mental, lo que vimos es que, la municipalidad de Villa María hizo todo un recorrido histórico de acercar, de regenerar la accesibilidad mediante el acercamiento geográfico [...] en tener el recurso cerca de casa o en el barrio. Antes llamados dispensarios y ahora CAPS, están muy bien distribuidos, son 15 en total, hay una muy buena cobertura geográfica, con buenas instalaciones, que es un ejemplo para muchas municipalidades y gestiones en todo lo que se ha trabajado e invertido en esto.

Un somero y transversal recorrido histórico del lado de Andrea Polverini (AP), Lic. en Trabajo Social y especialista en salud social y comunitaria, referente clave en la asistencia pública y encargada de la capacitación y educación permanente en servicios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, ponía en evidencia el paulatino proceso que se fue dando por descentralizar la atención de la salud hacia los barrios. Anteriormente concentrada en un único espacio físico de la Dirección Provincial de Salud Mental, pasó a distribuirse a los dispensarios (más tarde llamados CAPS) para priorizar la atención territorial entre los años 2015 a 2023.

Con relación a ello, el Psiquiatra Guillermo Gauna (GG) del CAPS de Barrio San Martín y especialista en salud social y comunitaria, sostuvo que “la persona de cada barrio tiene la posibilidad de atención de su demanda en el centro de atención, que se llama CAPS. Hay demanda espontánea, las personas van y consultan directamente. Puede ser un familiar, un vecino, en el CAPS de su barrio”.

### **b. Trabajar en red**

En plan de diseñar una nueva política en salud mental, el actual director refirió que, durante una primera etapa diagnóstica de su gestión, se realizaron –y realizan– reuniones con distintos profesionales de todas las ramas de la salud en las que hablaron de “una política de asistencialismo muy fuerte anterior a la pandemia, y que luego de ella, se profundizó”. En este punto, la psicóloga Natalia Copertino (NC) del CAPS de Barrio San Martín, especialista en salud social y comunitaria, relató:

Nos atravesó muy fuertemente la pandemia. Lo que es la salud primaria se vio atravesada con mucho asistencialismo... Y en relación al cuestionamiento de nuestras prácticas, empezamos a querer volver un poco al modelo social comunitario (que nunca se dejó de hacer), pero tratamos de tomar un poco más de enfoque en ese punto.

En efecto, se produjo un fuerte arraigo de la “atención en consultorio” como principal metodología de trabajo. Aunque distribuida estratégicamente en los CAPS de cada barrio no dejaba de ser una realidad sesgada, ya que el modelo social comunitario va más allá de una cobertura territorial.

Las propias vicisitudes del sistema no tardaron en hacerse notar, y la demanda empezó a superar a las posibilidades reales para atender a la gran cantidad y variedad de consultas localizadas en los barrios:

[L]o que estaba pasando, era que estaban saturados los consultorios y estaban dando turnos cada 20 días, un mes, mes y medio, eso lo iban manejando de acuerdo a las características de cada caso [...] Muchas veces, la persona o familia o escuela esperaba un mes el turno y cuando llegaba era derivado a un pediatra o psicopedagogo. Entonces se generaba todo un circuito burocrático que eran barreras a la accesibilidad (PA).

[E]se primer nivel está sobrecargado en consultas, sin recursos, pocos psicológicos (AP).

[N]os encontramos atravesados por sobre demandas, pero bueno, no hay que dejar de tener en cuenta que, hoy en día, el contexto social actual no está bien, y contamos con más usuarios que han dejado de pagar obras sociales entonces tenemos más gente en la parte pública, y sí, los recursos humanos se vieron conmovidos (NC).

Se hacían las admisiones, como se entiende, en cada centro de salud, en cada CAPS, pero claro, se veían desbordados por la cantidad de turnos, entonces no daba el tiempo para hacer una admisión más detenida ni para distinguir las situaciones (GG).

La saturación dejó al descubierto que la respuesta inmediata no podría ser siempre una asistencia individual de tipo psicoterapéutica en consultorio barrial, ni tampoco acudir a la psicología como única disciplina responsable para cuidar a la salud en un primer nivel de atención.

