Revista Kera Yvoty
reflexiones sobre la cuestión social

ARTÍCULO ORIGINAL
Kera yvoty, vol. 9, núm. 2, 2024, e4605
https://doi.org/10.54549/ky.2024.9.e4605

Sentidos estratégicos del trabajo comunitario: inercias, interpelaciones y potencias de las prácticas en salud mental

Community work strategic senses: inertias, questioning and the potential of practices in mental health

Leandro Luciani Conde[1]

[1] Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria. Provincia de Buenos Aires. Argentina.
Correspondencia: llucianiconde@gmail.com

RESUMEN

En el presente trabajo se problematizan las prácticas en salud mental comunitaria identificando su potencialidad para interpelar las inercias profesionales vigentes en la atención, con énfasis en el análisis del primer nivel. Asimismo, se discuten los sentidos que asume el trabajo en salud mental comunitaria: "sentido identitario", en tanto práctica profesional de resistencia ante la opresión política, económica y social; "sentido estratégico", resaltando su carácter clave para la transformación del sistema de salud mental; "sentido emancipatorio", como una operación que orienta las prácticas hacia el rescate de la subjetividad; "sentido trascendental", en tanto herramienta de superación de las inercias profesionales reproductoras de una matriz colonial inconsciente capitalista. Se postula que en salud mental no se trata de lograr una mayor acumulación de recursos físicos, materiales y/o tecnológicos, sino de producir competencias profesionales contextualizadas e integradas, que permitan desarrollar capacidades de trabajo, considerando que todo espacio social es potencialmente idóneo de convertirse en un escenario de práctica comunitaria al servicio de la producción de cuidados y apoyos. Finalmente, se introduce la perspectiva decolonial para definir a las prácticas en salud mental como aquellas capaces de conmover el trabajo comunitario en los órdenes del poder, del saber, del ser, del hacer y del desear.

Palabras clave: trabajo comunitario, salud mental, modelos de cuidado, práctica profesional.

ABSTRACT

This paper problematizes community mental health practices, identifying their potential to question current professional inertias in health care, with an emphasis on the first level analysis. Moreover, it also discusses the meanings assumed by the community mental health work: the "sense of identity", as a professional practice of resistance to political, economic and social oppression; the "strategic sense" highlighting its key nature for the transformation of the mental health system; the "emancipatory sense", as an operation that directs practices towards the rescue of subjectivity; the "transcendental sense", as a tool to overcome professional inertias, reproducing a capitalist unconscious colonial matrix. It is postulated than in mental health, it is not a matter of achieving a greater accumulation of physical, material and/or technological resources, but of producing contextualized and integrated professional competences, which allow the development of work capacities, considering that every social space is potentially suitable to become a scenario of community practice at the service of the production

Artículo de acceso abierto. CC BY 4.0

Editor Responsable: Carmen García
Universidad Nacional de Asunción,
Facultad de Ciencias Sociales.
San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 05-08-2024
Aceptado: 04-12-2024

of care and support. Finally, the decolonial perspective is introduced in order to define mental health practices as those capable of affecting community work in terms of power, knowledge, being, doing and desiring.

Keywords: community work, mental health, care models, professional practice.

INTRODUCCIÓN

La reflexión sobre las características y significados del trabajo comunitario constituye un eje central de preocupación para quienes desarrollan sus prácticas cotidianas en la promoción y cuidados en salud mental desde una perspectiva territorial, comprometida con los derechos humanos y la salud colectiva latinoamericana.

Resulta necesario problematizar este concepto de tradición polisémica, resituándolo en función de algunos lineamientos centrales que permitan no solo lograr una mayor precisión epistémica sino también aportar a las acciones concretas en salud mental.

Las coordenadas que se trabajarán en el texto son la recuperación histórica de la tradición del trabajo comunitario latinoamericano, el contexto de reforma de los sistemas y servicios de salud mental acordes a estándares internacionales de derechos humanos, el reordenamiento de las lógicas de cuidados integrales para el abordaje de la salud mental y por último la inclusión de la perspectiva decolonial como herramienta interpretativa transformadora. En lo que sigue, se delinean algunos de los principales sentidos que asume el trabajo comunitario y se analizan las prácticas en salud mental desde las coordenadas descriptas.

EL SENTIDO DE IDENTIDAD

Existe un fuerte sentido identitario compartido por quienes transitan su experiencia profesional en el territorio, un código en común respecto de la significación del trabajo en la comunidad expresado en analogías tales como las de “estar en la trinchera”, “embarrarse los pies”, “poner el cuerpo”, “ser comunitarix” o “defender la salud pública”, sentidos asociados a la implicación, el compromiso social y la defensa del derecho a la salud (Barúa Caffarena, et al. 2024). Es por esta razón que se entiende al trabajo comunitario como una identidad profesional.

No se lo considera sólo como una serie de conceptualizaciones y técnicas de intervención, o reflexiones académicas, sino como formas de prácticas sociales inherentes a una identidad profesional forjada a la luz de movimientos de resistencia sociopolítica. Por ejemplo, en Latinoamérica, se ha fortalecido en momentos en los cuales la participación social en salud transcurría por los intersticios que podían escaparse a la lógica persecutoria y represiva de los gobiernos dictatoriales.

