.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Reveses del derecho : Estado y vida cotidiana : un análisis desde el área de salud mental de los CeSaCs (Centros de Salud y Acción Comunitaria, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Autores (en el caso de tesistas y directores):

Ileana Grisel Adissi

Pablo Francisco Di Leo, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2014

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Ileana Grisel Adissi

Reveses del Derecho: Estado y vida cotidiana.

Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

DIRECTOR: Pablo Francisco Di Leo

Buenos Aires
-2013-

Resumen

Existe cierto consenso acerca de que las políticas públicas determinan orientaciones respecto del rol del Estado. Nos interesa mostrar que no es sólo a través de ellas donde aquel se pone en juego. A tales fines, analizamos el proceso histórico a través del cual el concepto de salud mental asumió ciertos contenidos específicos. Retomando aspectos que permanecieron relegados, sostenemos que tomarlos como punto de mira permite poner en visibilidad dimensiones del accionar estatal que de otro modo permanecen veladas. Desde un enfoque relacional, nos detenemos en el área de salud mental de los CeSACs, donde los vínculos que allí se tejen entre profesionales y usuarios han caído por fuera de consideración pública. Haciendo hincapié en el carácter de agentes estatales de los profesionales y en el de sujetos socialmente vulnerables de algunos de sus más asiduos consultantes para, revisitamos la cuestión del Estado para recalar en la esfera de la vida cotidiana. Mostramos cómo aquella relación asistencial se articula con las respectivas realidades de profesionales y usuarios, remitiéndonos a dos ámbitos de causación potencialmente divergentes: las condiciones institucionales y laborales de un lado, y la reproducción doméstica en contextos desfavorables del otro.

Recalando en los distintos niveles de determinación -que van desde lo estructural hasta las motivaciones subjetivas- analizamos los procesos de socialización que tienen lugar en uno y otro marco. Entendiendo que a través de ellos se accede a los modos en que dinámicas de orden macrosocial se reflejan en las rutinas cotidianas, indagamos los contornos específicos que asume lo estatal en cada uno de los niveles determinantes. Así, a lo largo del análisis de aquellos dos ámbitos de causación en su dimensión de esferas cotidianas, el rol del Estado reaparece bajo distintos mecanismos y actores: bajo la forma de arenas de disputa, de recursos, normativas, o dinámicas informales; en su cariz social o represivo; directa o indirectamente; a través de su acción y también de sus omisiones.

De tal manera, problematizando los términos con que agendas públicas definen ciertos conceptos, buscamos habilitar un análisis en tensión con una perspectiva de derechos. En la doble acepción del concepto de “reveses”, postulamos nuestros hallazgos como parte de aquellas condiciones inadvertidas de las políticas estatales que determinarán sus consecuencias no buscadas.

Abstract

There exists a consensus that public policies determine orientations toward the role of the State. We aim to show that is not only through that policies that the role of State is brought into play. In order to achieve this goal we analyze the historical process through which the concept of mental health has assumed certain specific contents. Recovering aspects that have remained relegated by current definitions, we argue that through them it is possible to make visible State interventions that would otherwise remain veiled. Taking as a starting pointa relational approach, we analize the mental health´s area of CeSACs (Center of Healthcare and Community Action) where the relationship between professionals and users have fallen out of public considerationEmphasizing the role of the professionals as agents of the State as well as the socially vulnerable group of subjects who regularly attend to the Centers, we revisit the State issue in order to focus on the sphere of daily life. We will show how this healthcare relationship is structured by the corresponding realities of professionals and users. We will refer to institutional and labor processes in the case of professionals, and to domestic reproduction in unfavorable contexts in the case of users.

Going in depth in different levels of determination -which range from structural properties to subjective motivations-, we analyze the socialization processes that take place in the corresponding frameworks. We understand that through them we can access to the ways through whichthemacro-order social dynamics reflect in daily life routines. In that concern, we investigate the specific contours that the State assumes in each level of determination. Throughout the analysis of those two areas of causation in its dimension of daily spheres, the role of the State reemerge -in its social or repressive aspect, directly or indirectly and through its action and its omissions- under different mechanisms and actors: in the form anarena of dispute, resources, regulations or informal dinamics.

Thus, discussing the terms in which public agendas define certain concepts, we put forward an analysis which discusses the perspective of rights. We postulate our findings -in the context of the double meaning of the Spanish concept of "reveses"- as part of those unnoticed conditions of statepolicies that determine their unintended consequences.

Índice

Agradecimientos 10

Capítulo introductorio 14

A. Origen y fundamentación de nuestra propuesta 14

A.1. Algunos interrogantes iniciales 14

A.2. El desafío 16

A.3. El problema (¿práctico, teórico,…?) 17

A.4. El campo de la salud: una deuda de origen 19

A.5. Lo (in)correcto: la ruptura. Por qué no una perspectiva de derechos 23

B. La perspectiva y el objeto en retroalimentación. Itinerario investigativo, procedimientos y decisiones teórico-metodológicas marco 26

B.1. El lugar de la teoría 26

B.2. El campo fenoménico y su reformulación constante 29

B.3. El giro etnográfico 32

B.4. Última gran fase: los usuarios 35

C. Sobre nuestro recorrido y los conceptos centrales 39

D. Itinerario investigativo y estructura expositiva 47

***Sección I - Derechos y reveses de "la salud mental" como problema público*..... 51**

Capítulo 1. La nueva Ley Nacional de Salud Mental y el encierro como problema social 52

Introducción 52

1.1. El legado movilizado en torno de una política pública sobre la "salud mental" 54

1.1.1. Organismos internacionales: la carrera de un tema en agendas foráneas 55

1.1.2. Un referencial con resonancias progresistas 58

1.1.3. La impronta de los Derechos Humanos 61

1.2. El Estado como pluralidad, la Ciudad como marco de la Nación 63

1.3. Hacia una Ley Nacional 66

1.4. La implementación anterior a la normatización 70

1.5. Sin mensajero no hay mensaje: tirando al bebé junto con el agua 72

1.6. La “salud mental” como problema ¿sin solución? 75
Conclusiones preliminares 77

Capítulo 2. La agenda político-electoral y la cristalización de una definición 79
Introducción 79
2.1. La construcción del escenario político como dual 80
2.1.1. La historia reciente del kirchnerismo 82
2.1.2. La CABA y el ascenso del machismo 83
2.2. El neoliberalismo empírico del macrismo: el sector salud 84
2.2.1. El sistema público de salud y el rol del Estado según Mauricio Macri 85
2.2.1.1. Macri y la Salud Mental 87
2.2.2. El “Centro Cívico”: lo manicomial y un caso paradigmático 90
2.3. Macri o la 26.657 94
Conclusiones preliminares 100

Capítulo 3. Construyendo un problema de investigación en tensión con los términos de la política pública. El área de salud mental de los CeSACs 103
Introducción 103
3.1. El área de salud mental de los CeSACs en su contexto relacional 104
3.1.1. El sistema de salud en la Argentina 104
3.1.2. Qué implica ser un Centro de Salud y Acción Comunitaria 106
3.1.2.1. Crónicas de los orígenes 107
3.1.2.2. La sedimentación de modalidades decisorias 108
3.1.2.3. La historia reciente refractada en la configuración de los CeSACs 111
3.1.3. Salud mental en la Ciudad de Buenos Aires 112
3.1.3.1. Aprehender la psicología en Buenos Aires 117
3.2. El área de Salud Mental en los CeSACs como espacio subalterno 119
3.3. La inespecificidad del área de salud mental de los CeSACs 122
3.4. El rol de las ciencias sociales 123
3.4.1. Cuestiones de Estado y estados de la cuestión 123
Conclusiones preliminares 126

Sección II – La cotidianeidad en las agencias estatales **128**

Capítulo 4. Prácticas y valoraciones cotidianas en el área de salud mental en los CeSACs 129

Introducción 129

4.1. Los sujetos de las leyes 130

4.1.1. "Pacientes psiquiátricos" 131

4.1.2. "Pacientes adictos".....136

4.2. Sobre lo que efectivamente hacen los psicólogos en los CeSACs.....138

4.2.1. La asistencia.....138

4.2.1.1. Qué es lo que se asiste 140

4.2.1.2. Derivaciones internas en los CeSACs 142

4.2.2. Prevención y promoción en la periferia.....146

4.3. Sesgos de la implementación, por fuera de la implementación 150

Conclusiones preliminares.....156

Capítulo 5. De rutas y rutinas intersectoriales: el área de Salud Mental de los CeSACs como emergente de un entramado de agencias estatales 159

Introducción 159

5.1. Vinculaciones entre los CeSACs y el sector educativo 160

5.1.1. El "Programa Salud Escolar".....161

5.1.2. Lo habitual sin formatos preestablecidos 165

5.1.3. Derivaciones escolares: consecuencias no buscadas y perspectiva de los agentes.....166

5.2. Vinculaciones entre los CeSACs y el sector justicia -y afines 169

5.2.1. Cómo se ponen en contacto juzgados y profesionales de CeSACs 169

5.2.2. Instancias sucedáneas de los Juzgados 172

5.2.3. Criterios atomizados de respuesta.....176

5.2.4. Conocimientos informales 181

Conclusiones preliminares.....184

Capítulo 6. Contornos de lo formal y sus condiciones de producción y reproducción: las instancias jerárquicas 187

Introducción 187

6.1. De dónde emanan las directivas -Sobre la arquitectura institucional 189
6.1.1. La Dirección de Redes y Programas.....192
6.1.2. La Dirección de Salud Mental 195
6.2. "Estadística", ¿por "Estado"? 197
6.3. Los CeSACs: una muestra del mapa abigarrado de distribución de recursos.....202
6.4. La incidencia de lo formal en las definiciones cotidianas 208
6.5. Socialización en una agencia estatal: la defensa de lo informal.....211
Conclusiones preliminares.....215

***Sección III- Las condiciones de reproducción cotidiana de sujetos socialmente vulnerables*.....217**

Capítulo 7. La relación con el área de salud mental de los CeSACs: un vínculo entre sujetos socialmente vulnerables y agentes estatales 218
Introducción 218
7.1. Rasgos estructurales que tienden a igualar a los consultantes de CeSACs.....219
7.2. Sentidos agregados en el vínculo con los psicólogos 223
7.2.1. La entrada en consideración de las necesidades subjetivas.....223
7.2.2. El psicólogo como parte de una red de contactos 225
7.2.3. Sostenerse en el CeSAC 228
7.3. La informalidad como patrón de relación.....230
7.3.1. Las dinámicas de los procesos decisorios condicionan los usos.....230
7.3.2. Conocerse.....231
7.3.3. La selectividad como contrapartida de la interpersonalidad 234
7.3.4. Estela -o el alivio de los vulnerables 236
Conclusiones preliminares.....239

Capítulo 8. Estado, territorio, reproducción cotidiana y sociabilidad 241
Introducción 241
8.1. Qué formas asume lo querido de mi Buenos Aires 242
8.1.1. Tierra de oportunidades.....242
8.1.2. El tiempo transforma al espacio.....243
8.1.3. Movilidad territorial más planes de vivienda. Estructurando el aislamiento ..245
8.1.4. Sobre lo colectivo.....248

8.1.5. Me gusta el barrio, no mis vecinos 250
8.2. Sociabilidad y agencias sociales 251
8.2.1. La asistencia como estructurante de la vida cotidiana 252
8.2.2. El lugar del CeSAC en la reproducción ampliada de los grupos domésticos 255
8.2.3. CeSACs y psicólogos: estrategias de distinción y acceso simbólico a la ciudad.257
8.2.4. Contornos borrosos de los CeSACs.....259
8.2.5. El Estado, una institución entre otras.....260
Conclusiones preliminares 262

Capítulo 9. La inseguridad como contexto y condición de la cotidianeidad en territorios degradados 264
Introducción 264
9.1. El problema socialmente definido como "inseguridad".....265
9.1.1. La "sensación de inseguridad".....265
9.1.1.1. La "inseguridad" para los agentes institucionales 267
9.1.1.2. La "inseguridad" para los usuarios 270
9.1.2. La gestión del espacio y la sensación territorializada del peligro 272
9.1.2.1. La transitabilidad.....274
9.1.2.2. Peligro y territorio: las "ranchadas" y el problema de "la droga".....275
9.1.3. Efectos de la sensación de inseguridad en la estructuración temporal de la vida cotidiana 277
9.1.4. Consecuencias inseguras de la "inseguridad": fuerzas represivas y sujetos vulnerables 279
9.2. Una atención insegura.....281
9.3. Relaciones inseguras.....282
9.4. Vínculos informales: la certidumbre en contextos inseguros.....284
9.4.1. La precariedad como habitualidad para la población.....286
9.5. Agencias estatales, no sólo sociales. La faz protectora de la criminalización.....287
Conclusiones preliminares.....291

A modo de cierre 293
Referencias bibliográficas 307
Anexo Metodológico 335

A Manuel y Valentín, mis fuerzas.

A Alma. Y a Rocío Anahí, quien mostró que a cada final
le corresponde un nuevo comienzo.

Agradecimientos

Esta Tesis plasma y sintetiza un recorrido largo y sinuoso. Recorrido en el que fui encontrándome –o reencontrándome- con mis propios anhelos, mis intereses, mis principios. Y poniéndolo en palabras. Ese trayecto que fue posible gracias a ciertas condiciones, y fue precisando su dirección merced a quienes de distintos modos fueron señalando sentidos posibles o alentando mi búsqueda.

Entre las condiciones de posibilidad, fue para mí determinante contar con el financiamiento que el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) me otorgara a través de dos Becas Doctorales consecutivas. Agrezco inmensamente esa oportunidad.

Alma Idiart, mi primera Directora de Tesis Doctoral y de proyecto, supo sostener mis inquietudes, mis desconciertos y escuchar pacientemente mis confusas hilaciones iniciales. A Alma le corresponde un agradecimiento muy especial, que confío que le lleguerá dondequiera que pueda recibirlo.

Agradezco infinitamente a Pablo Di Leo por su lectura minuciosa y sus sugerencias. Inicialmente como Jurado de mi Tesis de Maestría, luego como Consejero de Estudios, y finalmente como Director de Tesis, sus aportes han ido gravitando a lo largo de todo el camino. Su presencia late a lo largo de estos capítulos. A Pablo le debo el haber convertido el desaliento en entusiasmo, y el haberme apuntalado en la fidelidad a mi propio camino.

Agradezco asimismo a Daniela Soldano y Alicia Stolkiner, también Jurados de mi Tesis de Maestría. El placer de haber contado con su lectura atenta, el envión que me produjeron sus devoluciones, y la fecundidad de sus señalamientos ocuparon un lugar protagónico en mis definiciones posteriores.

Debo agradecer la cercanía de Alfredo Carballeda durante los primeros pasos de este trabajo. El tiempo me ha ido mostrando que muchos de sus aportes han nutrido mi propia perspectiva.

Quiero agradecer también al Programa de Centros Asociados para el Fortalecimiento de los Postgrados Argentina-Brasil, que articula al Programa de Doctorado en que se enmarca esta Tesis con el Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva del Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Agradezco a Rubén Mattos, Kenneth Rochel de Camargo Jr., y a todos los que generosamente me recibieran en el IMS. También, a aquellos trabajadores de salud de Río de Janeiro que me han permitido entrevistarlos, conversar con ellos y compartir sus rutinas. En oportunidad de este intercambio he tenido ocasión no sólo de conocer una realidad distinta, sino también de comunicar mis propios hallazgos. Este diálogo resultó fundamental para comprender qué de específicamente local había en aquello que yo estaba intentando describir y analizar para el caso de Ciudad de Buenos Aires.