Aparecen, entonces, tres cuestiones principales: por un lado, la necesidad de articular en red con otros dispositivos e instituciones, de primero, segundo o tercer nivel, de acuerdo a la complejidad y a la especificidad de la problemática; por el otro, la de realizar un proceso de admisión de demandas para identificar la problemática, de manera individual o mediante dispositivos grupales; y, por último, fomentar respuestas interdisciplinarias.

Se trata de dirigir a distintas entidades donde se puede hacer una distinción de problemáticas, orientado de acuerdo a la problemática: si es violencia, si es consumo, si es de niñez o adolescencia [...] para que no sea asistencial sino preventivo [...] y que pueda pasar, en definitiva, a un segundo nivel o a instituciones ya formadas para hacer el abordaje de problemáticas más específicas [...].

Por ejemplo: violencia a la mujer va al Polo de la Mujer. Si es problemática de escuela también trabajamos con el gabinete y pedimos informes, derivamos a un psicólogo del municipio o [...] privado. Cuando está con algún problema de adicción derivamos al Consejo Municipal de Adicciones [Consejo Municipal de Prevención de las adicciones y del uso indebido de sustancias psicoactivas]. Cuando hay cuestiones judiciales por restricciones o porque han salido de prisión y hay que hacerle algún seguimiento, derivamos al Hospital Pasteur con un psicólogo (GG).

No es que debe desaparecer la asistencia, pero tiene que ser observada para casos que realmente lo requieran, teniendo siempre en cuenta que no es la prioridad en el primer nivel ni en un nivel de gobernanza municipal, aunque tampoco desentendernos de los casos crónicos ni de complejidad mayor, sino que es articular con las demás instituciones y generar red, [...] con equipos que trabajan determinadas temáticas de la asistencia para generar acuerdos y trabajos conjuntos (PA).

Si bien ya existía una referencia y contrarreferencia entre diversas instituciones, no se acudía a ellas sino como derivaciones para casos puntuales o, en ocasiones, de manera tardía, siempre teniendo presente que para casos de urgencias los usuarios y las usuarias recurren al servicio 107.

La importancia radica en poder distinguir de manera temprana y eficaz hacia dónde trabajar la problemática que llega a conocimiento del CAPS, si es posible abordarla desde un primer nivel de atención o si, por su complejidad, debe ser derivada a otras instituciones con mayor especificidad en la materia. Entonces,

¿cómo detectarlo en tan comprimida agenda? Para superar este desafío las personas involucradas en la prestación del servicio propusieron las estrategias de preadmisión y abordaje grupal.

### **c. Pre admisión y dispositivos grupales**

La nueva gestión apunta a fortalecer un servicio de admisiones y urgencias para detectar con inmediatez y efectividad cómo dar respuesta a las demandas iniciales. Lo definen como “un equipo itinerante que tiene un cronograma de días y va por distintos barrios” (PA), “que está en proceso de rearmado y de organización” (NC) y que busca “agilizar las derivaciones para que la gente sea orientada en tiempo y forma lo más rápidamente posible” (GG).

Está conformado por un agente sanitario, una psicóloga, un psiquiatra y planean la incorporación de una persona de la rama de la psicopedagogía y otra de la nutrición. La psicóloga Natalia Copertino (NC) y el psiquiatra Guillermo Gauna (GG) integran este equipo de admisión.

Este dispositivo de admisiones cuenta con tres posibilidades: que sea una escucha, un esclarecimiento y un cierre (que no necesariamente es una entrevista, pueden ser dos o tres, o las que sean, aunque no mucho más porque dejaría de ser admisión); la segunda opción es que se pueda incluir en una cuestión más comunitaria-grupal; y la tercera posibilidad es que sea para un espacio o proceso psicoterapéutico (un tratamiento individual, psicológico, más puntualmente, clínico). Incluso se puede pensar en la emergencia y urgencia como una entrevista de admisión y ahí que sea recibido en el centro de salud que corresponde [...] de manera más urgente.

Eso es la admisión, pensar estrategias y modalidades que pueda estar necesitando y que no sea únicamente un ingreso a psicoterapia individual (NC).

En ese aspecto, la tendencia a ofrecer dispositivos grupales como talleres aparece como una opción preventiva y comunitaria que commueve la asistencia clínica individual y permite detectar, en un grupo de personas, indicadores de cierto tipo de problemáticas para activar los procesos de atención más personalizados solo en el caso de ser necesario y, a la vez, optimiza la agenda. Por ejemplo, duelos, intentos de suicidio, ideas de muerte, riesgos para sí o para terceros, situaciones de angustia o depresión, adicciones, consumo de sustancias o violencias, al mismo tiempo, en articulación con las instituciones específicas frente a una mayor complejidad.