La crítica a la corriente de la salud comunitaria, que la interpretó como una línea de intervención aséptica, descontextuada y meramente técnica (De Almeida, 2000) no contempló el hecho de que la participación sociopolítica, eje central de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, constituyó un *componente reprimido* (Rovere, 2011) explicado por el contexto de violencia en tiempos del terrorismo de Estado (Luciani Conde, 2006). Es decir, la agenda delineada a partir de la Declaración de Alma Ata, que postulaba a la participación socio comunitaria como un eje técnico político del cambio de modelo de atención, fue incorporada en los países de la región a condición de cancelar dicho centro gravitacional.

Este análisis genético sobre la incorporación del ideario comunitario en la región podría remontarse aún más atrás incluso, a la década del ´60 del siglo pasado, con las determinaciones geopolíticas que tuvo la incorporación del movimiento de psiquiatría comunitaria propuesto por la Ley Kennedy de 1963, en el contexto del programa de ayuda

económica, política y social denominado Alianza para el Progreso de América Latina de 1961. Contexto político que en el caso de Argentina estuvo signado por la alternancia entre gobiernos democráticos y dictaduras militares (Rovere, 2011).

Es decir, se produjo una situación histórica paradójica en la cual el llamamiento internacional a la incorporación de la participación comunitaria en salud se plasmó en realidades sociales concretas y complejas signadas por la dinámica norte-sur en cuanto a las imposiciones de EEUU en la agenda de los gobiernos latinoamericanos, en el marco geopolítico, a su vez, de la guerra fría.

Se toman las circunstancias históricas bajo las cuales se desarrolló este llamamiento al trabajo comunitario, como un marco explicativo que permite interpretar el sentido de la identidad profesional ligada al hacer comunitario como un efecto del contexto político, como una acción de resistencia de las trabajadoras y trabajadores de la salud en momentos en los que la participación social se encontraba silenciada. Frente a la agenda deshistorizada y despolitizada impuesta por los lineamientos internacionales norte centrados, el trabajo comunitario constituyó un mecanismo de rebelión ante estos mandatos (Jarpa-Arriagada, 2020).

Tomando esta interpretación latinoamericanista del sentido comunitario como una respuesta a las recomendaciones de trabajar en la comunidad "sin hacer olas", se postula como supuesto de trabajo que el "sentido de identidad del trabajo comunitario" constituye un retoño político emanado de la resistencia a diversas formas de opresión que pugnan por enmudecer su acción transformadora.

Pero también en períodos de recuperación democrática la participación comunitaria en salud ha actuado como un núcleo resistencial ante las desigualdades sociales producidas por el régimen neoliberal. La experiencia del Programa ATAMDOS[1] en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, sirve para ilustrar este punto ya que se trató de un proceso de trabajo con eje en la APS en su versión integral, en clave de participación comunitaria y profesional en defensa del derecho a la salud; programa que aún hoy persiste en la memoria e identidad profesional de las y los trabajadores "*del primer nivel*" como una experiencia señera.

EL SENTIDO ESTRATÉGICO

Las prácticas de salud mental, en su carácter social y eminentemente político (Stolkiner, 2021), poseen también un sentido estratégico, con dos ejes centrales de acción. En primer lugar, su horizonte de intervención está al servicio de la garantía de derechos, y en particular el derecho a la salud.

Este aspecto es indisociable de la defensa de la salud pública, con eje en una intervención estatal fuerte dirigida al subsidio de la oferta, la cobertura total, la desmercantilización de la vida y al acceso a prestaciones de calidad en cualquier lugar, gratuitas y universales (Prado y Torres, 2021).

No es posible un genuino acceso a la salud sin políticas público-estatales que regulen las relaciones de desigualdad social imperantes en el marco del capitalismo global. El trabajo comunitario es, tiene que ser, un instrumento en defensa de la lógica pública estatal, del bien común.

En segundo lugar, estas prácticas tienen una responsabilidad fundamental en la construcción de la red de cuidados integrales de salud. Cabe señalar aquí la distinción entre cuidados y atención ya que la perspectiva

1 El programa ATAMDOS (Atención Ambulatoria Domiciliaria de la Salud) fue elaborado y puesto en marcha por Floreal Ferrara (ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires en los períodos 1973-1974 y 1987-1991, ambos en las gestiones peronistas de Oscar Bidegain y Antonio Cafiero respectivamente). Se implementó desde fines de 1987 al mes de abril de 1988, y con solo cuatro meses de duración, se constituyó en una experiencia revolucionaria desde el ámbito de la salud, interpretando a la salud como una construcción socio-histórico-política, con base en la participación popular y la interdisciplinariedad (Ftulis, 2019). Su abrupto final se vinculó al sentido amenazante que esta experiencia representó para el orden funcional vigente. La frase "Soy UN ATAMDOS" recuperada por la autora citada, condensa la complejidad y sentido identitario producido por esta experiencia para quienes participaron en ella.

comunitaria no debiera estar exclusivamente orientada a la atención en los términos del acceso a prestaciones sino hacia los cuidados integrales; es decir, al buen vivir, lo cual, por supuesto incluye el acceso a condiciones dignas y de calidad en la atención pero la excede ampliamente.