A lo largo de este recorrido las oportunidades de dialogar con investigadores a quienes considero fuentes de referencia se fueron materializando en piedras de toque de mis hallazgos. Agradezco así a Sergio Visacovsky, quien me recibiera pacientemente en mi etapa de mayor confusión. Y quien tuviera la sagacidad de brindarme en pocas palabras el gesto de ruptura que maduraría con los años en esta Tesis.
Agradezco también el interés que Claudia Danani, Magdalena Chiara y Mercedes Di Virgilio mostraron en mis desarrollos; sus devoluciones contribuyeron a afianzar mi tenacidad.

Los "jóvenes investigadores" no han sido menos gravitantes en mis desarrollos. Los recorridos teórico-conceptuales que informan este trabajo no se explican sin sus aportes. Agradezco en primer lugar la generosidad incondicional de mi amiga Cintia Rodrigo, que entre sus múltiples manifestaciones incluyó la recomendación de lecturas que marcaron un "antes" y un "después" en mis análisis. Debo agradecer además a Luisina Perelmiter el haber puesto a mi disposición una serie de materiales poco conocidos en estas latitudes, y que jugaron un rol determinante en mis conceptualizaciones. También agradezco a Roberto Bavastro, quien puso en mi camino textos claves, a los que difícilmente hubiera accedido de otra manera.
Agradezco también a Julia Pasin la predisposición, las sugerencias y recomendaciones sobre temáticas que me resultaban novedosas. Y a Gabriel Vommaro, quien me facilitó material de lectura aún inédito.

La Maestría en Investigación -cuyos hallazgos retoma esta Tesis- me ha brindado no sólo un recorrido investigativo, sino también una historia personal. Jóvenes investigadoras pero además, grandes amigas, una vez más es necesario para mí agradecer profundamente a mis antiguas compañeras Cintia Rodrigo, Daniela López y Nuria Yabkowsky. En ellas fui encontrando el apoyo, el aliento, las recomendaciones, y los consejos que fueron plataforma necesaria de este recorrido.

Debo agradecer además las riquísimas devoluciones y reflexiones de quienes, provenientes del "ámbito *psi*", se configuraron como voces autorizadas para ponerme en la pista de distintas conexiones de sentido. Aída Perugino, Alejandro Leoni, Mirta Baier, Vanesa Branca, Ana Lía Cabral, Graciela Klein, Adolfo Lozano y Florencia Trapeano han ido compartiendo conmigo algunas reflexiones cuya agudez fue insumo fundamental de muchos de mis análisis. La lectura minuciosa por parte de Alejandro Vainer de algunos desarrollos aquí presentados me permitió confirmar claves de lectura al tiempo que me sugería nuevas interpretaciones.

Condición fundamental de esta Tesis fue la colaboración desinteresada de un número importante de personas cuya cotidianeidad fuera aquí objeto de análisis. Si investigar es toda una experiencia de vida, con sus incertidumbres, temores, fracasos y aciertos, qué decir de quienes día a día sienten, esperan, recuerdan, aman, temen, confían y desconfían, proyectan, sufren, intentan, denuncian, sueñan. Sea facilitando mi inserción, aportando sus relatos, permitiendo compartir momentos, me depositaron con su confianza en mis ojos y mis oídos una misión que sigo viviendo como importante. Las páginas que siguen están para mí cargadas de nombres y rostros, a cuyo anonimato deberé cada reconocimiento cosechado. A todos ellos va mi más profundo agradecimiento.

Un agradecimiento renovado le corresponde a Magdalena La Porta, amiga presente en incontables recorridos.

Agradezco infinitamente a mis padres. Su confianza en mí ha sido siempre condición fundamental de mi perseverancia. Todo camino ríspido se visualiza más terso cuando se cuenta con dos adeptos como ellos, apostando fervientemente al propio éxito. También mi agradecimiento a Denise, mi hermana, aliada de mis causas personales, cómplice de aciertos y

desaciertos, quien con su ceño fruncido o su carcajada ha sabido reconducirme al encuentro con mis propias verdades.

Cauce y torrente de mi propia cotidianeidad, no terminaré nunca de agradecer la dulzura incondicional con que Valentín -compañero de realidades y de anhelos- me animó ante cada recodo, en aquella búsqueda que esta Tesis consigue reflejar sólo en parte. Gracias a su presencia constante puedo dar testimonio de que no existe socio más alentador que aquel que pacientemente ayuda a burlarse del concepto de fracaso. Tampoco terminaré de agradecerle al pequeño Manuel, quien recién dentro de unos cuantos años comprenderá de qué se trataba eso que retenía tanto tiempo a su mamá frente a una pantalla. Debo parte importante de este trabajo a la pasión que me ayudan a reavivar diariamente; escondidas entre los renglones están sus sonrisas.

-Capítulo Introductorio-

A. Origen y fundamentación de nuestra propuesta

A.1. Algunos interrogantes iniciales

Abril del 2013. Efectivos de la Policía Metropolitana han entrado en horas de la madrugada al Hospital Neuropsiquiátrico "José Tiburcio Borda". Su objetivo, garantizar la demolición del espacio donde funcionan los denominados "Talleres Protegidos" -que ahora claramente no lo están-. Su intención, despejar el terreno donde se planea construir el Centro Cívico. En un gesto desesperado, trabajadores y pacientes intentan defender el espacio; mientras que un grupo de periodistas registra el hecho. Se cuentan heridos entre aquellos tres grupos. Ante quizás el único capítulo de la represión policial de aquella nueva fuerza que mereció la desaprobación general, algunos llegaron a creer que este acontecimiento representaba para Mauricio Macri el peligro de una destitución.

Los debates públicos por las leyes de salud mental habían resultado exitosos en términos de configurar cierta sensibilidad colectiva. Junto con aquellos, la problemática del encierro como pretendida medida terapéutica había entrado con paso firme en la agenda política de la Ciudad de Buenos Aires. Quienes de uno u otro modo se han hecho eco de aquellas discusiones han considerado que lo que estaba en juego era el rol del Estado ante los sujetos socialmente vulnerables.

Coincidimos con aquella apreciación. Ahora bien, entendemos que aquello no debería hacernos olvidar que no es la única situación en la que se juega el rol del Estado. Tampoco lo es aunque sea nuestro interés referirnos a la salud mental.

El foco puesto en la problemática del encierro ha tendido a producir cierta asimilación entre la "salud mental" y un determinado grupo de establecimientos y de problemáticas que están lejos de representar a todas las que existen concretamente bajo aquel nombre.[1] Hemos elegido detenernos en las prestaciones de salud mental que se realizan cotidianamente en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs). El carácter descentralizado de estos

[1] Según las propias definiciones del Gobierno de la Ciudad, se producen prestaciones de salud mental no sólo en los hospitales monovalentes, y no sólo a través de la internación. A través de consultorios externos se realiza este tipo de atención también en los trece Hospitales Generales de Agudos, en los dos Hospitales Generales Pediátricos municipales, en diez Hospitales Especializados cuya orientación monovalente es distinta a la salud mental, en los dos Centros de Salud Mental que funcionan con carácter ambulatorio, y en los cuarenta y tres Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad.

establecimientos, junto con su oferta polivalente, los convierten en espacio habitual de referencia para quienes entran en contacto con ellos. Al mismo tiempo, las prácticas que allí se realizan tienden a difuminar lo tradicionalmente asociado con el accionar sanitario, en tanto incluyen en distintos grados tareas inespecíficas, extramurales e interdisciplinarias.

Alejada de los debates de agenda, la cotidianeidad de los CeSACs permite analizar una serie de modalidades a través de las cuales lo estatal se hace presente. Tanto en términos de condicionantes como habilitando ciertos usos por parte de los consultantes, esto nos permite un acercamiento a los roles del Estado en relación con los sujetos socialmente vulnerables distintos a lo que emerge cuando el análisis se estructura en los mismos términos que las políticas públicas.

Sea por su peculiar carácter difuminado, por estar moldeados bajo dinámicas ajenas a las orientaciones explícitas y los debates colectivos, o simplemente porque nos brindan la oportunidad de desplegar una mirada más intersticial que lo habitual, la cotidianeidad de los CeSACs nos reenvía al entramado de relaciones sociales que produce y reproduce las prácticas y sentidos que en torno suyo emergen. Punto de mira de una serie de conexiones no evidentes, los CeSACs nos muestran parte de las condiciones inadvertidas a las que se verán sometidas las políticas públicas.

Fruto de lo anterior, entendemos que el rol del Estado se debate sólo en parte en las discusiones que toman por objeto la sanción de marcos formales. El Estado y los sectores vulnerables entran en contacto en más ocasiones que aquellas problematizadas socialmente, y que resultan en consecuencia orientadas -con éxito desigual- por las políticas públicas. Existen modalidades de lo estatal divergentes, no sólo por la diferencia entre lo prescriptivo y lo real, sino también porque las normas no logran agotan aquello que sucede en la cotidianeidad de los establecimientos. Los roles que el Estado asuma, y los efectos que de su accionar deriven, se jugarán también en las prácticas concretas que ponen en relación a agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables.[2] Y es sobre todo en ellas donde se pondrá de manifiesto el carácter a la vez ubicuo y elusivo de lo estatal.

A la luz de aquel planteo inicial, surgen una serie de interrogantes. ¿Qué tipo de prácticas han

[2] A diferencia de algunas aproximaciones más subjetivistas, hemos entendido la vulnerabilidad social como una situación signada por la inestabilidad, en la que se conjuga la precariedad en términos de inserción laboral con una fragilidad en la esfera de la integración social (Castel, 2005). Inicialmente hemos deducido la caracterización de los consultantes en el subsector público de salud como socialmente vulnerables del carácter tripartito del sistema de salud en nuestro país -lo cual desarrollaremos en el Capítulo Tres. Con posterioridad, aquello ha resultado un dato emergente de nuestro propio trabajo de campo.

quedado por fuera de las cuestiones socialmente problematizadas? ¿Qué motivos explican el recorte? ¿Cómo gravita el recorte en aquello problematizado y en aquello desconsiderado? ¿Cuál es la relación entre lo que es puesto en visibilidad merced a su aparición en la agenda pública de debates, y aquello que permanece inobservado? ¿Qué características asumen las relaciones entre agencias estatales y sujetos vulnerables en cuestiones no problematizadas socialmente? ¿Qué dimensiones ajenas a las orientaciones políticas explícitas contribuyen a estructurar la relación entre sus agentes y los sujetos socialmente vulnerables? ¿Qué regularidades existen en una relación no mediatizada por la política pública? ¿Qué continuidades y qué rupturas guarda esta relación para con la propiciada por las orientaciones políticas? ¿Pueden encontrarse estrategias e implicancias propias de los procesos de implementación allí donde no hay lineamientos explícitos? ¿Qué características asumen, por fuera de los marcos normativos, los distintos elementos que hacen a la capacidad estatal? ¿Qué elementos del debate público pueden encontrarse presentes en las prácticas y significados que allí se producen, qué forma concreta asumen? ¿Qué dimensiones puede mostrarnos esta relación que pasan desapercibidas para los análisis que reproducen los objetos preconstruidos, estructurados en términos de la política pública? ¿Qué factores condicionan los sentidos atribuidos por los agentes a tales relaciones? ¿De qué modos concretos se refractan los contextos políticos, históricos, y económicos en la cotidianeidad de estas relaciones? ¿Qué dinámicas traccionan la reproducción de sus formatos y contenidos? ¿Cómo se juega en la relación entre agentes estatales y sujetos vulnerables la desigualdad social? ¿Qué posibles efectos en términos de estratificación social poseen estas relaciones? ¿En el marco de qué entramado relacional se explica el vínculo que los sujetos socialmente vulnerables forjan y sostienen para con los agentes estatales? ¿Qué usos hacen de estos espacios? ¿Qué relación guardan estos usos para con sus estrategias de reproducción? ¿Cómo se vinculan tales usos con sus experiencias y valoraciones? ¿Qué dificultades y oportunidades encuentran en estas relaciones? ¿Qué aspectos resuelven de esta manera, y cuáles otros continúan sin respuesta? ¿Cuánto de lo que sucede en estas relaciones cotidianas se explica por la falta de políticas públicas en la materia?

A.2. El desafío

Construir un problema investigativo allí donde no existe un problema social es un asunto desafiante. En primer lugar, porque implica a un mismo tiempo marchar a contrapelo de las

tendencias en investigación social y discutir continuamente con las categorías de la sociología espontánea (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1975). En segundo lugar, porque el carácter intersticial del objeto -reforzado aquí por no coincidir tampoco con los límites de un establecimiento- redobla la necesidad de apelar profundamente al carácter artesanal y flexible propio de las estrategias teórico-metodológicas cualitativas.

Nuestra Tesis transcurre en el campo de la salud, pero no toma a la salud por objeto. No por ello la salud le resulta indiferente. Muy por el contrario: hemos entendido que una forma de aportar a este área de estudios es a través de problematizar algunas dimensiones que los estudios que toman a la salud por objeto deben dar por supuesto. Siendo aquel un mismo gesto con el mirar por fuera de los términos que los debates públicos prefiguran, he aquí la propuesta de transitar una nueva senda. Claro que al mismo tiempo esto implica una opción por el pantanoso terreno de lo inespecífico.

La riqueza potencial de un abordaje novedoso esconde siempre el riesgo de perderse entre los vericuetos de lo indelimitado. Hemos conjurado -intentado conjurar- aquello apelando a la explicitación constante de nuestro recorrido y procedimientos. También, imponiendo a nuestro itinerario una rigurosa cartografía bibliográfica -aún cuando esto implicó trasvasar diferentes campos de investigación y análisis preconstituidos. El riesgo se hacía entonces presente con un nuevo rostro: que al poner en diálogo diversos aportes se derive en un orden propio de una gran Torre de Babel.

Elegir el límite de un campo preestablecido ofrece la posibilidad de aportar vasos comunicantes entre aquello que otrora fuera separado de modo contingente por una frontera. Hemos elegido entonces ese desafío. Consideramos que explorar senderos aún no visitados contribuye a poner en visibilidad condiciones inadvertidas de las prácticas -en salud, en este caso- que gravitarán necesariamente en términos de consecuencias no buscadas de toda propuesta de acción (Giddens, 1995). La intención de este capítulo introductorio es explicitar las decisiones y procedimientos que fueron estructurando nuestro itinerario.

A.3. El problema (¿práctico, teórico,…?)

Hemos partido de un presupuesto heurístico. Esta Tesis, de hecho, puede ser leída como el intento de fundamentarlo. Aquel presupuesto es que al redefinir los términos con que se presentan los debates públicos, las ciencias sociales pueden enriquecer su aporte a la construcción política. Esta inquietud surge en un contexto histórico donde parte importante de

las luchas sociales se concentran en la sanción legislativa de distintos proyectos. Lo cual tracciona el interés de brindar elementos para sopesar potencialidades y límites de estas modalidades de acción colectiva. Al calor de esta preocupación -tan práctica como ontológica- fue moldeándose el problema de investigación que aquí se presenta.