Otro de los aspectos novedosos tiene que ver con la reciente implementación de una línea telefónica exclusiva para este servicio,<sup>7</sup> provista por la Secretaría de Salud, que unifica las demandas de toda la ciudad.

Antes, era el teléfono particular de cada profesional y el administrativo del CAPS y, por supuesto, siempre estuvo la guardia 107, quienes tenían que tomarse el trabajo-solos- de derivar los casos y ahí se generaba ese no saber si había un seguimiento o no [...]. Incluso la familia que está en su domicilio sabe que tiene otra alternativa cuando no es urgencia y emergencias (GG).

Se suma a esta propuesta la cobertura de una guardia pasiva:

---

<sup>7</sup> Se encuentra disponible la línea telefónica exclusiva del servicio de admisión y urgencias municipal 0353-4285220.

[T]ratamos ahora sí de hacer una cobertura también los fines de semana, por ejemplo, con una guardia pasiva que se está empezando a sostener (para eso tenemos que tener recursos). Por ejemplo, todas estas familias que están con problemáticas de género, son atendidas por urgencias y emergencias. Vamos a hacer un seguimiento para que sepan que está el equipo para atenderlos durante el horario que no están abiertos los centros de salud. A partir de las 17 hs. tendríamos que tener una cobertura, eso se está hablando hoy (GG).

#### **4.3.2. Segunda línea de análisis: el abordaje integral e interdisciplinario**

No es accidental la conformación del equipo de admisiones con profesionales de distintas disciplinas, ya que lo que se busca es dar respuestas integrales a las demandas sociales.

Así, la segunda de las líneas transversales de este análisis intenta organizar la información referida al abordaje interdisciplinario de la persona, entendida desde la mirada de un profesional “no aislado ni en un único lugar centralizado” (AP).

El enfoque comunitario propone que las personas que acudan a los centros de salud puedan acceder a una red que posibilite mecanismos de atención primaria y no de servicios aislados, a partir de decisiones profesionales compartidas. En este aspecto, el actual director observó que:

[N]o había una mirada de salud mental como un campo interdisciplinario. Cuando mucho, había en algunos espacios intervenciones multidisciplinarias, por ejemplo, para ponerte un caso concreto, la psicóloga hacía un taller para adolescentes e invitaba a que se sumara la nutricionista. Pero no había un trabajo en conjunto en relación a la salud mental, sino que cada uno aportaba la especificidad de su materia (PA).

En cualquiera de los casos, las preocupaciones de parte de las personas entrevistadas giraron en torno a un principal factor: el recurso humano. Fueron coincidentes los relatos en cuanto a considerar que: “en relación a la gestión anterior, lo que era salud mental estaba territorialmente descentralizado y en el mejor de los casos había un psicólogo por centro de salud” (NC). La sobrecarga de trabajo atrasada por una variedad de demandas en consultorio, que no eran interpeladas desde la admisión, más las condiciones laborales de contratación, fueron percibidas como algunos de los factores incidentales.

Al preguntar por el mayor desafío que los atravesó como equipo interdisciplinario, el entrevistado GG reflexionó acerca de la consolidación de los equipos de trabajo y de pensar al entorno barrial como una familia:

[H]ay que consolidar los equipos en cada barrio (cada centro de atención), consolidar el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Esas son las dos palabras de la salud mental comunitaria, y realizar el trabajo para abordar lo más cercano y acompañando a la familia lo más cercano y próximo posible e integrado con las familias (porque son familias los barrios) y donde se habitúa la vida comunitaria y territorial. Dicho así parece fácil, pero es un andar en cada barrio e instalar eso.

Mientras tanto, la apuesta más fuerte continúa siendo el fortalecimiento del equipo de admisiones conformado por un grupo variado y heterogéneo (profesionales de distintas

ramas) para trabajar de manera conjunta en la detección de necesidades y el abordaje inicial de la persona: “[n]osotros [haciendo alusión a este nuevo servicio] tomamos como base a la salud mental integral, entonces se trabaja de manera interdisciplinaria. En los centros de salud encontrás médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, enfermeros [...]” (NC). De esta manera, “en reunión se tratan todos los casos, [...] y ahí se hace un primer planteo o estrategia de abordaje de cada familia, de cada persona que demanda atención. Eso es un trabajo interdisciplinario desde los CAPS” (GG).