En términos del armado de una red de cuidados integrales, el "sentido estratégico del trabajo en salud mental comunitaria" consiste actualmente en posicionarlo como un momento en el marco de un proceso más amplio y abarcativo de producción de redes de salud, destinado a sustituir el sistema de atención basado en lo tutelar, asistencial y manicomial. El trabajo comunitario posee la potencia estratégica para motorizar la transformación de las prácticas en salud mental en la dirección de los estándares de derechos humanos a alcanzar, contribuyendo a reemplazar la matriz formativa y de prácticas aún vigente en las intervenciones tradicionales en la materia. En este sentido, hoy más que nunca, es el carril por el cual tienen que transitar las próximas agendas tanto de política universitaria en lo que respecta a la formación, como en lo que hace a las políticas, gestión y financiamiento de los servicios.

Persisten en Argentina, sin embargo, resistencias relativas a la plena implementación de la ley de salud mental, por ejemplo, se interponen objeciones sobre la viabilidad y factibilidad de aplicación del marco normativo, se argumenta en favor de la continuidad de un nivel de atención especializado en salud mental, se duda sobre la posibilidad de incluir la internación en el hospital general. Objeciones estas que continúan ancladas en aspectos ya resueltos en términos técnicos, dado que existe suficiente evidencia científico profesional a nivel internacional (CRPD, 2023; WHO, 2023) que avala cada una de las directrices previstas en la Ley 26657.

Ante estos lineamientos persisten las resistencias y los obstáculos político-corporativos para su concreción por parte de actores de la industria farmacéutica, gremios, asociaciones profesionales e incluso por parte de organizaciones de trabajadores, usuarios y familiares.

Se entiende que se trata de discusiones políticas e ideológicas y no técnicas. Constituyen debates que hay que seguir dando desde la militancia por el derecho a la salud mental, desde la movilización y participación social, profesional y académica, sin renunciar a los avances conquistados y con claridad en cuanto a la dirección a seguir, argumentando las razones político-sanitarias de estos lineamientos acordes a la Doctrina Internacional de Derechos Humanos.

INERCIAS, INTERPELACIONES Y POTENCIAS DEL TRABAJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA)

La inclusión del abordaje de la salud mental en la estrategia de APS se encuentra ya explicitada en la Declaración de Alma Ata. Y posteriormente han sido numerosas las publicaciones realizadas por organismos internacionales referidas a la definición y caracterización de la atención de la salud mental en el PNA (OMS, 1990; OPS, 1996, OPS, 2019).

Se trata de lineamientos que forman parte de los contenidos incluidos tanto en los currículos de grado y posgrado de las carreras de la salud, así como en los exámenes de ingreso al sistema hospitalario. También constituyen enfoques que se han promovido en los últimos años en cursos de capacitación impartidos por diversos Ministerios de Salud.

En estas "capacitaciones en servicio" se han ido actualizando y "aggiornando" ciertos contenidos propios de los tradicionales manuales de psiquiatría / salud mental comunitaria para el PNA (OPS, 1992; OPS, 2009), caracterizados por su centramiento en el diagnóstico psiquiátrico, y en un análisis de la situación epidemiológica basada en los "trastornos mentales". Se trata de una perspectiva clínica asistencial que tiende a la individualización del padecimiento, con predominio de actividades intra muros en los Centros de Salud Comunitarios (CAPS), y

actividades fuera del efector, tales como visitas o talleres (de sensibilización, información, arte, etc) de carácter técnico colaborativo más que participativo.

No se trata de objetar la necesidad de fortalecer la capacidad del PNA para la identificación de problemáticas "clínicas" (competencias para la identificación clínico-sintomatológica) sirviéndose de las fortalezas de algunas de las valiosas herramientas vigentes tales como la "Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada" como MHGAP (OMS, 2018); de hecho el PNA constituye un área clave para la disminución de las brechas de atención del padecimiento mental (OPS, 2021; OPS, 2023), lo cual requiere de una identificación oportuna tanto del padecimiento como de los dispositivos adecuados para su abordaje.

No obstante, se identifica aquí una situación a resolver ya que por diferentes motivos tales como el sesgo en la formación profesional, la falta de equipos interdisciplinarios y matriciales de salud mental (Velzi Diaz, 2018) las barreras de accesibilidad a la atención en el nivel hospitalario (por ausencia de establecimientos, lejanía, rechazo de la demanda, falta de turnos, descoordinación sistémica entre otros factores) o las trabas burocráticas para el trabajo fuera de los servicios, se genera un marco contextual que promueve la reproducción del modelo tradicional de atención, condicionando que los equipos dediquen la mayor parte de su tiempo al manejo de las demandas de atención individualizada (ya sea de manera espontánea por la población o por instituciones tales como la escuela, otros efectores de salud, defensorías de derechos o juzgados).

Esta breve caracterización de una situación que se repite con frecuencia en el PNA (y también en los demás efectores de la red), justifica la necesidad de intensificar los esfuerzos para potenciar el trabajo comunitario, y generar las condiciones de posibilidad para que ocupe un plano central tanto a nivel formativo, para promover el desarrollo de capacidades y competencias profesionales de los equipos de salud mental; como presupuestario, para dar viabilidad al necesario proceso de desconcentración y transformación de un sistema que aún sigue siendo hospitalocéntrico.