Hemos entendido que algunos de los límites fundamentales de las orientaciones políticas, así como sus efectos paradójicos y aporías, se encuentran en vinculación con sus condiciones inadvertidas (Giddens, 1995). Y que para rastrear estas era necesario practicar una operación de ruptura epistemológica (Bourdieu et al, 1975) para con las concepciones presentes en los debates públicos.

Siendo que todo aquello considerado como un problema social -y toda política pública que busque resolverlo- implica necesariamente una operación de recorte y acentuación, una construcción tan estilizada como ambigua que deja por fuera aspectos y prácticas (Bachrach y Baratz, 1963; Blumer, 1971; Bourdieu, 1997; Jobert, 2004; Jordana, 2007), centrar el análisis de modo exclusivo en la implementación presenta el riesgo de trazar un panorama incompleto de la realidad -en tanto esta no se corresponde con los límites establecidos por las definiciones que buscan aprehenderla.

Reformular los términos con que se presentan las orientaciones políticas contribuye a plantearnos preguntas distintas a las que se derivan de la distancia entre lo real y lo prescripto. De tal manera, posibilita aprehender dinámicas existentes procurando evitar los juicios valorativos. Esto no implica desconsiderar el aporte realizado por quienes se han preocupado por aquella distancia. Por el contrario, busca potenciar tales aportes, haciéndolos jugar en áreas infrecuentes. E implica sostener la tensión de una pregunta -irresoluble- respecto de cuánto de lo entrevisto podría controlarse a partir de su inclusión en marcos formalmente sancionados. Hemos entendido que la clave de lectura que nos permitía desplegar nuestro análisis en la tensión de tal pregunta, sin buscar resolverla, era considerar la ubicuidad y elusividad simultáneas de lo estatal -tal como abajo lo detallaremos.

Fue nuestro interés habilitar una perspectiva desde la cual puedan emerger conexiones de sentido alternativas a las que surgen al considerar el objeto en términos sustantivos. Vale decir que nos hemos preocupado por desarrollar una mirada que así como ha analizado cierto campo fenoménico pueda servir para detenerse en las particularidades de cualquier otro. En lo que aquí se presenta, nos hemos detenido en la interpretación de aspectos no estrictamente sanitarios del proceso salud-enfermedad-atención. En una apuesta fuerte por la esfera de la

vida cotidiana y por un enfoque relacional, hemos entendido que la realidad de los vínculos entre profesionales y consultantes no se limita a los contornos de lo perteneciente a la órbita de aquello que habitualmente se entiende por salud. En tanto nos ha interesado en particular su carácter de relación entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables, y así hemos elegido definirla, nos hemos ocupado de indagar qué aspectos distintos al cuidado de la salud se solapan, sobreimprimen, cuestionan, o refuerzan, tanto el establecimiento y como el sostenimiento de aquel vínculo.

El objeto empírico (el área de salud mental de los CeSACs, con lo indelimitado que ello implica) nos ha llevado así a descubrir los contornos de un objeto analítico (los reveses del derecho, las condiciones inadvertidas de las normas que se harán palpables en sus consecuencias no buscadas) cuyo acierto o desacierto radicará en las líneas de indagación futura que pueda contribuir a abrir.

A.4. El campo de la salud: una deuda de origen

Los orígenes del recorrido que informa esta Tesis se ubican dentro del campo de estudios sociales sobre la salud. Siendo la salud -en cualquiera de sus posibles definiciones- un fenómeno con escasa autonomía relativa, aquel campo se caracteriza por la renovada fertilidad que va encontrando en la constante articulación para con aportes de otras áreas. Esta vocación por la transversalización de sus análisis es la que habilita, orienta y alienta nuestro peculiar trayecto investigativo. Trayecto que excede a este documento escrito pero que guarda con él profundos vínculos orgánicos.

Nuestra inquietud primera se había originado en la búsqueda de articular distintas tradiciones investigativas dentro del campo de la salud, cuya puesta en diálogo es aún incipiente. De modo analítico, y a los fines de la sencillez expositiva, sintetizaremos en tres grupos de abordajes una serie amplia de trabajos que resultaron determinantes en la configuración de nuestra mirada.[3]

Referiremos por un lado los estudios sociales acerca de la medicina como profesión, como campo de problemas, de legalidades y de prácticas (Conrad, 1982; Conrad y Schneider, 1992; Foucault, 1975; 1990; 1998; Freidson, 1978; Goffman, 1998; Parsons, 1984). Por otro lado, a

[3] No pretendemos con ello desconocer que su consideración exhaustiva merecería un análisis de otro nivel de complejidad. Siendo nuestra intención explicitar cómo se ha ido forjando la propia mirada, una exposición de los aspectos más descriptivos de los trabajos en sí mismos, sus convergencias y discusiones, excedería los límites de este trabajo.

aquel corpus al que en aras de sintetizar podríamos denominar como de estudios de salud colectiva (De Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Laurell, 1986; Menéndez, 1985; 2004; 2009; Menéndez y Di Pardo, 1996; Spinelli, 2008).[4] Finalmente, las propuestas analíticas de nivel macroinstitucional realizadas en Argentina respecto del sistema de salud (Belmartino, 1993; 1999; 2003; 2005; 2006; 2010; Isuani, 1989; 1991; Pérez Irigoyen, 1989).

Respecto del primer grupo de trabajos, nos ha interpelado su capacidad de construir problemas en el campo de la salud desde una mirada estrictamente sociológica. Entendemos por esta última a la que procede a condición de una ruptura epistemológica (Bourdieu et al, 1975) merced a la cual en lugar de recurrir a principios explicativos tomados de otras ciencias -corriendo el riesgo de dar por explicado lo que es necesario explicar- se construye un objeto a partir de los sistemas de relaciones objetivas, histórica y socialmente configuradas. Estos estudios no parten de los procesos de salud-enfermedad como problema al que hay dar solución, sino que se centran sobre el análisis riguroso de lo que efectivamente sucede desde las respuestas dadas socialmente. De un modo u otro, han buscado las condiciones y características de la definición social dada a la salud, a la enfermedad, a los sujetos considerados enfermos, y a las propuestas terapéuticas que de aquello se desprenden. Hemos forjado nuestra clave de lectura al compás de estos aportes, no sin ciertas reformulaciones que pueden explicarse a la luz de las otras dos tradiciones mencionadas.

En primer lugar, mientras aquel primer grupo se detiene en lo relativo a la medicina, entendida como una forma social e históricamente determinada de producir y reproducir el orden social, deja de lado otras prácticas y saberes existentes en el campo de la salud cuyo origen, motivación, implicancias e impacto son de orden más conflictivo. Vale decir, aquellas que ocupan un lugar al que podríamos definir como subalterno -como es el caso de la psicología (Adissi, 2010). Observar qué sucede en estos casos implica un primer punto de revisión de aquellos trabajos. En segundo lugar, en contextos donde la realidad insiste en mostrar que los problemas de salud se correlacionan fuertemente con la desigualdad social, tales abordajes muestran fuertemente sus límites en tanto descuidan la dimensión propositiva, conduciendo a callejones cerrados. Estas dos aristas de revisión encuentran su fundamentación en el segundo grupo de abordajes.

[4] Aquí cabría incluir asimismo a autores provenientes de la antropología médica, tales como Kleinman (1994; 1995; 2000), Csordas (1990; 1992), Good (1994a; 1994b). Nuevamente, en aras de la síntesis expositiva se ha limitado la presentación a aquellos autores provenientes de nuestro continente -quienes no obstante abrevan claramente de esas aguas.

En América Latina, fundamentalmente en las últimas décadas, han surgido una variedad de líneas de abordaje cuyo interés fundamental está puesto en contribuir de distintos modos a una igualación de las oportunidades respecto de distintas dimensiones de lo denominado como proceso salud-enfermedad-atención. Desde estas perspectivas se ha señalado con insistencia que el denominado *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 1988; 1990), si bien puede ser mayoritario dentro de los sistemas sanitarios oficiales, no incluye la totalidad de las prácticas y saberes. Es más: que es necesario reforzar a quienes ocupan distintas posiciones subalternas, proponiendo abordajes alternativos a los existentes. Muchos han sido los aportes en términos de jerarquizar el análisis de la vida cotidiana y las prácticas concretas de los sujetos, así como el modo en que experimentan y definen las situaciones de atención a la salud. Se ha abierto la posibilidad de inquirir desde otro lugar el concepto de "atención", desde preocupaciones más ligadas a la búsqueda de propuestas terapéuticas no sólo más efectivas, sino además democratizantes. Debemos señalar que existe una tendencia a modificar este último término por el concepto de "cuidado". Esto no es un detalle menor, puesto que hace referencia al interés de indagar aquellas prácticas llevadas adelante para conservar la salud o afrontar su vulneración que tienen lugar por fuera de los sistemas de salud institucionalizados. Pero cualquiera sea el concepto utilizado, las inquietudes han estado íntimamente ligadas a la respuesta que estos implican respecto de distintos problemas ligados a la salud y la enfermedad (abarcando desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta los distintos tipos de terapéuticas).[5] Dicho de otro modo, el análisis se ha ceñido a las prácticas y saberes *en tanto* implican una respuesta a problemas de salud y enfermedad. Entendemos que el énfasis puesto en la experiencia de los sujetos, en su vida cotidiana, y en los determinantes sociales que hacen a sus condiciones desventajosas de reproducción, puede ser recuperado en aras de arrojar luz sobre aquellas dimensiones de la relación entre profesionales y usuarios distintas al cuidado de la salud en sentido estricto.

Si bien ha habido puntos de convergencia, distinta ha sido la preocupación de quienes en nuestro país desde el campo de la historia, la economía, la ciencia política o la sociología han realizado una aproximación en términos macrosociales a las políticas sanitarias y a distintos elementos que hacen al sistema de salud. Desde aquí, la eficacia del sistema de salud se ha desligado de la perspectiva de quienes encarnan las instituciones -sea a modo de agentes o de

[5] Cabe advertir que esta presentación tiene como objetivo principal exponer sintéticamente las fuentes de la inquietud original que dio origen a este trabajo, motivo por el cual no estamos haciendo referencia a todos los desarrollos que han resultado importantes para el campo de las ciencias sociales en salud.

usuarios- para referir fundamentalmente a aspectos de orden institucional. Esto ha permitido analizar la dimensión de la asistencia apelando a herramientas conceptuales desarrolladas para el campo general de las políticas públicas, las políticas sociales, y el Estado. Siendo otro modo posible de analizar lo relativo al componente de atención, los trabajos en esta perspectiva han permanecido mayormente discutiendo entre sí, en un nivel agregado de análisis. En consecuencia, los aspectos microsociales que hacen al modo en que los arreglos institucionales son experimentados cotidianamente por los sujetos sea cual fuere la posición que ocupen, los sentidos que les son atribuidos, y los usos particulares que habilitan, han quedado por fuera de la consideración investigativa. Simultáneamente, el tipo de preocupaciones que estos análisis reconocen en la capacidad de implementar políticas públicas, les ha llevado a distinguir lo encontrado en términos de aciertos o dificultades. Las productividades específicas, distintas a los objetivos planteados en términos sanitarios, han sido también recortadas por parte de estos trabajos.

Nuestra propuesta recupera aspectos que la intersección de estas tres tradiciones permite visibilizar y problematizar. Creemos que ella puede contribuir a establecer nuevos ejes de diálogo. De la primera, hemos recuperado la intención de posicionarse desde una perspectiva sociológica, cuyo centro de interés implica una discontinuidad con las preocupaciones más sustantivas, apelando a conceptos y perspectivas forjados en otros campos, provenientes de objetos distintos al proceso de salud-enfermedad-atención.[6] De la segunda, el interés por abrevar en las perspectivas subjetivas, las experiencias, las prácticas cotidianas. También, el compromiso ético que la lleva a partir de considerar las condiciones de vida y forjar una perspectiva atenta a las desigualdades. De la tercera, la inscripción de la atención a la salud en las instituciones que la enmarcan -en nuestro caso, públicas, y que por tanto implican revisitar de algún modo la cuestión del Estado.[7]

[6] La calificación de la propia perspectiva como "sociológica" no pretende desconocer los aportes de campos como la antropología y la ciencia política, que resultan fundamentales en nuestra propuesta. Pero sí enfatizar un nivel de análisis distinto al que implicaría partir de conceptualizaciones sustantivas respecto de los padecimientos subjetivos.

[7] A lo anterior es menester agregar un trabajo ajeno a las tradiciones del campo. Es que la propuesta que sobre un recorte del campo ha realizado Visacovsky (2002) ha tenido un fuerte impacto en nuestro recorrido. No sólo en sí mismo sino también en su peculiar modo de haber sido difundido y apropiado por los profesionales, académicos y militantes que habitan de algún modo el campo de la salud -o de la salud mental, más específicamente. Ambos aspectos dan cuenta de cómo un análisis riguroso motivado por intereses distintos de lo sanitario puede enriquecer categóricamente los debates y las orientaciones que toman por objeto a aquel campo.

A.5. Lo (in)correcto: la ruptura. Por qué no una perspectiva de derechos

Bourdieu (1997) afirma que tanto el Estado como los tenidos por verdaderos problemas sociales son resultado de una larga serie de actos de institución, olvidados merced a que todo proceso social configura estructuras mentales adaptadas a lo instituidos. Tras ello, subraya la importancia de reconstruir la génesis de lo tenido por natural prestando particular atención a los conflictos y confrontaciones -y con ello, a la posibilidad de que las cosas fueran de otro modo. Y propone finalmente adentrarse en las zonas fronterizas, es decir, en aquellas que desconocen especialidades preconstituidas -y en consecuencia, modas intelectuales.

En nuestro particular contexto de producción, la convergencia entre desarrollos teórico-investigativos y prácticas vigentes en los campos de salud en particular y de políticas sociales en general, la denominada *perspectiva de derechos* ha ido ganando adhesiones en los últimos años. Eslabonada con un particular momento político, explicitar la adhesión a este paradigma suele ser un punto de partida habitual entre quienes refieren a aspectos de aquello a lo que genéricamente podríamos denominar como cuestión social (Castel, 1997). Tan habitual resulta aquello que podríamos incluso describir tal adscripción como un gesto paradigmático. En tanto tal, permite destacar zonas de visibilidad al tiempo que restringe la mirada hacia elementos que no se correspondan con sus términos.

En el campo específico de la salud esta perspectiva retoma fundamentalmente los trabajos que arriba incluyéramos en la segunda tradición investigativa -la perteneciente a las corrientes de medicina social y salud colectiva latinoamericanas. La perspectiva de derechos, reivindicando para sí un modo particular de pensar la salud pública, se ha desarrollado enfocando sus objetos de indagación en base al interés de incidir en debates y orientaciones de política sanitaria. Sea retomando las categorías presentes en las preocupaciones del campo, o bien proponiendo nuevos conceptos sobre los que construir acciones, el horizonte ha quedado comprometido con las acciones en salud. Templados al calor de esta inquietud, sus aportes se fundan en concepciones sustantivas respecto de las problemáticas de salud-enfermedad, y en consecuencia de los cuidados considerados más apropiados.