#### **4.3.3. Tercera línea de análisis: lo comunitario**

La tercera de las líneas de análisis alude a la participación de la comunidad a través de asociaciones y de familiares, tanto en la planificación como en la creación y la gestión de los más diversos dispositivos asistenciales, sin perder de vista el esfuerzo colectivo y la ruptura de estructuras sociales que puede generar esta dimensión:

[A]lgo que también sucede es que los indicadores y las formas de pensar instituidas tienden a concentrarse en lo individual [...] Ello resulta particularmente problemático para los servicios de carácter comunitario, los cuales son los que tienen más dificultades para dar cuenta de su quehacer, dado que sus acciones tienden a incluir, de diversas maneras, a otros actores más allá de los ‘pacientes’ (Ardila-Gómez et al., 2016; 267).

Dentro de una comunidad, los distintos actores sociales asumen un rol protagónico como agentes de cambio y portadores de un discurso positivo, en especial, en la articulación de “redes de colaboración entre actores definidos como ‘clave’ de la población” (Mascayano Tapia et. al., 2015; párr. 24) y al mismo tiempo posibilitan la reciprocidad de los vínculos (Ardila-Gómez, et. al., 2016; 275).

Este abordaje en comunidad supone –además de la actuación de los CAPS y de la asistencia pública que ofrecen la atención de profesionales de distintas disciplinas– la provisión de otras herramientas de las más variadas. Para citar algunas de ellas: los servicios en cooperativas de trabajo, centros de capacitación, casas de día, de medio camino y de convivencia, centros comunitarios, talleres y espacios de inclusión en escuelas, entre muchos más.

En torno a este eje de análisis, es posible destacar dos propuestas fundamentales a partir de los testimonios, que aluden al fomento de espacios culturales y capacitación permanente de agentes:

##### **a. Iniciativas culturales**

La diversidad de propuestas de participación comunitaria apuesta a enriquecer la articulación entre la ley nacional y el anclaje territorial a nivel local. La síntesis de los testimonios da cuenta de la variedad de propuestas culturales que nacen desde el municipio para integrar y convocar a la comunidad en general:

En Villa María, la Salud mental está más allá de los centros de salud [...], hay muchos talleres, mucha propuesta de cultura, de deportes, de educación. No sé si la población llega, creo que el fomento y la participación se intenta. Hay unas políticas públicas que intentan llegar a que pueda participar y ser activo el usuario. Podemos tener fallas, pero lo veo de manera más global y desde ese punto, hay posibilidad. Después, cómo llega al dispositivo de salud (que somos nosotros), viene de muchos lugares. Después pensar como nosotros lo vamos a alojar (NC).

La municipalidad, desde el área de cultura, ofrece distintas opciones para la comunidad, y esos espacios son utilizados también. Aparte hay entidades como Narcóticos Anónimos que trabajan muchísimo en esa especificidad, grupos para personas que han perdido seres queridos y ONG, desde el sector público, y personas autoconvocadas.

En Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos vemos mucha participación y hacemos seguimiento, porque justamente estamos con un equipo especializado en prevenciones, participan nuestros equipos y también otras instituciones. Nosotros los derivamos y trabajamos conjuntamente. Sabemos que ellos en general cubren un montón de horarios, que nosotros como municipio no estamos, por ejemplo, el fin de semana (GG).

#### **b. Educación permanente**

El Director de Gestión calificó como una deuda pendiente la generación de más instancias de participación de la comunidad con los usuarios y las usuarias: “necesitamos primero estar, nosotros, mínimamente organizados en relación a la salud mental comunitaria”. Refirió, además, que:

falta mucha formación en nuestros equipos para comprender por qué es tan importante la participación de los usuarios en las distintas decisiones y acciones que se implementan. Hay que trabajar en un profesional de la salud mental que no tenga miedo a ser interpelado, que entienda que la salud mental es diálogo. Porque venimos de un modelo donde la salud mental es un conocimiento que tiene el profesional y les baja a los pacientes, no hay un ida y vuelta. Eso tenemos pendiente, pero vamos camino a eso (PA).