Las prácticas comunitarias constituyen una valiosa herramienta para la producción de potencias, y una de ellas es la de interpelar algunas de las inercias que usualmente atraviesan las intervenciones de salud mental en el PNA; por ejemplo, la de convertir a este nivel en una puerta de entrada relativamente automática al sistema de atención en salud mental.

A contramano de lo que frecuentemente se sostiene –fundamentado en la errónea traducción de la Declaración de Alma Ata al castellano, que reemplazó equívocamente la noción de cuidados integrales por la de atención básica de la salud (Feo, 2015)–, el PNA no tiene que ser comprendido exclusivamente como una puerta de entrada al sistema de atención en términos de prestaciones de servicios clínicos (individuales, familiares o grupales). Al contrario, solo en una pequeña proporción de sus intervenciones debiera ser necesario abrir este circuito.

Cabe señalar que se refiere en este análisis a la especificidad de las problemáticas del campo de la salud mental, puesto que poseen una modalidad de abordaje que sigue estando orientada en gran medida por los automatismos propios de un sistema formativo y asistencial tradicional, centrado en una lógica progresiva de atención clínica, individual, disciplinaria, disciplinante, especializada, psicopatologizante y medicalizante de la vida.

Si bien existe un importante número de experiencias innovadoras y alternativas (Bang, 2021; 2022) las mismas no han resultado suficientes hasta el momento para debilitar la fuerza gravitacional de estos automatismos.

La experiencia muestra que cuando una situación de salud mental ingresa a la atención formal de los servicios de salud, en muchas oportunidades inicia una trayectoria marcada por la pasteurización del malestar, que paulatinamente encarrila el problema hacia respuestas e intervenciones propias de la lógica

anteriormente mencionada.

Este es el carácter inercial centrípeto característico de sistemas de salud mental que, en el caso de países como Argentina en el que sobreviven todavía establecimientos monovalentes públicos y privados de internación, conduce a un flujo progresivo de institucionalización de la vida que lleva en un alto porcentaje de casos a prolongadas internaciones en establecimientos con características manicomiales.

En términos de una mirada amplia del proceso de cuidado-atención, se requiere poner en suspenso este flujo inercial, contribuyendo a que las prácticas sociales que se despliegan en el territorio no se encarrilen automáticamente hacia esta entrada eventualmente institucionalizante.

Y en el caso en que sea necesario una admisión al sistema de atención, esta debe realizarse de una manera cuidadosa, supervisada, y con una serie de recaudos acordes a derecho. Ingreso al sistema que requiere superar la tradicional propuesta tecnocrático-normativa de referencia y contrarreferencia que, además de no cumplirse en términos generales, reduce a un procedimiento burocrático administrativo un proceso interdisciplinario e interinstitucional complejo y continuo, basado en competencias de trabajo integrado entre equipos profesionales.

Cabe remarcar que estas operaciones de integración son indispensables, y no se logran apelando simplemente a llamamientos normativizantes que nos recuerdan la importancia del trabajo interdisciplinario; se trata de un núcleo problemático de las prácticas en salud mental, que pone de manifiesto la existencia de un "dilema de la integración", que consiste en la dificultad de generar las operaciones de síntesis disciplinarias integrativas requeridas para el abordaje de las problemáticas del campo (Luciani Conde, 2020).

Es necesario que esta representación imaginaria instituida del PNA como puerta de entrada al sistema cobre, al menos en salud mental, un sentido distinto, el de ser más bien una puerta de entrada al territorio.

No se trata, claro está, de dejar sin atención a quienes lo precisen, creando nuevas barreras de acceso, sin embargo, es necesario transicionar de un modelo de prácticas centrado fuertemente en la prevención normativa y atención del padecimiento mental a otro basado en la promoción de la salud, la prevención crítica y la producción de cuidados (Sepúlveda, 2023).

En línea con lo anteriormente mencionado, otra de las inercias que la práctica comunitaria permite conmover es la de patologizar el malestar y reorientarlo hacia la atención en servicios.

El trabajo comunitario es una pieza esencial para evitar la psicopatologización de la vida, y para deshacer algunos prejuicios que comparten no solamente lxs profesionales, sino también la comunidad en un sentido amplio: la peligrosidad, el riesgo potencial, el delito.

La perspectiva comunitaria constituye un importante aporte para desmontar estas significaciones imaginarias instituidas con su inercia a la estigmatización de las diferencias, en pos de evitar la reproducción social cosificante, contribuyendo a la desmercantilización, desmedicalización y despsicopatologización de la vida cotidiana.

Contamos en Latinoamérica con una fundamental trayectoria en este sentido: la herencia de la pedagogía de la liberación de Paulo Freire, de la psicología socio comunitaria de Ignacio Martín Baró, la investigación acción participante de Orlando Fals Borda, de la filosofía de la liberación de Enrique Dussel, corrientes fundantes de esta perspectiva en clave emancipatoria que en definitiva trata de visibilizar y denunciar las desigualdades sociales, entre las cuales entra la psicopatologización de la vida y la institucionalización del sufrimiento mental. En este sentido, la salud comunitaria es un importante aporte para disminuir las brechas de desigualdad y para ampliar los márgenes de respeto por el buen vivir.