Sin desconocer la fertilidad de esta vasta producción, nuestro interés fundamental consiste en explorar la potencialidad tanto descriptiva como teórica de reformular los usos terminológicos en boga. De acuerdo con el objeto elegido, esto implica la decisión de *vigilar* -en términos bourdieanos- las propias consideraciones sustantivas respecto de los procesos de salud-enfermedad (Bourdieu et al, 1975). Junto con poner entre paréntesis aquello, y nuestras

concepciones respecto de la adecuación de las respuestas, surge nuestra inquietud por indagar procesos y prácticas que se encuentran por fuera de lo que aparece planteado en términos de derecho. Es esta ruptura la que nos habilita a indagar las normas en su contingencia histórico-política y preguntarnos por el lugar que juegan en la cotidianeidad de las instituciones.[8]

Hemos realizado entonces una operación de ruptura epistemológica (Bourdieu et al, 1975), y nos hemos posicionado en tensión con una perspectiva de derechos. Evitando introducir concepciones sustantivas respecto de lo que debe entenderse por "salud" o, más específicamente, "salud mental"[9], hemos buscado suspender las propias concepciones respecto de una atención apropiada, para acceder a los sentidos que orientan las prácticas de actores, agentes, y sujetos (Blumer, 1981).[10] Pero no a los sentidos en términos de cuidado de la salud, sino precisamente a aquellos otros que nos permiten desustancializar las prácticas, recortarlas analíticamente de la finalidad terapéutica que una mirada estructurada en términos sanitarios parte de suponer. Al entender que allí se expresan relaciones sociales, y que una parte determinante de aquellas es que se trata de la vinculación entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables, las modalidades asumidas por lo estatal han pasado al primer plano de la indagación. Dicho de otro modo: hemos recortado analíticamente la dimensión de la asistencia, construyéndola como variable independiente, para así ubicar aspectos distintos al hecho de ser respuesta a cuestiones de salud y enfermedad.[11]

Al escindir la atención del componente salud-enfermedad, nuevas áreas de determinación emergen ante el análisis. Fundamentalmente, porque remitiéndonos a la esfera de la vida cotidiana, para los sujetos que encarnan uno u otro polo de la relación asistencial este evento es sólo una parte de sus respectivas realidades -en las que se engarza de distintos modos.

---

[8] Evitando con ello asumir a priori que la sanción de normas que históricamente se han articulado con ciertas perspectivas signifiquen un progreso en términos de justicia.

[9] En lo que a la salud mental específicamente refiere, existe lo que podríamos llamar un campo interdisciplinario, constituido a partir de aportes diversos. Este cúmulo de trabajos surgen motorizados por la inquietud de encontrar respuestas apropiadas a definiciones sustantivas del problema. Tan es así que el concepto de "determinantes sociales" es utilizado frecuentemente en referencia al proceso salud-enfermedad, dejando de lado el pensar las prácticas en salud como socialmente determinadas. Elegimos no retomar inicialmente estos desarrollos, en aras de enriquecerlo, aportando un breve panorama respecto de cuestiones que habitualmente se escapan de aquel.

[10] Esta distinción analítica remite a una decisión expositiva en relación con el uso de los términos que aclararemos más abajo.

[11] Utilizamos aquí el concepto de "asistencia" como sinómino de "atención" y de "respuesta" a un problema. Es que tal como hemos mencionado, y detallaremos abajo, lo aquí presentado es resultado de una reformulación que incluyó, entre otras cosas, recabar que es aquello lo que básicamente hacen los profesionales de salud mental de los CeSACs. En el cuerpo de la Tesis nos ocuparemos de especificar qué sucede en el marco de aquellas con las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a las que seguramente aquellos conceptos les queden algo incómodos.

Realidades cotidianas que nos remiten en el caso de los profesionales a la esfera de lo laboral, y a la *lógica de lo apropiado* (March y Olsen, 1997) que rige las instituciones. Y en el caso de los usuarios, nos ha llevado a poner de relieve las experiencias cotidianas que marcan a los sujetos socialmente vulnerables, íntimamente vinculadas para con el despliegue de estrategias de reproducción familiar. Nuestra remisión a estas totalidades -distintas de lo sanitario en sí mismo- trae aparejada una recontextualización, a través de la cual prácticas y significados adquieren un nuevo sentido. El comprender que aquellas totalidades no coinciden, nos abre la posibilidad de comprender que las motivaciones son potencialmente divergentes.

Tanto ofrecer cierto encuadre asistencial como demandarlo implica un mundo de valoraciones y decisiones.[12] En tanto prácticas sociales, suponen el dominio de un conjunto de reglas aprendidas a través de la interacción en distintos contextos. Es en esta filigrana donde las perspectivas de derechos configuran un carril predeterminado: el cuidado como respuesta a un padecimiento.[13] Desplazarse de aquella senda, considerando a la relación entre profesionales y consultantes como relación social, implica un punto de partida diferente en al menos dos aspectos. Por un lado, el sentido que le atribuyen los actores no puede ser supuesto a priori. Por otro lado, no puede desconocerse su carácter situado -y por ende, sometido al constreñimiento de dinámicas socio-históricas. Considerando que las relaciones a las que haremos referencia emergen en el marco del subsector público de salud, nos interesa comprender aquello enmarcándolo en su carácter de relación entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables.

Nuestra decisión metodológica, en la pretensión de emular una *hermenéutica de la sospecha* (Ricoeur, 1999), propone desconfiar de todo aquello que se presenta con la fuerza de una obviedad. En este caso, respecto de considerar la atención en salud como respuesta a problemas de salud -vale decir, como una esfera particular y distinta cuya explicación agota

[12] Lejos de una concepción mercantil, esta división entre oferta y demanda parte de considerar las desiguales condiciones, posiciones e inscripciones de quienes ocupan cada uno de aquellos términos.

[13] Que se entienda bien: no pretendemos desconocer el efecto terapéutico. Sólo que nuestro interés se centra en aquello que lo excede, o se le sobreimprime, o lo condiciona -según el caso. Que no estemos interesados en lo terapéutico a los fines específicos de este abordaje no implica de ningún modo que lo consideremos poco importante. Por el contrario: buscamos arrojar luz sobre las condiciones que hacen a sus límites y posibilidades. Algo similar podemos decir respecto de las definiciones sociales: no es que nos parecen incorrectas, sino que entendemos que necesariamente dejan aspectos de la realidad por fuera. En consecuencia, adosar la mirada investigativa a los términos por él planteado puede deslizarse tanto en el olvido de su génesis -contingente- como en la proyección de sus contornos en la realidad estudiada, transfiriéndolo al objeto las necesidades del propio marco conceptual. Partir de un área descuidada por los debates públicos no tiene entonces por objeto discutir las normas vigentes, o minimizar su relevancia, sino desarrollar una sensibilidad investigativa afín a detectar usos y sentidos divergentes, múltiples, a través de las conexiones que las prácticas poseen para con fenómenos que en principio parecieran corresponder a otro orden.

en sí misma. Este posicionamiento nos ha llevado a anclar firmemente nuestro objeto en el marco de procesos configurados en tiempos y espacios determinados. En el impulso de buscar sus condicionantes y conexiones -históricos y por tanto, contingentes- abstrayéndonos de las perspectivas sustantivas radica el carácter exclusivamente sociológico de nuestra propuesta. Intentaremos así realizar movimiento de descentramiento del propio campo de estudios para regresar a él enriquecido. Es que el desafío de investigar por fuera de una perspectiva de derechos no nos impide entender que con ello permitiremos trazar un mapa que contribuya a la intervención y el diseño de políticas en tal sentido.[14]

B. La perspectiva y el objeto en retroalimentación. Itinerario investigativo, procedimientos y decisiones teórico-metodológicas marco

B.1. El lugar de la teoría

Lo que en esta Tesis se presenta surge de un proceso de investigación signado por la reformulación constante. En consecuencia, lo que hasta aquí hemos presentado remite al estado último del problema, pero no así al modo en que fuera originariamente planteado.

En sintonía con nuestra comprensión de los abordajes cualitativos, hemos desplegado un método flexible que en su desarrollo fue incluyendo distintas clases de datos y de técnicas (Glasser y Strauss, 1967; Maxwell, 1996; Pandit, 1996; Taylor y Bogdan, 1986). Junto con la clasificación y análisis permanente -que a su vez iban orientando en la fase siguiente de selección de evidencias- los distintos elementos del diseño se fueron reconsiderando de modo continuo.[15]

A la par de la revisión constante de material metodológico, el movimiento continuo de síntesis de lo recogido y expansión hacia otros niveles de análisis estuvo vertebrado por un posicionamiento teórico. De él emanaron básicamente las sucesivas decisiones respecto de qué observar, cómo, cuándo, cómo categorizar y cómo ir agregándolo en aras del análisis.

[14] No es nuestro interés formular recomendaciones. Nuestro compromiso con el campo, por el contrario, está en trazar con la mayor rigurosidad un mapa del cual puedan apropiarse -o no- los actores, tomando los elementos que les resulten útiles desde sus perspectivas. Propiciar así apropiaciones, búsquedas, preguntas y repreguntas, debates y controversias. Corresponderá a los lectores elucidar si lo anterior representa o no un hallazgo en cuanto al gesto, amén de la potencialidad descriptiva y problematizadora que estamos convencidos que habilita.

[15] La masa empírica producida en las fases de recolección era categorizada y reordenada mediante la utilización del programa informático Atlas.ti. El análisis de contenido fue incluyendo tanto las atribuciones de sentido y los datos objetivables como aquello que insistía a modo de ausencia. Cada nueva fase obligaba a incluir nuevos códigos en lo ya procesado, reformulando a su vez el objeto de la indagación. Esto obligaba a reagrupar y rejerarquizar los datos, según el análisis fuera brindando nuevos criterios de relevancia.

También, las decisiones correlativas de qué nuevas lecturas ir incorporando.

La lectura minuciosa y reiterada de los textos de Eduardo Menéndez (1985; 1988; 1990a; 1990b; 1992a; 1992b; 1993; 1994; 1998; 2002; 2004; 2006; 2009) jugó en aquello un rol protagónico. A lo largo del camino se encontraron nuevas fuentes teóricas que iban validando nuestro procedimiento, pero fueron los trabajos de este autor los que acompañaron como precepto transversal todo el recorrido.

Menéndez sintetiza en su propuesta ejes de debate que han sido constantes en las ciencias sociales al señalar que un enfoque relacional orienta en términos de evitar comprender los fenómenos sociales como entidades en sí mismas, caracterizadas por un conjunto de atributos esenciales, para comprenderlos definidos por el juego de relaciones que lo producen. Esto posee una serie de implicancias de orden tanto conceptual como metodológico. Fundamentalmente, en torno de que el punto de vista de los actores no alcanza para explicar sus prácticas, motivo por el cual los criterios de verdad analíticos no coinciden con la visión de los sujetos en estudio. Deslindar condiciones estructurales sin por ello renegar de la perspectiva de los involucrados conlleva no sólo incluir elementos prerreflexivos junto con recabar aquello que hace a la decisión autónoma y fundamentada de los agentes, sino también poner el foco de la indagación en los vínculos que se establecen entre actores significativos. Siendo las transacciones el objeto privilegiado, acceder al entramado de relaciones comprende tanto las interacciones inmediatas -cara a cara- como aquellas mediadas a través de pautas de acción institucionalizadas. Los puntos de eslabonamiento entre contextos microsociales y macrosociales sólo consiguen ser identificados a través de ubicar lo indagado en un campo ampliado de posiciones relativas, atravesado por múltiples ejes de hegemonía y subalternidad.

En consonancia con aquello, hemos partido de considerar la realidad social como configuración dinámica y conflictiva, donde los sujetos ocupan posiciones socialmente asignadas y en el marco de las cuales encuentran habilitada al tiempo que constreñida su acción. Hemos entendido la necesidad de abordar distintos actores significativos, incluyendo tanto los niveles macro como microsociales de análisis. Guiándonos continuamente por el desciframiento de los entramados relacionales que configuran la acción, hemos intentado conservar la tensión entre realizar análisis que tiendan a lo holístico sin por ello deslizarnos hacia una mirada estática. Asimismo, hemos buscado relevar tanto las regularidades y recurrencias como los conflictos y disonancias. Finalmente, hemos hecho un continuo esfuerzo por sostener la tensión constitutiva entre agencia y estructura, recabando los sentidos

subjetivos para re-interpretarlos. En resumidas cuentas, nuestra trayectoria estuvo básicamente motorizada por la visualización de algún desequilibrio entre los elementos mencionados. Sumado a lo anterior, hemos radicalizado lo relacional como método al buscar poner en relación lo acentuado con lo desconsiderado, lo subrayado con lo invisibilizado.

Ahora bien: salvo por lo que a aquella perspectiva refiere, no hemos adherido inicialmente a ningún marco teórico a partir del cual configurar la mirada. Mientras fue aquello lo que inicialmente afirmáramos, lo restante se fue articulando a través de continuos interrogantes. Lo que no implica que nuestro recorrido ha sido hecho sin el auxiliar de la teoría: muy por el contrario. Sólo que los aportes teóricos restantes los hemos ido sumando con el correr de la indagación, sin haber partido de ellos. Dado que pretendemos reflejar el carácter de praxis que guió nuestro proceso investigativo, creemos entonces imprescindible realizar algunas precisiones respecto del uso que hemos realizado de las fuentes teóricas.[16]

Las lecturas fueron seguidas en tanto permitían arrojar luz en lo recolectado. Vale decir que los textos no representaron un interés en sí mismos, sino que sus aportes fueron seleccionados priorizando la consistencia interna -en continuo dinamismo- de nuestra propuesta. Dicho de otro modo, fueron utilizados como elemento de sensibilización en el procesamiento de datos y la toma de decisiones respecto de cómo continuar la recolección; no fueron aplicados como principios ni hemos adherido a ninguno de sus postulados en particular. Esto implica que de ser tomados con independencia de esta investigación, es muy probable que se encuentre que los distintos desarrollos teóricos presentan contradicciones entre sí.[17]

Aquella utilización estuvo signada por la función de iluminar los aspectos que la empiria iba planteando como centrales, y es sólo esto lo que permite articular las aportaciones teóricas. Podemos tipificar el uso que les fue asignado en tanto respondiendo a cuatro funciones básicas. En primer lugar, al fin de poner en visibilidad determinados aspectos -ayuda para encontrar dimensiones de descripción y análisis. En segundo lugar, de relativizar cuánto hay de particular y cuánto de general en lo descripto, conjurando tanto el riesgo de que el ejercicio de extrañamiento lleve a recalar sólo en lo singular, o bien considerar que es singular aún

[16] Derivado de tal carácter, hemos optado por la transversalidad en la presentación. En el cuerpo de la Tesis cada capítulo se ocupa de predicar cuestiones distintas sobre la empiria, analizándola a la luz de distintas herramientas teóricas. No presentamos capítulos teóricos distinguiéndolos de los empíricos, ni capítulos analíticos diferenciados de los descriptivos.

[17] El desafío básico ha sido recurrir a desarrollos teóricos con escaso diálogo entre sí. El propósito arriba mencionado de abrir posibilidades de indagación puede encontrar también continuidad en esta línea. Es que de profundizar aquellas perspectivas teóricas de seguro se encontrarán nuevos problemas y preguntas.

aquello que admite ser analizado en otra escala, y que posee dimensiones de regularidad. En tercer lugar, a fin de contextualizar lo recabado en procesos históricos y sociales más amplios. Finalmente, para facilitarnos el pensar en términos sistémicos de consecuencias e implicancias, lo cual no puede desprenderse del mero análisis de los materiales recogidos. En este último sentido, se han utilizado para problematizar lo recogido evitando concluir con afirmaciones categóricas.