Además, destacó la importancia de tomar la iniciativa y generar los consensos con los equipos que “vienen de una determinada modalidad de trabajo, y esto genera una ruptura en las lógicas” en las maneras de pensar y trabajar a las que estaban habituados.

Precisamente, una de las estrategias plasmadas en el marco regulador municipal PGTI consiste en la educación permanente de la sociedad, en especial, del personal de salud: “para el desarrollo del recurso humano y de las capacidades institucionales que permitan mejorar la calidad del cuidado de la salud y buscar la transformación cualitativa del trabajador de la salud, para mejorar así su práctica [...]” (artículo 8).

Ello así, porque la accesibilidad también tiene que ver con “que el empleado municipal esté más abierto ante una persona que manifieste un sufrimiento” (PA) para que su respuesta frente a un primer acercamiento no genere una experiencia negativa en la persona.

A modo anecdótico, PA recordó que en una reunión entre concejales se cuestionaron cómo hacer para estar preparados ante una situación del estilo y que asertivamente alguien comentó “justamente saber, al menos, qué no debemos hacer”.

Para dar respuesta a esto, se comenzó a gestar un Proyecto de Capacitación en Herramientas para el acompañamiento en salud mental junto a la trabajadora social Andrea Polverini –aquí entrevistada–, dirigido a todo el personal municipal y que aspira al carácter obligatorio como Ley Micaela o Ley Yolanda, con algunos módulos optativos de acuerdo a lo que esté trabajando cada empleado y acorde a su tarea (obligatorios para el personal de salud).

Lo que busca es “sensibilizar, concientizar, trabajar los prejuicios, las actitudes segregadoras, los etiquetamientos, cuestionar la medicalización, reflexionar sobre la locura. Creo que estas cuestiones van a ayudar a entender que la salud mental parte de todos, no solamente del efector profesional” (PA). Dicho de otro modo, se trata de comenzar a trabajar desde adentro hacia afuera, para facilitar el manejo de un cuerpo teórico de conocimientos básicos para su desenvolvimiento y cuestionamiento de prácticas actuales.

## 6. CONCLUSIONES

Las experiencias empíricas compartidas por las y los profesionales de los servicios de salud permiten reflejar una realidad más tangible a los textos legales y anuncios oficiales. A partir de los desafíos que plantean, demuestran cómo es posible generar conciencia y crear estrategias para superarlos. En el andar se construyen soluciones, acuerdos y desacuerdos, articulaciones y desarticulaciones constantes, se ponen en tensión el orden preexistente y las estructuras organizativas a las que se están acostumbradas, e incluso acerca agentes que no pertenecen al mundo de la sanidad (Rossetti y Monasterolo, 2016). Esto motiva a repensar las prácticas actuales y generar nuevas estrategias a partir de las experiencias empíricas institucionales (Gutiérrez et. al., 2017).

Podría decirse que, para superar las grandes demandas en la atención a la salud mental, la apuesta de la gestión municipal de Villa María en la materia hoy reposa en tres grandes estrategias para la atención primaria-preventiva: en el servicio de admisión y urgencias, en la creación de dispositivos grupales para trabajar con la problemática y en la gestión centralizada de turnos con guardias pasivas.

En paralelo, para facilitar el primer contacto y el abordaje de la persona en situación de vulnerabilidad, se impulsa la capacitación obligatoria de agentes de la sanidad y de todo el personal municipal, con el propósito de brindar las herramientas conceptuales necesarias y poder trabajar en la empatía y sensibilización del personal del sector público, con la popularmente llamada “campaña del buen trato”.

La necesidad de trascender el mundo sanitario para abordar la salud se presenta como una constante en el discurso social. Se comienzan a incorporar los vocablos de “universalidad”, “accesibilidad” e “inclusión” en materia de atención a la salud mental y a fomentar los vínculos recíprocos con la sociedad desde una mirada no sólo multidisciplinar, sino, también, multisectorial. La problemática de salud deja de ser una cuestión individual de la persona que la padece para ser concebida como un fenómeno social (Eurosocial, 2013) que exige esfuerzos de toda la sociedad en su conjunto, más allá del sector de la salud (OPS, 2002).