Esto se conecta con un aspecto importante de esta vertiente, ligado a los modos de intervención. La formación en ciencias de la salud y su trasmisión al campo de prácticas

continúa forjándose en gran medida en una matriz colonial tardo moderna, capitalista, patriarcal y científicamente positivista (Luciani Conde, 2021) que nos encierra en una clínica comunitaria que está pensada desde lo individual, lo psicológico y lo patológico.

La salud mental comunitaria tiene la potencia de conmover este constructo inconsciente colonial (Rolnik, 2019) porque lo hace en y desde el territorio, en el lugar estratégico donde pueden ponerse en cuestión los privilegios epistémico disciplinarios, antes de que se ponga en marcha la traducción por el lenguaje académico sanitario, tecno burocrático, que lo interpreta exclusivamente desde su propio saber y poder, e inicia el flujo normativizante.

El trabajo comunitario puede ser una buena estrategia para entender y no para explicar; para aprender y no para colonizar. Las trabajadores y los trabajadores tienen la oportunidad y la potencia de ponerse al servicio de este proceso social emancipatorio, comprendiendo la complejidad del "integrado salud-enfermedad -atención-cuidado" sin la pregnancia de la lógica institucionalizante.

La constitución de las intervenciones en salud mental implica discutir sobre la producción de competencias para el trabajo comunitario[2]. En este sentido, otra de las inercias, matriz inconsciente colonial capitalista mediante, es la de trabajar con los mismos (o similares) encuadres en los múltiples escenarios de prácticas profesionales.

La práctica comunitaria supone otros ambientes de trabajo, algunos nuevos y otros no explorados aun acabadamente; esto implica generar capacidades profesionales en contextos que no están institucionalizados en términos organizacionales bajo algún tipo de arquitectura sanitaria, que incluyen a diversos actores sociales, diferentes y alternativos a los que usualmente se acostumbra a trabajar.

Algunos de los escenarios a los que se hace referencia son los dispositivos residenciales en sus múltiples modalidades (casas de convivencia, unidades residenciales con distintos grados de apoyo, módulos de integración comunitaria entre otros), viviendas familiares (punto nodal de la reformulación de las prácticas por venir), casas y predios tomados, comedores comunitarios, escuelas, clubes, las calles en su sentido amplio como campo de intervención, paradores, medios de transporte, espacios recreativos (cines, museos, centros vacacionales por citar algunos), iglesias, hoteles, pensiones, entre tantos otros. Todo espacio social es potencialmente capaz de convertirse en un escenario de práctica comunitaria en salud mental y de producción de cuidados y apoyos. Merece una mención particular el lugar clave que ocupan los domicilios particulares como escenario de trabajo en salud mental, tanto para la atención en crisis o como estrategia residencial con alto grado de apoyo (equívocamente denominado internación domiciliaria) siendo, en la medida en que puedan establecerse las condiciones necesarias, el espacio privilegiado para nuclear el proceso de cuidado y atención.

Se trata de escenarios que suponen una permanente interacción interpersonal afectiva y técnica en espacios de práctica usualmente inexplorados, con actores y movimientos sociales que se constituyen como interlocutores imprescindibles tales como los movimientos de inquilinos y ocupantes, personas en situación de calle, asociaciones de usuarixs y familiares, vecinos, gremios y sindicatos, asociaciones profesionales, educadores, operadorxs socio comunitarios, acompañantes terapéuticos, centros de estudiantes, colectivos artísticos, entre tantos otros.

Esta visión parte de considerar que no todo trabajo comunitario es clínico, sin embargo, toda clínica es comunitaria ya que no existe espacio por fuera de lo social. Pensar que el trabajo en el hospital neuropsiquiátrico no es socio comunitario vela el hecho de que es, a la inversa de lo usualmente consensuado, el

2 La noción de competencias de trabajo refiere a disposiciones personales y colectivas prácticas que posibilitan poner en acción saberes y conocimientos organizados de manera contextuada, significativa, en función de los abordajes requeridos a las situaciones problema de la propia práctica.

espacio social que se le asigna comunitaria y artificialmente al colectivo de padecientes mentales expulsados al encierro.

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

La idea de "sistema de atención" continúa modelizando la realidad en términos de una arquitectura institucional que incluye recursos físicos (hospitales, centros comunitarios, unidades sanitarias), recursos materiales (camas, salas, consultorios, ambulancias), insumos (medicación) y tecnologías de atención (de urgencia, ambulatoria, internación, rehabilitación), propias de un modelo de abordaje aún forjado con un patrón radial que relanza permanentemente el flujo atencional hacia un centro hospitalario.

Así como se plantea que, en sentido estricto, todo proceso de atención es comunitario, no toda atención en salud mental requiere algún tipo de recursos como los mencionados anteriormente. Sobre todo, teniendo en cuenta que la noción de complejidad en salud mental (Amarante, 2016) tiene más diferencias que puntos en común con el significado que adquiere para la atención médica, que requiere de tecnologías de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en las que la idea de sistemas de redes y servicios organizada por niveles aún conserva su sentido.