B.2. El campo fenoménico y su reformulación constante

Hacer aquí referencia a los procesos de producción de conocimiento y el modo en que condicionan a aquel permite conjurar el riesgo de cosificar la información obtenida (Menéndez, 2002). Haciendo un breve racconto de nuestro itinerario, diremos que las fuentes recabadas en una primera fase -coronada por la escritura de la Tesis de Maestría- fueron aquí retomadas de la mano de nuevos interrogantes. Comenzaremos entonces por señalar qué elementos empíricos hemos retomado de aquella primera fase, y cómo fueron indagados.

Tal como Guber (2001:116) señala, *ni el investigador es un agente totalmente externo a la realidad que estudia, ni los sujetos ni el investigador estan en lugares que no hayan sido previamente interpretados*. El compromiso con un enfoque relacional nos obliga a incluir en lo recabado alguna mención al propio proceso de inserción en campo, en tanto quien investiga resulta un actor significativo respecto del objeto. Diremos que el interés por nuestro campo fenoménico se origina en una anterior inserción laboral dentro del ámbito de los CeSACs. Esta vinculación personal llevó a forjar las hipótesis iniciales tanto como nos proveyó de los contactos iniciales para comenzar a andar nuestro recorrido. Tal vez nos haya provisto, además, la legitimidad suficiente como para comenzar a recabar elementos de otro orden. O tal vez haya prefigurado nuestra mirada para detectarlos.[18]

Originada en el campo de la salud, nuestra preocupación inicial remitía a las prácticas de salud mental en el primer nivel. Siendo que este último plantea la posibilidad de una amplia batería de acciones para los profesionales, entre las cuales la asistencia clínica o tradicional es en principio una entre otras varias, nos interesaba indagar qué significados sobre el vínculo entre subjetividad y sociedad orientaban la generación de ofertas, haciendo hincapié en las

[18] En el Anexo Metodológico se consignan, en primera persona, una serie de datos respecto de la propia posición investigativa y la vinculación personal con el campo de estudio

condiciones de vida desfavorables de los usuarios de CeSACs.[19] Nuestra decisión inicial fue realizar entrevistas en profundidad a quienes se autodefinieran como "profesionales de la salud mental" en el marco de los CeSACs.[20] Salvo en un caso, estas entrevistas fueron individuales. Y en casi su totalidad fueron hechas a profesionales psicólogos.[21]

No fue esta una fase monolítica sino que a su vez esto tuvo sucesivas idas y vueltas entre la toma de entrevistas, y la codificación y el análisis. La selección de entrevistados fue así siguiendo los principios del muestreo teórico (Glasser y Strauss, 1967), tomando decisiones según la teoría emergente al tiempo que con la intención de saturar teóricamente lo recolectado. En el curso de la indagación, según se iban confirmando o rectificando los rasgos estructurales conjeturados, se seleccionaron catorce establecimientos que resultaron distribuidos en tres niveles de análisis diferenciados según su profundidad. El primer nivel abarcó la totalidad de un Área Programática; el segundo tomó cuatro efectores de otras dos Áreas Programáticas; el tercero, dos efectores de dos nuevas Áreas.[22] Las entrevistas a los profesionales estuvieron centradas en recabar sus prácticas cotidianas en los CeSACs, los motivos que dan de ellas y reconstruir los modos en que se deciden las prácticas -desde las propiamente asistenciales hasta las modalidades de organización de tiempos y turnos-. A los entrevistados se les solicitaba asimismo el acceso a material escrito de distinto orden, según hubiera aparecido mencionado en el curso de las entrevistas. De tal manera se tomó contacto con distintas producciones de aquellos (artículos, ponencias, ateneos clínicos), y con una serie documentos institucionales (programas de distinta escala, oficios judiciales, cartas de derivación, historias clínicas).[23] Cabe aclarar que el rastreo incluyó asimismo distintas líneas que fueron posteriormente descartadas.[24]

El haber intercalado la recolección con el análisis permitió ir incluyendo en ellas nuevas preguntas respecto de los resortes de sus prácticas. Básicamente, se incluyó como dimensión

[19] Esperábamos encontrar que las acciones en promoción y prevención, interdisciplinarias y extramurales daban cuenta de un modo de comprender la situación social de los sujetos distintos del implicado por la asistencia individual a demanda. Pero nada tuvo que ver esta hipótesis con lo que el campo nos iría deparando.

[20] Siendo "entrevistas en profundidad" la forma más habitual de remitir a ellas, cabe no obstante consignar que el modo en que las hemos concebido se condice con lo que Hammer y Wildavsky (1990) denominan como "entrevistas semi-estructuradas de carácter abierto", en tanto concertábamos los encuentros con un objetivo claro en base al cual pautábamos nuestra guía de entrevistas, al tiempo que conservábamos siempre como norte la flexibilidad de esta, prestando particular atención a todos aquellos sentidos emergentes en cada contexto de entrevista en aras de reorientar los intercambios mientras estos tenían lugar.

[21] A excepción de una Trabajadora Social que se incorporó por pedido de sus compañeras en la entrevista grupal -que tuvo tal formato también por pedido de ellas- y de un médico psiquiatra.

[22] El detalle de los principios que guiaron la selección puede consultarse en el Anexo Metodológico.

[23] Estos se encuentran enumerados en el Anexo Metodológico.

[24] Véase breve racconto de lo anterior también en nuestro Anexo Metodológico.

la indagación sobre sus inserciones y pertenencias, y la obtención de relatos pormenorizados sobre las innovaciones por ellos introducidas, su persistencia o abandono. Las recurrencias no sólo en las atribuciones de sentido y en los rasgos de sus prácticas, sino también en sus silencios, fueron marcando el interés de rastrear las condiciones estructurales que habilitaban su emergencia. Es que a lo largo de aquella indagación una nueva dimensión fue ganando espacio. Desde la perspectiva de los profesionales, escasos aspectos de su accionar remitían a orientaciones de orden formal. Al narrar sus decisiones respecto de lo ofertado, rara vez aparecían menciones a instancias que los excedieran. Por el contrario, todo parecía suceder como si los espacios de los CeSACs fueran un espacio a secas, libre de constreñimientos institucionales, en los que agentes autónomos -condicionados, sí, por la escasez de recursos- tomaban sus decisiones en solitario. Construir esta atribución de sentido en nuevo problema de indagación implicó no sólo torsionar la pregunta inicial, sino además adentrarse en un terreno incierto, donde la búsqueda estaba signada por una ausencia.

Fue cobrando protagonismo el carácter de agentes públicos de aquellos profesionales. Por su parte, el carácter estratificado del sistema de salud nos llevaba a ubicar simultáneamente a quienes consultan en los CeSACs como sujetos pobres, empobrecidos o vulnerables.

En la medida que fuimos reformulando el problema, decidimos incorporar como unidades de recolección a quienes iban apareciendo como actores significativos: los distintos niveles jerárquicos. Incorporamos así en primer lugar autoridades de la primera Área Programática, completando su aprehensión a modo de conjunto. Incluimos en la siguiente fase de recolección aquellas dependencias ministeriales con incidencia en el área de salud mental de los CeSACs.[25] Las entrevistas indagaban aquí la perspectiva respecto de la configuración de la oferta así como los resortes formales efectivamente existentes. Respecto de esto último, el acompañar a las entrevistas también en estos casos con un pedido explícito de documentos escritos resultó fundamental.

Aquello tuvo un primer momento de síntesis en lo presentado en nuestra Tesis para optar por el título de Magister de la Universidad de Buenos Aires en Investigación en Ciencias Sociales.[26] Pero nuestro itinerario continuaba. Ante aquellas evidencias empíricas, resultó fundamental evitar que nuestro análisis recayera en posicionamientos dualistas al momento de

[25] Tal como para el resto de las unidades de recolección mencionadas, describiremos aquí brevemente los motivos de su incorporación y sus rasgos generales, remitiendo al Anexo Metodológico para ampliar las características específicas de cada una de ellas.

[26] Adissi, Grisel (2010) *La individualización de problemas sociales en contextos de labilidad estatal. El área de salud mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria -GCABA) como punto de mira.*

pensar en términos de causación. Intentando balancearnos frente al dilema objetivista/subjetivista (Bourdieu, 2007), y los aspectos macro y microsociales, jerarquizamos entre las preguntas abiertas luego de esa primera fase a aquellas que se alejaban de los problemas sustantivos, reforzando con ello la inscripción de lo recogido en el marco de lo estatal. Apelar a elementos teóricos forjados para el análisis de políticas públicas en aras de analizar aquella empiria implicó la pregunta respecto de cuánto de lo observado se explica por falta de lineamientos formales, y cuánto por otros factores y dinámicas que existen aún en aquellos casos donde las prácticas se enmarcan en lineamientos formales. En la intención de evitar catalogar a priori como peculiar lo que no remite a mecanismos alusivos a la implementación de políticas, la incorporación de este bagaje teórico posibilitó agrupar y analizar de modo diferente nuestros datos, añadiendo dimensiones de interpretación.

B.3. El giro etnográfico

De modo paralelo, las dificultades encontradas a lo largo de la indagación de las distintas cadenas jerárquicas, junto con un monto de reflexiones personales que parecía exceder lo comprendido por un memo, llevaron a que replanteáramos el enfoque, introduciendo una suerte de giro etnográfico en cuanto a la selección temática.

Inicialmente derivado de las distintas categorías de "memos" sugeridas por la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967; Pandit, 1996), la incorporación del diario de campo como fuente llevó a reforzar la búsqueda bibliográfica en torno de investigaciones realizadas en clave etnográfica. La incorporación de estas lecturas llevó a revisar nuestra propuesta, al tiempo que se redefinían los conceptos centrales que implícitamente nos orientaban -fundamentalmente, el de Estado. Ahora bien, la escala en la que se venía trabajando era problemática en tal sentido, puesto que respondía más bien a los distintos cortes de datos propuestos por la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967; Pandit, 1996). Ante ello, la reconfiguración de la mirada teórico-metodológica llevó a incluir como fuentes la propia participación en reuniones de coordinación y decisión que, iniciadas con otros fines, comenzaban a visualizarse como acceso privilegiado al funcionamiento del subsector público de salud en cuanto a sus dinámicas decisorias y de circulación informativa.[27] Así se incluyó en

[27] Estro trajo aparejado un movimiento de auto-extrañamiento, a través del cual se buscó reconstruir una suerte de diario donde asentar por escrito aquellas experiencias. A tales fines, los correos electrónicos (recibidos y enviados) pensados como documentos resultaron una clave fundamental, en tanto posibilitaban historizar la inserción ubicando aspectos objetivables. Sobre la concepción de memoria a la que hacemos referencia en tanto

primer lugar, como parte del "campo", un espacio ministerial al que se había accedido en principio con la intención de contactar profesionales. Las "reuniones de red de CeSACs" (o "reuniones de red de atención primaria", indistintamente) realizadas mensualmente en el marco de la Dirección de Salud Mental fueron así sistemáticamente registradas en formas y contenidos en el diario de campo. Esto validaba asimismo la información obtenida durante las entrevistas en términos de saturación teórica, permitiéndonos conjeturar no sólo su extensión sino también su continuidad temporal -dado que se conservó esta instancia de participación al tiempo que se optó por no realizar más entrevistas en profundidad a profesionales y autoridades.

En segundo lugar, tal reformulación posibilitó incluir la propia experiencia que se venía llevando a cabo en un CeSAC. Así, una inserción que por haberse originado con fines ajenos a la investigación sólo se había considerado útil en términos de facilitar el contacto con informantes clave, pasaba a ocupar un rol fundamental en nuestra recolección empírica, concibiéndose en términos etnográficos.[28] Esta revisión sólo pudo tener lugar al visibilizar que se venía sosteniendo una práctica con profesionales de la salud mental, en un área al que cabría incluir bajo el rótulo de "salud mental" como es el de las adicciones, y que permitía un acercamiento privilegiado al funcionamiento cotidiano de los establecimientos y de los distintos niveles decisorios.[29] Durante aquella experiencia laboral se había tomado contacto con usuarios de los CeSACs y consultantes de los profesionales en salud mental. El diario de esta inserción en el que hemos denominado como "CeSAC de Villa 23", reconstruido en gran parte a posteriori, es una de las tres inserciones en profundidad que informan esta Tesis.[30] La experiencia de las reglas seguidas en aquella inserción, así como el contacto vivido para con los constreñimientos de la práctica, conformaron parte fundamental de nuestra masa empírica.

Tal como venimos mostrando, los modos de organizarnos para producir conocimiento,

---

recurso investigativo, véase Joutard, 1995; Portelli, 2004.

[28] La pertenencia laboral anterior se había intentado prolongar a través de una inserción honoraria en un nuevo establecimiento, gestionada por medios propios. Sobre los orígenes y condiciones de esta inserción, puede consultarse el Anexo Metodológico.

[29] A tales fines, nuevamente se debió realizar un procedimiento de objetivación y reconstrucción de la experiencia, tomando como soporte distintos materiales escritos. Fueron así incluidos como material empírico a ser procesado y analizado la propia relación con la Jefatura del CeSAC y los profesionales, la participación en reuniones interinstitucionales barriales y la participación en distintas instancias relativas a la Región Sanitaria correspondiente. Entre los soportes documentales se encontraron los intercambios electrónicos con participantes de los distintos espacios y los resúmenes sobre lo discutido puestos en circulación luego de las diversas reuniones. Para más detalles sobre lo incorporado merced a este giro teórico-metodológico remitimos al Anexo Metodológico.

[30] Realizada entre junio del 2008 y septiembre del 2009, el registro comienza a partir del mes de abril del último año. Sobre la denominación ficticia, véase la nota al pie 34.

decidiendo qué observar y con quiénes interactuar, obedecieron en parte a las dinámicas propias del campo y en parte al problema en constante reconfiguración. En aquel recorrido, la introducción de la propia experiencia como objeto de análisis marcó un giro radical en la investigación, configurando uno de los ejes centrales de la reformulación de enfoque y objeto. Concibiendo a la vinculación con el campo como relación social, el extrañamiento sistemático fue el rasgo distintivo de nuestro giro etnográfico. El recurso al diario de campo se fue despegando paulatinamente de la función asignada a los "memos" para ir incorporando otras esferas de la vida cotidiana, en las que el proceso de investigación encontraba nuevos ecos. Paralelamente, lo definido como "campo" iba cobrando contornos más indelimitados.[31] Reuniones científicas y académicas, recortes periodísticos, foros *on line* de debate, convocatorias a instancias de movilización colectiva: fuimos coleccionando una serie de documentos que enmarcaban la propia experiencia investigativa. Es que habíamos ido visibilizando que nuestra Tesis de Maestría fue escrita, presentada y defendida en un contexto histórico donde la "salud mental" había ido ganando terreno en la agenda pública. Esto tenía un correlato en los ámbitos académicos -la salud mental era incorporada como eje en reuniones políticas y científicas, se constituían equipos especializados. Sin embargo, lo investigado no se condecía con aquellas discusiones: parecía no tener punto de vinculación para con el problema de la desmanicomialización.