Resulta impensado intentar superar los obstáculos eminentemente prácticos sin suponer un real compromiso de la comunidad en su conjunto para dar un trato humanizado. Al mismo tiempo, se vuelven factores necesarios –mas no suficientes por sí solos para garantizar la accesibilidad a los servicios– la asignación de una partida presupuestaria específica, la inclusión de la temática en la agenda estatal, la cantidad de agentes trabajando al servicio, la disponibilidad de tiempo, de espacio, de materiales y el dominio del marco conceptual de actores sociales directa e indirectamente involucrados. Sin ello, no es posible llevar a cabo una efectiva aplicación del modelo comunitario, comenzando desde adentro hacia afuera.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., y Stolkiner, A. 2016. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud colectiva*, 12(2), 265-278. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.1000>
- Arriaga, P. S. 2024. Mejorar el trato humano es fundamental para mejorar la salud mental. Grupo Radial Centro. Disponible en: <https://gruporadialcentro.com.ar/audio-pablo-ariaga-mejorar-el-trato-humano-es-fundamental-para-mejorar-la-salud-mental/>
- Carmona, J. (2012). “El foro de salud mental y la salud comunitaria”. En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 221-222. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200001>
- Presidencia de la Nación. 2022. “El presidente puso en marcha la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental”. Publicado en: <https://www.casarosada.gob.ar/slider-principal/48682-el-presidente-puso-en-marcha-la-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>
- Eurosocial. 2013. Protocolo para el acceso a la justicia de las personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/libros/5221-protocolo-para-el-acceso-a-la-justicia-de-las-personas-con-discapacidad>
- Gutiérrez, M. H., Roberto C., Marta, L. y Meincke J. (2017). “El trabajo de acceso a la justicia”. En: *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación*, 12, 83-95.

Escuela de la Defensa Pública  
Ministerio Público de la Defensa

Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/publicaciones-seriadas>

Mascayano Tapia, F. Lips Castro, W., Mena Poblete, C. y Manchego Soza, C. 2015. "Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones". En: Salud Mental, 38(1).

Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252015000100008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008)

Ministerio Público de la Defensa de la Nación (s.f.). "Día mundial de la salud mental: más de la mitad del país cuenta con órganos de revisión provinciales". Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/component/content/article/190-secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/noticias/4748-dia-mundial-de-la-salud-mental-mas-de-la-mitad-del-pais-cuenta-con-organos-de-revision-provinciales?Itemid=101>

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2004. El Plan Federal de Salud: Un proyecto de construcción colectiva. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAR, 3(2); 1:24. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-06/boletin-remediar-11.PDF>

Municipalidad de Villa María (s.f.). La ciudad de Villa María. <https://www.villamaria.gob.ar/la-ciudad-villa-maria>

Organización Panamericana de la Salud. 2002. Introducción a la Epidemiología Social. Boletín epidemiológico/OPS, 23(1). Disponible en: [https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be\\_v23n1-episocial.htm](https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n1-episocial.htm)

Rodriguez, M., Couto, M. D., Díaz, N. (2015). "Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura". En: Acta odontológica venezolana, 3(53).

Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>

Rossetti, A., y Monasterolo, N. (Coords.). 2016. Salud mental y derechos humanos: reflexiones en torno a un nuevo paradigma. Espartaco.

Vega, J., Becco, V., Tottus, L., Nicoletti, R., Polverini, A., y Treccode, P. (2022). Dispositivos de cuidado de la Salud. Programa de Gestión Territorial Integral, Secretaría de Salud, Municipalidad de Villa María 2019-2022. Gráfica del Sur. p. 400.

## NORMATIVA

Ley 26.657, Derecho a la protección de la salud mental. B.O. 03 de diciembre de 2010.

Ley 27.541, Emergencia sanitaria. B.O. 23 de diciembre de 2019.

Ordenanza Municipal 7122, Programa de Gestión Territorial Integral (GTI), Salud, Familia y Comunidad. B.O. 182, Sanción 23 de marzo de 2017, Promulgación por Decreto

## El rol de la justicia en el acceso efectivo a la salud

Municipal 399, 07 de abril de 2017. Disponible en: <https://www.villamaria.gob.ar/boletin-oficial>

Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 22 de julio de 1946.  
[https://www3.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=351&Itemid=](https://www3.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=351&Itemid=)