Sucede que, en salud mental, la complejidad no pasa por la utilización de algún tipo de aparatología de diagnóstico o tratamiento[3], sino por la problematización y abordaje de situaciones caracterizadas la mayor parte de las veces por sus altos grados de desestructuración. Sin embargo, se continúan dando respuestas estructuradas (en cuanto a los dispositivos, horarios y saberes, por ejemplo) a problemas difusos.

Con fines argumentativos, se puede representar de manera modelizada el escenario típico de atención psi como un dispositivo de consulta esencialmente individual, centrado en el padecimiento de una persona (aunque puede tener enfoque familiar o grupal) y en el síntoma (por estar orientado a su levantamiento), en el cual existe un saber técnico profesional que detenta el poder sobre la situación y establece las reglas del encuadre de trabajo (lenguaje, enfoque teórico, condiciones de acceso, tiempos y horarios, espacio físico, entre otros).

El armado de este escenario prototípico puede ser metaforizado como una estrategia destinada en algunas ocasiones a brindar condiciones de seguridad y certidumbre, como un "dispositivo casa caracol" que en muchas oportunidades se traslada a cuestas como una herramienta de trabajo comodín, una estrategia utilizada como un instrumento de resguardo estructurante para aplicar sobre una realidad desestructurada. Se privilegia así el uso de un mismo método para el abordaje de problemas caracterizados por su heterogeneidad, pero, como sabemos, no se trata de ajustar la realidad a nuestro método sino de construir los métodos a partir de la situación problema a abordar, diseñando intervenciones técnicas fundamentadas teóricamente que permitan actuar sobre las necesidades y demandas sociales.

Si bien la puesta en acto de este escenario de trabajo continúa siendo imprescindible en algunos puntos del tejido de cuidado - atención, en gran parte de los escenarios emergentes del trabajo comunitario puede constituir un obturador más que un facilitador.

El pasaje de una definición de complejidad en términos de necesidad de recursos físicos, materiales y tecnológicos a otra en términos epistemológicos es la clave para comprender que en salud mental no se trata de lograr una mayor acumulación de recursos sino de producir competencias de trabajo. Es decir, de la capacidad de los equipos de salud mental de construir modos de intervención, necesariamente

3 Se evita aquí la discusión sobre la tendencia actual, basada en las neurociencias, de recuperar la utilización del electroshock y de la psicocirugía como medios para la cura sintomática, tendencia que en muchas ocasiones está al servicio de la mercantilización de las prestaciones de la salud, habida cuenta que en salud mental no son tantas las posibilidades de las que dispone la psiquiatría y la neurología para ofrecer prestaciones basadas en el uso de aparatología, de mayor costo que las prácticas clínicas habituales.

contextualizados y situados, para el abordaje de situaciones desectructuradas, difusas y deslimitadas. Cabe señalar que la palabra, la escucha, el acompañamiento, el contacto, el afecto, el compromiso, la ternura, la empatía y reciprocidad son algunas de las principales competencias requeridas para las prácticas de cuidado en salud mental.

En el contexto comunitario, este "dispositivo encuadre caracol" puede ser reemplazado por una modalidad de intervención "flexible y desencuadrada" que ponga a disposición de los equipos profesionales estrategias situadas, con la plasticidad que requiere el abordaje de los problemas de salud mental.

La producción de herramientas flexibles que posibiliten el manejo de situaciones desordenadas forma parte de las competencias críticas para el trabajo comunitario, brindando la posibilidad de operar en escenarios emergentes de prácticas, coherentes con las necesidades de sustitución del modelo de atención.

La psicología comunitaria constituye un importante aporte en la generación de competencias de trabajo acordes a estrategias "ejedesencuadras" (Barúa Caffarena, 2023) como las descriptas, imprescindibles para un trabajo en clave de derechos, cuidados, promoción y atención de la salud mental desde una real participación e involucramiento comunitario.

EL SENTIDO EMANCIPATORIO

Una de las referencias obligadas para conceptualizar un dispositivo es la de Giorgio Agamben (2015) que, revisitando a Foucault, lo caracteriza como una "máquina" de captura, de gobierno de la vida, con implicancias técnicas (puesta en marcha de mecanismos de acción) y estratégicas (armado de un plan) que tienden a la gestión y/o control de la vida, con capacidad de instaurar procesos de producción subjetiva.

En este planteo, la emergencia del sujeto resulta del encuentro, del choque, de la vida humana con los dispositivos. Y el desenganche de estas tecnologías de captura se operacionaliza a través de lo que Agamben denomina "profanaciones" o "contra dispositivos" capaces de restituir al sujeto a la arena deseante.

Si se piensa entonces al dispositivo como una forma de opresión, de captura y control de la subjetividad, el trabajo comunitario en salud mental se instala como una herramienta de resistencia y emancipación (de profanación en los términos de Agamben), una operación que orienta las prácticas en salud mental en la dirección del rescate de la subjetividad cooptada, y su relanzamiento a la dimensión deseante, al servicio del bienestar y del buen vivir colectivo.

En la configuración histórica del modelo tradicional, la atención psi ha operado (y sigue haciéndolo en muchas oportunidades) como un verdadero dispositivo, al servicio de la colonización de la vida, de la cooptación subjetiva.