Este desencuentro había sido considerado como un problema práctico, relacionado con que se había investigado algo diferente a lo que se estaba debatiendo. La maduración del proceso investigativo fue mostrando la importancia de revisar el vínculo entre uno y otro tema. Era posible que en lugar de ser asuntos independientes, el parentesco hablara de cada uno de ellos. Aquello que, merced a un escenario de polarización política, iba siendo cristalizado como problema, poseía en definitiva una conexión con el hecho de que se considerase desde lo formal aquello atinente al propio campo fenoménico. Al mismo tiempo, esto abría la posibilidad de enmarcar el campo fenoménico indagado -el área de salud mental de los CeSACs- en su dimensión de realidad recortada por las definiciones sociales del problema.

Lo que inicialmente había sido registrado como la experiencia reiterada de una incomodidad por la incongruencia entre la propia área de estudio y los distintos nucleamientos que tomaban

[31] Según Sautú (2003), es esto lo que distingue a un enfoque etnográfico de un estudio de caso. En este último, sea de manera teórica o empírica, los límites del objeto respecto de su entorno se encuentran claramente diferenciados. La visión radicalmente holística que caracteriza a una aproximación etnográfica, en cambio, llevaría a que pierda sentido incluso el hablar de "unidades de análisis", puesto que lo se busca es el acceso a la realidad como un todo.

por objeto a "la salud mental" fue incluido como parte del problema. Esto permitía una nueva lectura contextual de lo indagado, tanto en términos espacio-temporales (vale decir, que sucedía en el contexto de aquellos debates de agenda), como en términos de incorporar aspectos macrosociales. Acompañando al diario de campo, desarrollamos una nueva línea de recolección empírica consistente exclusivamente en documentos de variada índole, producidos por los distintos actores sociales[32] en el marco del debate por la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.[33]

B.4. Última gran fase: los usuarios

Desde el inicio de la investigación habíamos considerado necesario incluir a quienes consultaban con los profesionales de la salud mental en el trabajo de campo. Ahora bien, las dificultades de acceso asociadas con este propósito, junto con las múltiples líneas de indagación y análisis abiertas, fueron postergando el momento de convertir aquel postulado en una serie de decisiones prácticas.

Una vez que se consideró saturada la recolección de datos provenientes de profesionales y autoridades, y en paralelo con la reconstrucción del diario de campo y la incorporación de una línea centrada en el análisis documental, se volvió a tomar contacto con profesionales de dos de los CeSACs, ya entrevistados.

Considerándolas como etapas tan necesarias como transitorias en el camino de contactar usuarios, se establecieron distintos acuerdos en cada uno de ellos en aras de garantizar la propia permanencia en los establecimientos cumpliendo algún rol que les fuere de utilidad. Para facilitar la lectura, diferenciándolos, se ha elegido denominarlos como "CeSAC 54" y "CeSAC del Boero" -en referencia al nombre ficticiamente puesto al barrio en que se inserta-

[32] Durante el proceso de escritura, se optó por apelar a una distinción terminológica que facilite la lectura. Aquellos quedaron englobados como "actores". Para diferenciarlos, los profesionales pasaban a ser referidos como "agentes", con la intención de articular el supuesto de su destreza -tal como entiende Giddens (1995) bajo este concepto- y el carácter de su posición institucional -en el sentido en que Lipsky (2010) utiliza el mismo término. Los destinatarios por su parte, en tanto nos interesó particularmente recalar en la experiencia subjetiva de sus vidas cotidianas, fueron apelados como "sujetos", o bien en su calidad de "usuarios" o "consultantes" -remarcando con ello que nos interesan fundamentalmente en tanto ser quienes entran en relación con los profesionales. Nos interesa al mismo tiempo subrayar que esta relación se inscribe en el marco de sus estrategias de reproducción cotidiana, comprensión que el término "paciente" podría llegar a obturar.

[33] Los documentos y fuentes se enlistan en el Anexo Metodológico. Dada la historicidad del fenómeno, la recolección -cada vez más específica en función de las fases intercaladas de sistematización y análisis- siguió vigente hasta mediados del 2013, momento en que se daba finalización al proceso de escritura de esta Tesis. En este nivel más macroscópico de indagación los actores son agregados o colectivos, y las discusiones remiten a aquello dado a publicidad (planteando un corte de datos novedoso en términos de situación de enunciación, a diferencia de la interacción presente tanto en las entrevistas como en otros intercambios más informales).

respectivamente.[34]

En el primero de ellos la participación estuvo dada por la propia inserción en reuniones interdisciplinarias semanales. El acuerdo consistía en sistematizar la información puesta en circulación allí por los profesionales para que esto aportara en la historicidad de los dispositivos. Esto no llegó a ser utilizado por los profesionales. Pero en cambio, permitió contar con una gran cantidad de datos objetivables respecto de los "casos" que allí se trataban -seleccionados por el carácter problemático que los distintos profesionales les atribuían- al tiempo que acceder a distintas atribuciones de sentido y análisis por parte de profesionales, muchos de ellos del área de salud mental.[35] Por su parte, en el CeSAC del Boero el acuerdo consistió en disponer de un espacio donde entrevistar a consultantes de salud mental, a cambio de incorporar preguntas cuyo análisis pudiera servir a los fines de pensar estrategias de aumentar la accesibilidad del Centro. Esto convergía con los propios intereses, por lo cual no implicó agregar nuevas dimensiones.[36] Durante este período se concurrió al CeSAC aproximadamente dos veces por semana, destinando parte de ese tiempo a estar en la cocina del mismo, lugar de reunión y encuentro de los profesionales, y otra parte a estar en la sala de espera -cuando no se hacían entrevistas. Incluir esta estancia en el CeSAC como fuente empírica fue parte del mencionado giro etnográfico.

Motivos personales llevaron a discontinuar el trabajo de campo, quedando lo recogido en esta etapa como lo único disponible. Ante nuestra inicial desazón frente a lo que vivenciamos como una interrupción prematura, la sistematización y el análisis de lo obtenido permitieron

[34] La nominación ficticia no es azarosa, y surge tomando como referencia a los tres establecimientos indagados en profundidad. Los CeSACs poseen como denominación un número. El denominado CeSAC 54 pareciera no tener una impronta específica, al ubicarse en un barrio urbano de sectores medios, poco diferenciado de otros contextos geográficos de la ciudad -si bien refleja procesos urbanos contemporáneos como el auge del sector inmobiliario. Para el CeSAC de Villa 23 resulta distintiva su ubicación al interior de una "villa miseria", de la cual se derivan rasgos compartidos por el resto de los CeSACs insertos en otras villas miseria de la Ciudad. El Boero por su parte deriva originariamente de un Núcleo Habitacional Transitorio, historia que confiere a este barrio -muy similar a una villa miseria en su mayor parte- características singulares. Los detalles relativos a estas tres ubicaciones geográficas pueden consultarse en el Anexo Metodológico.

[35] Se participó de estas reuniones entre los meses de mayo y diciembre del 2010.

[36] Las entrevistas a consultantes comenzaban preguntando por la decisión de consultar a un psicólogo en el marco de la relación más amplia con el CeSAC, luego de este en el marco de las instituciones sanitarias, de la relación con otras instituciones barriales y extrabarriales, y con sus actividades diarias -remitiendo fundamentalmente a la órbita de lo laboral y lo familiar. Nuevas dimensiones -insospechadas- fueron apareciendo durante las entrevistas, relativas a las experiencias de vida y las estrategias de reproducción de sus grupos familiares. Uno de los hallazgos fue que podía omitirse en la selección el profesional de consulta sin por ello alterar la composición de la muestra: quienes acudían a un psicólogo eran casi en su totalidad quienes poseían un vínculo ampliado con el CeSAC. Se realizaron en total treinta y un entrevistas entre los meses de junio y septiembre del 2010. Las características de los entrevistados que hemos considerado relevantes para nuestros fines, y que guiaron un procedimiento de muestreo teórico, pueden consultarse en el Anexo Metodológico.

extraer de aquello una serie de hallazgos que se consideraron valiosos.

La interrupción del trabajo de campo no resultó ajena al ejercicio reflexivo instalado. El giro etnográfico, convertido en una lógica metódica, nos llevó a incluir los motivos que discontinuaron el trabajo de campo en elementos centrales de esta Tesis. Esta inclusión programática de las condiciones de producción del conocimiento en el objeto representó un fuerte anclaje de lo investigado en términos de conexiones y de anclaje espacio-temporal.[37] Es que esta finalización guardaba puntos de contacto para con el motivo de interrupción de nuestra primera inserción en profundidad -realizada en el denominado CeSAC de Villa 23-. Lo cual nos permitía deslindar constreñimientos de las prácticas, señalándonos la importancia de incluir a la inseguridad -en toda la ambigüedad de este término- entre las dimensiones constitutivas de la experiencia de trabajar y vivir en territorios degradados.

Al mismo tiempo, la finalización del trabajo de campo permitía ceñir lo indagado, conservándolo en la esfera del área de salud mental de los CeSACs. Si bien de manera difusa, se recortaba así nuestro problema de investigación. Un análisis reflexivo de las fuentes llevó a analizar que los datos recogidos en aquellas circunstancias poseían fuertes sesgos, pero que estos no llegaban a invalidarlos sino que, explicitación mediante, era su carácter tendencioso el que permitía considerarlos como pertinentes para un problema de investigación que tomara como objeto las relaciones entre consultantes y profesionales de la salud, en tanto suceden en el ámbito natural de los CeSACs.[38] El sesgo de las entrevistas realizadas en el Boero era que el contexto en el cual se había accedido a los usuarios llevara la impronta de asimilar a quien investigaba para con los profesionales del CeSAC. Los datos recogidos en el CeSAC 54 tenían el sesgo de estar pre-interpretados por los profesionales.

Debemos aquí mencionar que la selección intencional de aquellos dos CeSACs como base desde la cual acceder a sus respectivos consultantes había estado orientada por un criterio emergente. De modo inductivo, las entrevistas a profesionales habían orientado respecto de la hipótesis de que la ubicación geográfica de los CeSACs era un punto determinante de sus prácticas. El CeSAC 54 y el del Boero poseen características opuestas en tal aspecto. La

[37] Claramente, la relevancia de la sensación de inseguridad en la experiencia de agentes y usuarios no hubiera emergido de no haber considerado esta dimensión de la propia implicación. El giro etnográfico mencionado llevó a incluir como fuente aquel material que mis allegados me hicieron llegar en aras de disuadirme de continuar con mi trabajo de campo en el Boero. Al mismo tiempo, esta inclusión permitió revisitar la experiencia en el CeSAC de Villa 23, registrando esta vez algo que había sido descartado: el que el dispositivo llevado allí adelante fue también interrumpido abruptamente debido al robo que sufrieron los profesionales en una de las recorridas extramurales.

[38] Utilizamos el término "natural" en el sentido que Glasser y Strauss (1967) atribuyen al mismo.

diferencia operó -tal como lo propone la Teoría Fundamentada- como configuración de contrastes para extraer categorías significativas. Ahora bien, aquello resultó en el sentido inverso de lo esperado. Es que lo recabado en uno y otro espacio poseía múltiples puntos de contacto. La intención de explicitar los criterios que habían acompañado implícitamente nuestra selección inicial, así como de comprender el motivo de la convergencia entre las características de los usuarios en uno y otro caso, nos fueron llevando a reinscribir paulatinamente las prácticas de atención en salud mental en los CeSACs en el marco de las políticas sociales urbanas. Si bien no fue intencional en el sentido propuesto por la Teoría Fundamentada, el hecho de que uno de estos CeSACs estuviera muy próximo en términos físicos de aquel otro convertido en fuente de indagación merced a nuestro giro etnográfico permitió a su vez generar hallazgos específicos.

El contar con distintos cortes de datos permitía no sólo controlar en parte los sesgos arriba mencionados, sino además comprender que era en las dimensiones objetivables -las condiciones laborales y habitacionales de los consultantes, su carácter habitual de beneficiarios de distintos programas sociales- donde se radicaba parte fundamental de nuestros hallazgos.[39] Es que un dato central fue que el universo de referencia quedó constituido *ipso facto* por quienes hacen un uso intensivo de los CeSACs. Este uso intensivo permite recortar grupos de consultantes con situaciones similares, al tiempo que define una de las características distintivas de los CeSACs. Contribuyendo a difuminar los límites del propio objeto, los sujetos incluyen a los profesionales de la salud mental como un referente entre otros. Como rasgo adicional que permite ahondar en la inteligibilidad de lo que acontece, el tratarse mayormente de mujeres nos llevó a incluir la dimensión del género entre aquello que contribuía a trazar un perfil que unificaba a estos sujetos aún en toda su heterogeneidad. Como resultado, encontrábamos un espacio social configurado por la convergencia de distintos rasgos estructurales, desde el cual las relaciones establecidas para con los psicólogos de CeSACs en su rol de agentes estatales iban adquiriendo coloraciones específicas.

Finalizado el trabajo de campo en todas sus fases, las distintas fuentes primarias y secundarias fueron procesadas con un mismo sistema de códigos, y reagrupadas según categorías

[39] De alguna manera, podríamos arriesgar que de no haber enfatizado nuestra operación de ruptura para con el campo sustantivo de la salud, cabría decir -apelando a términos vigentes en el campo sanitario- que algo de lo que nos preocupa se liga para con lo que desde las conceptualizaciones sobre atención primaria de la salud se ha denominado como "longitudinalidad" (Starfield, 2001) en la relación entre profesionales y pacientes.

emergentes. Estas obedecían en parte a núcleos de sentido planteados por el análisis agregado de las fuentes -como propone la Teoría Fundamentada- y en parte a la inclusión de bibliografía en las distintas fases de análisis. Se conformaron nueve ejes de líneas argumentales en torno de las categorías centrales, cada uno de ellos guiado según una hipótesis inicial. Nuevas categorías analíticas emergieron del reordenamiento interno de esos ejes. Agrupando y sintetizando las fuentes empíricas, se fueron construyendo de esta manera los distintos capítulos de esta Tesis. Vale decir que la estructura expositiva refleja el modo de procesamiento y análisis de los datos construidos.[40]

C. Sobre nuestro recorrido y los conceptos centrales

El diseño de nuestra investigación ha sido sumamente flexible. Acorde con ello, no hemos partido de un marco teórico en el sentido tradicional del término sino que a lo largo de nuestro recorrido hemos apelado a distintas tradiciones y trabajos en función de desplegar analíticamente aquello que la empiria iba mostrando como relevante.[41]

En primer lugar, mencionaremos que con el correr de la indagación, se nos fue haciendo cada vez más evidente nuestra propia preocupación por el ámbito de la vida cotidiana.

Tal como lo hemos entendido, el ámbito de la vida cotidiana posee un carácter multívoco (Elías, 1998). Es por ello central comprender que no se trata de una esfera autónoma sino una construcción analítica. Construcción que obedece al interés de observar un régimen de visibilidad distinto al público, sea remitiendo a lo doméstico, a sujetos anónimos, a las vivencias personales, o a actividades rutinarias (Elias, 1998). Es esta la primera característica que resulta significativa para la aprehensión de nuestro objeto.