La modalidad de trabajo en atención primaria de salud que formulan las directrices tecnocrático normativas propias de un sanitarismo internacionalista descontextuado, transforma el sentido emancipatorio del "trabajo en la trinchera", sustituyéndolo por el de una metáfora bélica, donde la trinchera es una línea simbólica de frontera respecto del otro a colonizar.

La potencia de desmarcar el trabajo comunitario en salud mental de este afán de captura y colonización, reside en convertirlo en un contradispositivo, en una operación de resistencia política e ideológica ante un sistema opresivo "psi hegemónico" que potencialmente vulnera derechos.

EL SENTIDO DE TRASCENDENCIA

Inicialmente se sostuvo que las competencias formativo profesionales que hacen a las prácticas del campo se forjaron a la luz de una matriz (o dispositivo en los términos anteriormente planteados) inconsciente colonial, capitalista, patriarcal, y científicamente moderna; generando algunas de las modalidades de intervención que se han denominado inercias o automatismos, o en

otras palabras, los "encuadres psi".

La integración de algunas de las categorías propias del pensamiento decolonial permiten problematizar estas inercias. Cabe señalar que no se profundizará aquí en la perspectiva decolonial en salud mental (Luciani Conde, 2019), sino que se introducen algunos de sus aportes como un método de trabajo para analizar las prácticas en salud mental comunitaria, y promover caminos procedimentales desde este enfoque.

Cuando se hace referencia al proceso de colonización de la vida, se alude a cinco ejes cardinales fundamentales, que atañen al ejercicio del poder, la imposición del saber, la producción del ser, el forjamiento del hacer y la alienación del desear[4]. Se denomina a este proceso como una "operación colonial".

Se observa que al mencionar la noción de colonización no se hace una alusión literal a la ocurrencia histórica llevada adelante con la conquista de América y su derrotero histórico de dominio cultural, sino que es tomada como una analogía que permite comprender la instauración de esta operación inconsciente colonial en el escenario de las prácticas en salud mental.

Es necesaria una interrogación acerca de si las prácticas, con más o menos registro de ello, no están al servicio, al menos en parte, de esta operación, en línea con la matriz inconsciente capitalista de la academia colonial tardo moderna productora de las competencias psi hegemónicas.

Las inercias profesionales (o eso que se hace cuando no se piensa en lo que se hace) consisten en la reproducción irreflexiva de esta matriz formativa. Y esto no pasa solo en la arcaica arquitectura institucional de los neuropsiquiátricos (públicos o privados), comunidades terapéuticas, hogares para la niñez y la vejez, entre otras posibles instituciones totales. Acontece también en las prácticas educativas, judiciales, investigativas, extensionistas, atencionales y/o psicoterapéuticas que transcurren por fuera de estas instituciones totales; y por supuesto, también en la escena territorial comunitaria.

Dejar caer la ilusión colonial tardo moderna que promete procesos de capacitación para el desarrollo de técnicas y encuadres comunitarios, constituye un trabajo de duelo profundo, sobre todo si se hace de manera individual, ya que pone en crisis una identidad psi hegemónica construida a lo largo de muchos años.

Quizás así se entiende mejor porqué se ha definido al trabajo comunitario como una identidad profesional de resistencia frente a las formas de opresión que disciplinan política y culturalmente a quienes se desempeñan como profesionales. El dispositivo psi hegemónico y los encuadres de él derivados constituyen una forma de opresión.

Se requiere entonces promover prácticas que trasciendan esta matriz mediante la generación y puesta en marcha de operaciones capaces de subvertir los órdenes preestablecidos en el trabajo profesional, mediante la creación de contra dispositivos comunitarios; así, la pulsión de vida comunitaria acciona como contracara de la operación colonial.

Desde este marco explicativo entonces, se definirá a las prácticas en salud mental comunitarias como aquellas que promueven un efecto de desorden y reacomodamiento de los ejes cardinales de la operación colonial. Las que, siendo producidas explícitamente por quienes participan y se involucran directamente en las situaciones a abordar, son capaces de conmover el trabajo en salud mental en los órdenes del poder, del saber, del ser, del hacer y del desear.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde una posición comprometida con la necesidad de valorar el trabajo comunitario como un eje central del modelo de abordaje de cuidado en salud mental, se ha discutido en torno de algunos de los sentidos a tener en cuenta para una reelaboración de esta noción, y una revisión de las inercias y automatismos usuales en la práctica.

4 Excede el alcance de este trabajo la profundización de estos ejes cardinales, los cuales constituyen una parte sustantiva del repertorio categorial propio del pensamiento decolonial.

La aplicación concreta del mandato histórico de la salud mental comunitaria consiste en recuperarlo como una herramienta de conmoción de los dispositivos psi establecidos.

Se trata de un marco reflexivo de trabajo, simultáneamente teórico y práctico, que implica necesariamente pensar desde, para y por el hacer. Planteo que limita la posibilidad de brindar recomendaciones técnico procedimentales ya que, por definición, las prácticas comunitarias son contextuadas, situacionales, estratégicas, se definen necesariamente por las problemáticas que abordan y son formuladas explícitamente como resultado del trabajo colectivo que requiere de los equipos de salud mental.

Por estos argumentos es que no es posible brindar recomendaciones precisas para el diseño de acciones comunitarias, a la manera de los antiguos manuales, puesto que sería contradictorio con la propuesta aquí esbozada.