A diferencia de aquello pautado como accionar racional -como una política pública-, el rasgo característico de lo cotidiano consiste en que se presenta para los sujetos como algo dado, autoevidente, con todas las apariencias de lo natural y cuyo origen no es preciso indagar (Marques, 1983). Aquel rasgo convierte a la vida cotidiana, al decir de Schutz (1995) en una *provincia de sentido*, en la cual la experiencia se liga íntimamente para con los acervos de conocimiento disponibles. Se experimentará el mundo en función de lo que las vivencias propias o de aquellos más cercanos nos muestren como existente. En ese marco surgirán los proyectos de

[40] Salvo los primeros, que condensan básicamente el trabajo con documentos, los restantes agrupan de manera transversal las distintas fuentes. El recurso a las fuentes secundarias también difiere, siendo central para el Capítulo Tres y los tres últimos. Las entrevistas a autoridades aparecen centralmente en el Capítulo Seis. La etnografía atraviesa de modo implícito todos los capítulos, aunque se explicita básicamente en los cuatro finales.

[41] Salvo en lo que a los preceptos del enfoque relacional respecta, como mencionáramos arriba.

acción que organizan la cotidianeidad en términos de motivos (Schutz, 1995), surgidos en base a la confianza en la tipicidad de personas y actos. Intersubjetiva por definición, la vida cotidiana está al mismo tiempo configurada por motivaciones de orden pragmático (Schutz, 1995). Esto nos resultó de la mayor relevancia para comprender lo que el campo nos iba mostrando: los motivos del accionar de los profesionales se ligaban a su repertorio de experiencias laborales, y al modo en que su inserción institucional gravitaba en aquel -habilitándolo o constriñéndolo. A contrapelo de sus propios supuestos, hemos considerado como instituciones aquellos rasgos más permanentes de la vida social que configuran propiedades estructurales al tiempo que existen a través de las prácticas de los agentes. Esto implicó que, amén de tomar en consideración sus motivos, hayamos entendido que su accionar debía ser remitido a la estructuración de su cotidianeidad a fin de comprenderlo de modo acabado.

Por otra parte, la esfera de la cotidianeidad marca una escisión constitutiva para con los usuarios. Es que para estos últimos lo que condiciona y enmarca la relación con los profesionales no remite sino a la propia reproducción -y, frecuentemente, a la de su grupo doméstico. En este marco, los encuentros con los profesionales forman parte de las instancias de sociabilidad, a las cuales también configuran.

Desde una perspectiva basada en la vida cotidiana, son las instancias de sociabilidad las que permiten comprender la génesis -y por tanto, la estructura- de aquellos acervos de conocimiento a mano. Así, para los agentes estatales que entran en contacto directo con los destinatarios, las instancias de sociabilidad -tanto internas a las agencias estatales como externas- resultan clave para comprender los sentidos atribuidos a su actuación y el repertorio de prácticas con que cuentan. Algo similar cabe decir respecto de quienes en el lugar de usuarios toman contacto con estas agencias. Y finalmente, los encuentros mismos configuran un momento de aprendizaje para quienes ocupan cada una de estas posiciones.

Cabe agregar que por obedecer a finalidades pragmáticas, toda interacción cotidiana trae aparejados elementos normativos que gravitan con una intensidad mayor que la de cualquier encuadre legal abstracto. Es que para resultar exitoso en los objetivos propuestos, se debe poseer un dominio práctico de los microcontextos. Tal competencia excede la conciencia discursiva, puesto que presupone la utilización de reglas y recursos estructurales -vale decir, correspondientes a un orden que trasciende las interacciones al tiempo que las configura (Bourdieu, 2007; Giddens, 1995). Al ser el ámbito de la cotidianeidad un universo moral por antonomasia, toda regla formal que pretenda regir efectivamente los comportamientos debe

encarnarse en aquellos fundamentos (Giddens, 1995). De acuerdo con lo anterior, el momento en que la acción se produce es simultáneamente un momento de reproducción de las estructuras sociales (Giddens, 1995). Es así que el interés de indagar la vida cotidiana remite a que es allí donde se articulan los contextos microsociales con diversos procesos que se desarrollan en distintas escalas temporales y espaciales (Giddens, 1995; Heller, 2002). La cotidianeidad se compone de actividades heterogéneas en cuanto a contenido e importancia, cuyos sentidos se enlazarán a los contextos históricos. Entendido de este modo, lo cotidiano permite observar cómo los procesos macrosociales inciden en los modos de vida, y cómo las actividades de reproducción cotidiana de la existencia se ligan con la reproducción de un determinado orden social (Heller, 2002).

Sumado entonces a nuestra preocupación por la esfera de la vida cotidiana, hemos mencionado que, habiendo surgido nuestro interés investigativo en el campo de los estudios sobre salud-enfermedad-atención, habíamos ido remitiendo nuestro objeto de modo creciente al marco estatal en que se producía. Siendo que esto insistía dentro de nuestros intereses, y cada reformulación del problema no hacía más que profundizar aquel interés, nos vimos en la necesidad de revisar este concepto.

Adquiriendo lo estatal un lugar clave, dimos inicio a una larga peregrinación teórica en la búsqueda por conceptualizar qué de lo estatal se estaba poniendo en juego. Por honestidad para con tal recorrido, hemos optado por no incluir una conceptualización de lo estatal como marco teórico sino más bien explicitar cómo el "Estado" funcionó como concepto sensibilizador, dinamizando nuestro recorrido al ir abriendo distintas formas de entenderlo. Lo anterior no implica que no estemos interesados en sistematizar una concepción sobre el fenómeno estatal, sino que nos hemos esforzado por no sustancializar aquel apriorísticamente. Es que hemos evitado asumir compromisos que obturaran la descripción y análisis de lo encontrado, apoyándonos en distintas fuentes bibliográficas que -pese a que entre sí no resulten del todo coherentes- nos han permitido enfocar distintas dimensiones del fenómeno estatal, poniendo en visibilidad distintos elementos y dinámicas que potenciaban la interpretación y el análisis de lo que íbamos encontrando en campo. Podríamos tal vez plantear como piedra de toque, siguiendo a Bourdieu (1997: 97) que el Estado *es una X* a determinar.[42] La propuesta de indagar lo estatal

[42] Hemos observado que el concepto de Estado guarda matices a lo largo de las distintas producciones de Pierre Bourdieu. Por tal motivo no mencionamos a este autor como parte de una tradición a la que adherimos sino que señalaremos algunos elementos tomados de sus desarrollos que nos han resultado de utilidad para nuestro recorrido.

sin por ello presuponer una estructuración predeterminada se fue reforzando, con el correr del tiempo, junto con la convicción de que esto resultaba coherente con un posicionamiento analítico relacional (Lechner, 1985; Skopol, 1985).

Comenzaremos por mencionar que nuestro interés por la vida cotidiana nos llevó en primer lugar a buscar aportes en trabajos microsociológicos y antropológicos sobre el Estado. Fue a partir de interesarnos en aquellos trabajos que habían surgido en el campo de las agencias sociales del Estado, que fuimos reinscribiendo nuestro interés en torno de la relación entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables -reemplazando en su énfasis al carácter particular asociado al hecho de tener lugar lo que observábamos en el campo de la salud.[43] Con ellos, nos acercamos a valorar la impronta de lo estatal en la vida cotidiana de los sujetos, en tanto configura experiencias sobre lo posible y lo deseable, y en tanto contribuye a estructurar sociabilidades específicas -tanto entre agentes estatales y destinatarios como al interior de estos últimos.[44]

Debemos aquí detenernos brevemente para insistir en que nuestro recorrido estuvo signado por una evolución conjunta de la conceptualización del objeto y el método de abordaje. El interés por aquellos enfoques del Estado no fue ajeno a lo que arriba hemos referido como un giro etnográfico en el acercamiento al campo. Es que este abordaje no sólo permitía acercarse más íntimamente al ámbito de la vida cotidiana tal como es experimentada por los sujetos, sino que traía implícita una concepción particular sobre lo observado.

Los estudios etnográficos sobre el Estado han surgido discutiendo con las imágenes monolíticas asociadas con aquellas categorías que desde el sentido común sociológico aparecen como sistemas (Gupta, 1995; Haney, 1996; Korteweg, 2003; 2006; Mitchell, 1991; Watkins-Hayes 2009a; 2009b). El Estado se muestra entonces como una construcción activa y multívoca de los agentes que ocupan posiciones en él -quienes llevan adelante prácticas divergentes, en base a valoraciones provenientes de distintas esferas. Resultado de los entramados relacionales cotidianos en los que se especifica, su concepción y eficacia puede rastrearse tanto en las narrativas como en las prácticas que tienen lugar en las agencias estatales (Gupta, 1995;

[43] Lo cual implicó un fuerte gesto de ruptura para con la tradición de estudios sobre la relación médico-paciente, reflejo de nuestra intención de dejar de lado los aspectos sustantivos en aras de reinscribir el vínculo en el seno de las agencias estatales en que acontece.

[44] Podríamos aquí incluir el concepto de "ciudadanos", que es el que en gran medida utilizan aquellos desarrollos investigativos. No obstante, como hemos explícitamente decidido poner entre paréntesis lo relativo a una perspectiva de derechos, hemos optado aquí por enfatizar el rol ocupado por los sujetos en aquella díada -el que los ubica como receptores o destinatarios.

Mitchell, 1991). Lejos de remitir a una estructura homogénea, estas se presentan de manera fragmentaria, con distintos ejes de hegemonía y subalternidad, soportando usos por parte de agentes y destinatarios distintos a los supuestos desde el orden establecido. Subrayando la agencia de unos y otros, el Estado se conceptualiza así de modo interactivo. En tanto refracta -como cualquier otra institución- aspectos de los contextos en los que funciona, los modos tipificados o recurrentes de vinculación admiten ser analizados como patrones regulares de interacción, profundamente embebidos en las concepciones circundantes -y en los distintos modos en que ellas interpelan a agentes y sujetos (Fraser, 1987; 1994; Haney, 1996; Korteweg, 2003; 2006).[45] Vale decir que los límites del Estado se difuminan a partir de una aproximación etnográfica.

Con algunos puntos en contacto, la tradición de estudios inaugurada por Lipsky (1969; 2010) acerca de la burocracia a nivel de la calle (*street level bureaucracy*) se ha conformado en la preocupación por la implementación de las políticas públicas. Desde una perspectiva "desde la base" (*bottom-up)* (Aguilar Villanueva, 1993) aquella inquietud ha llevado a observar los contextos microsociales del Estado en tanto espacios donde se define en última instancia el accionar regulatorio y distributivo del Estado (Evans, 2009; Evans y John, 2004; Finlay y Sandall, 2009; Henderson, 2011; Hupe, 2007; Keiser, 1999; 2003; Lipsky, 1969; 2010; Wells, 1997; Winter, 2003). Estas aproximaciones nos permitieron retener aspectos inherentes al Estado en su carácter particular, conjurando el riesgo de desvanecerlo al considerarlo como mera representación subjetiva. Articular lo anterior con desarrollos provenientes de la sociología urbana nos llevó a prestar atención a las implicancias de escala (Gutiérrez Puebla, 2001). Hemos comprendido que la capacidad diferencial del Estado -en relación con su posibilidad de imponerse por sobre otros actores sociales- conduce a pensar su acción no sólo en términos de lo efectivamente realizado, sino también en términos de sus omisiones (Bachrach y Baratz, 1963; Castells, 1976; Harvey, 1989; Lewis, 1979; Singer, 1975; Smith, 2008; Soja, 2008; 1995; Topalov, 1979; Theodore, Peck y Brenner, 2009).

Volviendo a la tradición inaugurada por Lipsky (1969; 2010), debemos decir que incluirla en nuestro marco de referencia fue lo que nos sugirió que podíamos encontrar en el campo de las políticas públicas desarrollos fértiles para nuestro objeto -pese a que este no se delimitaba con

[45] Entendemos por "institución" a aquellos rasgos estructurales tanto sociales como políticos que trascienten a los individuos involucrándolos en patrones de interacción predecibles, sea su origen formal o informal (Peters, 1999:18). Se trata así de reglas históricamente contingentes y socialmente aceptadas que pautan ciertas modalidades de concentración y distribución de recursos (Giddens, 1995).

arreglo a una orientación formalizada y predefinida. Es más: incorporar perspectivas forjadas para el análisis de políticas públicas nos ayudaba a preguntarnos cuánto de lo observado se debía a las características singulares del objeto empírico, cuánto al hecho de haber quedado recortado de las definiciones públicas y oficiales, y cuánto a dinámicas propias del fenómeno estatal tal como tiene lugar en nuestro contexto. Vale decir, nos permitía evitar el error teórico y procedimental de descartar elementos, sustancializando las características de nuestro objeto -en tanto fenómenos de orden distinto a los regulados por políticas públicas (Epele, 2010).

Ahora bien, lo anterior nos abriría una nueva línea de indagación sobre lo estatal. En tanto las orientaciones políticas precisan de una organización administrativa que las efectivice, ajustando los distintos comportamientos a lo previsto, la bibliografía sobre políticas públicas posee diversos puntos de encuentro para con las teorías de la capacidad estatal (Aguilar Villanueva, 1993; De León, 2007; Elmore, 1993; Subirats, 1989). En la Argentina, esta perspectiva ha sido una de las más prolíferas en el análisis del Estado (Alonso, 2007; Andrenacci, 2010; Andrenacci y Soldano, 2005; Lo Vuolo, 1991; 2004; Martinez Nogueira, 2002; O´Donnell, 1978; 2011; 2004; 2008; Oszlak, 1980; 1985; 1994; 2006; 2007a; 2007b; Oszlak y Felder, 1998; Oszlak y Orellana, 2001; Oszlak, Felder y Fornicito, 2000; Repetto, 2002; 2003). Considerando que no necesariamente los marcos formales coinciden con la lógica de lo apropiado que moviliza a los agentes institucionales (March y Olsen, 1997) hemos procurado evitar el sesgo normativo al que tienden a deslizarse algunos de estos enfoques. Bajo tal precaución, fuimos encontrando la potencia analítica que nos proveía tomar dimensiones de estas teorías.[46]

Aprehendimos entonces al Estado como una estructura de posiciones relativas, donde lo formal y lo informal conviven de manera articulada de modos que son, precisamente, los que es necesario indagar en cada caso (Helmke y Levitsky, 2006; Migdal, 2011).[47] En el marco de sus múltiples agencias, y de las arenas sustantivas o transversales que se van configurando, se suceden disputas que van sedimentando relaciones de hegemonía y subalternidad -las cuales a

[46] Entendemos que el sesgo normativo existe siempre y en cuanto se considera que los mecanismos no formales son algo propio de la labilidad de los sistemas democráticos en países emergentes, y en tanto tal, algo a erradicar. Los trabajos de Auyero (2001; 2007; 2012) tienden a ir en esta línea, desarrollada fuertemente por Helmke y Levitsky (2006).

[47] Hemos entendido que ubicar las relaciones entre los aspectos formales e informales que tienen lugar en el seno del Estado eran un modo de acercarse a los límites que a propósito del Estado se han buscado. Sumado a lo anterior, existen asunciones implícitas respecto de la validez de las normas que condicionan su funcionamiento. Esto nos permite retomar el principio de que los grados en que lo formal compele varían considerablemente (Helmke y Levitsky, 2006; Migdal, 2011). Lo cual pone en tensión pensar por qué y cuándo los agentes actúan *qua* Estado.

su vez prefiguran el escenario futuro.