No obstante, se han delineado a través del texto, algunas líneas que pueden tomarse como referencias para la reflexión y acción de los equipos de salud mental comunitaria, coherentes con el marco propuesto. Se espera que las mismas constituyan un aporte para quienes trabajan en pos de la causa de la salud mental comunitaria.

REFERENCIAS

Agamben, G. (2015) ¿Qué es un dispositivo? Editorial Anagrama.

Agudelo-Hernández, F., García Cano, J. F., Salazar Vieira, L. M., Vergara Palacios, W., Padilla, M., Moreno Mayorga, B. (2023). Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 47:e138. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10597394/

Amarante, P. (2016). *Salud mental y atención psicosocial*. Colección Salud Mental Colectiva. Grupo 5. Editora Fiocruz.

Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 778-804. https://doi.org/10.21501/22161201.3616

Bang, C. (2022). Salud mental comunitaria y colectiva: reflexiones desde la investigación, el desarrollo y acompañamiento de experiencias territoriales. *Fronteras*, 18.

Barúa Cafarena, A. (2023). *Ejedesencuadrá. Del encierro hacia el vy'a*. Ediciones Ciccus.

Barúa Caffarena, A. (2020). Cuidado, comunidad y singularidad son lo sustancial para una salud mental post manicomial en tiempos pandémicos. *Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, 5, 24-30. https://doi.org/10.54549/ky.5.2020.24

Barúa Caffarena, A., Estigarribia, Ángel, Soto, W., y Armoa Báez, V. E. (2024). Normalizar como supervivencia: discutiendo lo normopático desde un equipo bañadense de Atención Primaria de la Salud. *Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, *9*(1), 1-15. https://doi.org/10.54549/ky.9.2024.e3890

CRPD. (2022). *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia*. CRPD/C/5.

CRPD. (2023). *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Argentina.* CRPD/C/ARG/CO/2-3

De Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida.*

Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Lugar Editorial.

Feo Istúrizt, O. (2015). Prefacio – Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. En L. Giovanella. (Ed.), *Atención primaria de salud en Suramérica*. Unasur.

Ftulis, N. (2019). Re-pensar el ATAMDOS. Esto va a revivir. En *VI Jornadas de investigación en Humanidades: homenaje a Cecilia Borel.* 30 de noviembre al 2 de diciembre de 2015, Bahía Blanca. Editorial de la Universidad Nacional del Sur. https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/4827/Ftulis%2c%20N.%20Repensar%20el%20ATAMDOS.%20Esto%20va%20a%20revivir.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jarpa-Arriagada, C. G. (2020). Prácticas de resistencia y trabajo social comunitario: forcejeos y tensiones ante las lógicas de dominación del modelo colonial y capitalista. *Eleuthera*, *22*(2), 309–326. https://doi.org/10.17151/eleu.2020.22.2.18

Juliá-Sanchisa, R. et. al. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit.*, 34, S1, 81-86.

Luciani Conde, L. (2006). Aportes por una recuperación crítica de la salud comunitaria. *Revista Salud y Educación*, (6-7).

Luciani Conde, L. (2019). *Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental.* Fedun.

Luciani Conde, L. (2021). Por una matriz formativa alternativa en salud mental: aportes de los estudios decoloniales al campo de la salud mental colectiva / medicina social latinoamericana. *Revista Salud Mental Comunitaria, 8*(10).

Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., Irarrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Rev Panam de Salud Pública*, 42(e136).

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra, OMS, 1990.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1992) Temas de s*alud mental en la comunidad. Serie Paltex N° 19.* Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1996). *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Serie Paltex N° 23.* Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2009). *Salud mental en la comunidad. Serie Paltex N° 49.* Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.* Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2019). *Pacto 30 • 30 • 30. APS para la salud universal.* Washington DC; OPS, 2019.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2021). *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno)*. OPS.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2022). *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover*

los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington DC; OPS, 2022.

Prado, G., y Torres, P. (2021). *Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina.* G. Prado y P. Torres (Ed.). MT Editores.

Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Tinta Limón.

Rovere, M. (2011). *La estrategia de APS en Argentina; crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos*. Fundación El Ágora.

Sepúlveda, R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas. *Intervención*, 13(1), 1-17.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. Noveduc.

Velzi Diaz, A., Tosi, A., Benitez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza G., Cantero N., Córdoba, G. (2018). Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 39, 255-262.

WHO. (2023). *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. https://www.who.int/southeastasia/publications/i/item/9789240080737

Información sobre el Autor
Leandro N. Luciani Conde. Psicólogo, Magister en Salud Pública y Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Buenos Aires. Docente e investigador en Universidad Nacional de Lanús y Universidad Nacional de Buenos Aires. Docente de posgrado en Universidad Nacional de Entre Ríos y Universidad Nacional de Córdoba. Email: llucianiconde@gmail.com

Conflicto de Interés
El autor declara no poseer conflictos de intereses.

Fuente de Financimiento
Sin financiación.

Cita
Luciani Conde, L. N. (2024). Sentidos estratégicos del trabajo comunitario: inercias, interpelaciones y potencias de las prácticas en salud mental. *Revista Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, *9*(2), 1-13. https://doi.org/10.54549/ky.2024.9.e4605