Incorporar una lectura en clave de políticas públicas no dejaba de plantearnos continuamente el carácter subalterno de nuestro campo fenoménico. El habernos propuesto incorporar aquello como parte de nuestro problema nos remontó hacia una nueva línea de estudios sobre el diseño de políticas, y a la sociología de los problemas públicos.[48] Junto con ellos, se reforzaba una perspectiva sobre lo estatal como espacio desustancializado. Tomado como objeto al proceso conflictivo que va desde señalar una cuestión como problemática, definirla ubicando responsables y asignando al Estado un determinado rol en la solución propuesta, difundirla buscando ampliar los consensos en función de priorizarla, y llegar finalmente a incluirla entre las orientaciones públicas -destinándole los recursos necesarios- estos trabajos coinciden en que el vínculo entre Estado y sociedad sólo puede ser analizados en términos de casuística. Vale decir, según quiénes y cómo se movilicen ante cada política pública, lo cual mostrará una pluralidad de actores -políticos, burocráticos, corporativos, colectivos- con diversos puntos de confrontación, articulación y solapamiento (Aguilar Villanueva, 1993; Bachrach y Baratz, 1963; De León, 2007; Jobert, 2004; Jordana, 2007; Padioleau, 1989; Parsons, 2007; Subirats, 1989; Surel, 2006).

Tal como lo íbamos aprehendiendo, lo estatal guardaba un carácter aparentemente paradojal. Por un lado, un cariz plural, entre elusivo y ubicuo -una serie de actores diferentes con límites difusos. Por otro lado, el arquetipo de la unificación y centralización de recursos raros (Padioleau, 1989; Sabatier y Mazmanian, 1993), tanto de orden material como simbólico (Bourdieu, 1997).[49] Es aquel carácter paradójico el que nos permitía comprender de modo articulado la indefinición de los contornos estatales en cuanto a procesos decisorios, y la eficacia concreta y específica de su accionar.

Hemos entrevisto que el rol clave que el Estado ocupa en términos de producción y distribución de recursos materiales y simbólicos se debe de un lado a su capacidad recaudatoria y del otro a la potencialidad universalizante de las leyes. Es esto lo que convierte al Estado en lugar clave de las

[48] Nuestro recorrido no fue tan lineal como la estructura argumentativa nos solicita que lo mostremos. Aún desde antes de comenzar nuestra investigación, los trabajos de Conrad y Schneider (1992) ya nos habían resultado sumamente sugerentes en esta misma línea de desarrollos. Fue así que los trabajos mencionados nos llevaron a reencontrarnos con el interés que aquella lectura nos había despertado inicialmente. Sin embargo, hemos evitado hacer mención directa a estos autores en lo que a la definición de problemas refiere puesto que en la tradición de estudios sociales sobre salud han quedado fuertemente asociados a su objeto más que a su perspectiva. En consencuencia, su mención podría connotar la medicalización de lo definido como comportamiento desviado, cuando lo que nos interesa es señalar que sus desarrollos pueden ser apropiados para analizar dinámicas sociales que son pensadas con un signo valorativo contrario. Vale decir que las reivindicaciones sociales en términos de derechos son construidas e institucionalizadas de modo análogo.

[49] Estos recursos "raros", como los define Padioleau (1989) incluyen aquellos de orden coercitivo (multas, encarcelamientos, etc) que se utilizan como modo de compelir al cumplimiento de lo normativamente pautado.

pujas sociales, puesto que su intervención (aquí en singular, pese a la pluralidad implicada en el párrafo anterior) no resulta inocua en términos de estratificación social. En lo que sus agencias sociales específicamente respecta, hemos ido entendiendo que aquella estratificación no sólo se juega en lo selectivo o generalizable de sus ofertas concretas, sino también en el modo en que los patrones de interacción impactan en la experiencia cotidiana de los sujetos, configurando un horizonte de lo posible y lo pensable que incluye la cuestión del derecho.

Como piedra de toque de aquella aparente paradoja, la esfera de lo electoral nos permitía acceder a la escena misma en que una multiplicidad de actores de distintos niveles y procedencias pujan por la apropiación de aquellos recursos.[50] Allí donde las posiciones al interior del Estado se configuran como arena de disputa, se estructuran tiempos, ritmos, climas, y sobre todo se refuerza un determinado orden de visibilidad: aquellas cuestiones sobre las que es necesario pronunciarse -"agendas" (Cobb y Elder, 1983; Lagroye, 1994). Incorporar la intelección de esta esfera no sólo nos permitió una comprensión más integral del fenómeno de lo estatal, sino que además nos interpeló en su carácter más estrictamente sociológico. Es que nos retrotraía a los postulados de Blumer (1971), según los cuales toda definición social de algún asunto como problemático incluye como una de sus metas principales la institucionalización de la misma a través del marco jurídico estatal.[51] Amén de su génesis, un problema social persiste sólo si logra estabilizarse, configurando un campo de posiciones e intereses.[52] Recíprocamente, la intervención estatal resulta un elemento fundamental en la construcción social de problemas. El punto de vista oficial sobre un problema -y la particular respuesta que en consecuencia se considera pertinente- se consagra a través de la asignación de recursos y del funcionamiento de agencias específicas. Motivo por el cual el Estado como actor posee un rol central en la cristalización de pujas históricas, las que entonces pasan a presentarse con todas las apariencias de lo real (Bourdieu, 1990; 1997; 2001). Es allí donde su impronta en la operación de definición social de la realidad -la cual margina algunos aspectos al tiempo que resalta otros- el Estado despliega su poder de producir e imponer categorías de percepción y

[50] Comprendiendo estos actores partidos políticos, tendencias sindicales, credos, corporaciones empresarias, entre otros varios. En definitiva, múltiples grupos de interés con componentes tanto nacionales como extranjeros o globales.

[51] Lorenc Valcarce (2005) radicaliza lo anterior a la luz de desarrollos posteriores que pusieron en cuestión el sesgo etapista presente en tales enunciados. Vale decir que el origen de la acción estatal puede en ocasiones deberse a otros orígenes, tales como intereses de cúpulas o presiones internacionales, sin haber pasado por la agenda pública o bien recurriendo a esta en aras de legitimar respuestas preconcebidas.

[52] Podemos encontrar estos mismos temas prefigurados en Weber (1987). Vale aclarar que si aquí no hemos vuelto a los clásicos de la sociología es porque estamos reseñando nuestro recorrido. No desconocemos que de tratarse de una exposición conceptual en sentido estricto, deberíamos habernos remitido a aquellos aportes.

apreciación (Bourdieu, 1997). Finalmente, nuestro recorrido terminaba avalando la necesidad de realizar una operación de ruptura, inquiriendo sobre la génesis -tan contingente como relacional- de aquellos tenidos por problemas sociales, evitando con ello ratificar el pensamiento de Estado presente en sus prenociones (Bourdieu et al, 1975).[53] Las políticas públicas configuran lo que definiremos como una malla de visibilidad, escenificando algunas dimensiones de ciertas cuestiones al tiempo que velando otras. Conceptualizar de tal modo lo estatal no sólo implica un posicionamiento teórico, sino que posee fuertes implicancias en términos de abordaje investigativo.

Resumiendo lo hasta aquí expuesto, diremos que nuestro andar estuvo traccionado de un lado por un enfoque relacional, y de otro lado por el lugar atribuido a la vida cotidiana como esfera de análisis y causación. Engarzadas entre ambos términos, una serie de perspectivas sobre lo estatal nos propulsaban en la medida en que permitían conceptualizar los hallazgos empíricos -potenciando el análisis y abriéndonos a nuevas categorías de indagación. Los reversos también nos resultaron de interés, en tanto los consideramos un dato tan significativo como constitutivo de los objetos -si bien de modos que resultan problemáticos, y sobre los cuales nos interesa más sostener abiertas las preguntas que anticipar una posible respuesta. Jerarquizar el lugar del reverso implica de un lado referir al proceso que dejó a nuestro campo fenoménico por fuera de lo públicamente visible, y de otro lado revertir el análisis buscando entrever qué aspectos contribuyeron a relegarlo frenando su entrada en la agenda política. Lejos de dejar de existir, aquello que cae por fuera de las definiciones sociales continúa operando. Es más: creemos que se configura como punto de mira privilegiado de aquellas condiciones inadvertidas sobre las que deberá operar lo definido en términos del derecho. En tanto condiciones inadvertidas, conllevarán inevitablemente una serie de reveses para lo planificado, especificando las posibilidades y los límites de su concreción, y configurando una serie de efectos no deseados (Giddens, 1995).

D. Itinerario investigativo y estructura expositiva

En lo que venimos describiendo, hemos buscado explicitar las reconsideraciones y redireccionamientos, visibilizando los relieves propios de un recorrido con el fin de morigerar

[53] Al respecto, Blumer (1971) advierte sobre aquellos datos aparentemente más objetivos -como las estadìsticas- que se presentan para señalar el carácter significativo y relevante del problema. Presentados bajo el manto de lo verdaderamente existente, estos admiten ser indagados como resultante de una operatoria de definición social. Que es la que el sociólogo se encuentra llamado a hacer, según este autor.

la apariencia sincrónica del formato escrito. Análoga ha sido nuestra intención al decidir la estructura argumentativa del presente trabajo.

Las tres secciones que organizan la presentación hacen referencia a distintos momentos de la indagación. Tal como mencionamos arriba, esta Tesis surge en continuidad con la anterior Tesis de Maestría. Si bien enmarcado en una nueva totalidad teórica y empírica que permite visibilizar otros vínculos y cuestiones problemáticas, el campo fenoménico remite a aquella continuidad. El nuevo ordenamiento y el análisis revisado de tales datos son presentados en la Segunda Sección. Podría pensarse esta ubicación como una opción por no reflejar el orden cronológico de indagación en el orden expositivo. Ahora bien, el motivo fundamental de elegir esta posición fue el de brindarle un lugar central, a partir del cual se buscó contextualizar aquellos primeros datos -en los que el encuadre histórico pareciera no resultar gravitante- ubicándolos en los tiempos y espacios concretos de su emergencia.

Las secciones Primera y Tercera muestran las dos direcciones principales en que fue interpelado el proceso de indagación empírica. En aquel ejercicio de contextualización, tiempo y espacio han tenido un lugar determinante. Se intentaba así anclar aquello que en la Tesis de Maestría parecía presentarse como una dinámica replegada en sí misma. La Primera Sección, en términos de contexto político y del rol jugado por la Ciudad de Buenos Aires en aquel. La Tercera, en los territorios en que se desenvuelve la vida cotidiana de los sujetos y en los procesos históricos que allí se hacen presentes -los que de uno u otro modo remiten a la desestructuración que distintas esferas sufrieron durante la década de 1990, algo que circularmente pareciera no estar contemplado por los debates de agenda.

Lo que aquí se presenta como la Primera Sección deriva de incorporar la incomodidad sobre lo inapropiado que parecía ser el propio tema, como parte de lo analizado. En el intento de hacer de aquella dificultad un objeto empírico de indagación, se buscaron los motivos de aquella desconsideración.[54] Buscando conformar la omisión como parte de nuestro nuevo objeto investigativo, hemos indagado el contexto en que los debates de agenda tomaron como problema relevante a la "salud mental", en una acepción que recortaba nuestro campo fenoménico inicial. Hemos buscado describir y comprender por qué aquel contexto priorizó unos contenidos del concepto por sobre otros, cristalizando el sentido de discusiones y orientaciones políticas. De modo simultáneo, hemos buscado indagar en las características

[54] Es que la experiencia mostraba que en mi intento de dialogar con quienes abordaban temas de "salud mental", mis aportes no eran recibidos como una nueva perspectiva, interesante para analizar el conjunto, sino que parecía estar hablando de cosas sin relevancia para el problema abordado.

propias del área de salud mental de los CeSACs que contribuyeron a mantenerla alejada de la visibilidad pública.[55] De tal manera, hemos hecho de la omisión parte de nuestro objeto, al tiempo que instalábamos a este último en un peculiar contexto histórico.

Incluir aquello como objeto implicaba la decisión de adentrarse de lleno en el mundo de las imprecisiones. Lo indelimitado del objeto de estudio podía ser una fortaleza, si era sometido a un análisis riguroso, puesto que representaba la oportunidad de rastrear conexiones materiales y de sentido que pasan desapercibidas cuando el rastreo se ata a las definiciones de la política pública. El giro etnográfico de nuestra investigación acompañó una porosidad radical en la concepción de "campo" desafió las delimitaciones discretas.

En aquel marco, la indagación de la perspectiva de los usuarios surgió como nueva operación contextualizadora. Así surgió la Tercera Sección, cuya clave de inclusión por separado se corresponde con la falta de aparición de lo que hemos encontrado en los cánones que de uno u otro modo predelimitan el campo en los debates. No sólo el área de salud mental de los CeSACs, sino también la experiencia cotidiana de los sujetos socialmente vulnerables remitidos por distintos motivos a la consulta profesional o bien que hayan en el vínculo con psicólogos un espacio de alivio a sus padecimientos tanto materiales como subjetivos, eran algo ajeno a las problemáticas discutidas públicamente. Intentando visibilizar conexiones en aquello aparentemente inconexo, nuestra intención de abrir líneas futuras de indagación determinó dejar como último capítulo a aquel que vuelve de algún modo sobre la relación entre los problemas socialmente definidos -y experimentados- y aquello que a priori pareciera de otro orden. Mostrar los vínculos que subyacen al desencuentro entre ciertas realidades y las definiciones instaladas -en este caso, a raíz del problema de la "inseguridad"- intenta no sólo remitir a una esfera gravitante en los procesos de atención en salud mental, sino al mismo tiempo busca dar cuenta, esta vez en un recorrido más breve, de la complejidad inherente al análisis de aquel contrapunto.

Tal como dijéramos arriba, cada Sección fue forjada en el proceso mismo de agregación empírica y sistematización en distintos niveles de análisis. Es debido a ello que cada una ilumina un aspecto distinto del problema: son tres entradas distintas para problematizar los roles que el Estado asume en la estructuración de las realidades cotidianas. Sea a través de los debates en la arena pública, a través de la realidad cotidiana de los CeSACs como ámbito

[55] En esto último hemos recuperado también desarrollos presentes en la Tesis de Maestría, enriqueciéndolos al ubicarlos punto de articulación y de hiato entre debates públicos y el área indagada. Esto permitía cierta explicación integral al tiempo que reconstrucción de los contornos de la ausencia.

laboral de los profesionales, o a través de una serie de presencias y ausencias en la experiencia de hacer frente a las necesidades de reproducción de sus grupos domésticos para el caso de los sujetos socialmente vulnerables.

Agregados a su vez en secciones con autonomía relativa, éstas se convierten en tres columnas que sostienen la Tesis. En el límite, estas secciones son reversibles: se puede considerar que cada una de ellas remite como condición inadvertida a las restantes. Lo cual permite preguntarnos en qué grado sus contornos específicos se explican por las características singulares analizadas para los otros niveles de análisis. Encontramos así una serie de desencuentros entre sujetos atendidos, agentes estatales, y las políticas que intentan ordenar aquella relación.

Los debates públicos -y con ellos, las orientaciones políticas- descuidan aspectos del funcionamiento cotidiano de los establecimientos. Este funcionamiento cotidiano surge como resultado de dinámicas específicas entre aspectos formales e informales que suelen ser ignoradas. Las cuales poseen a su vez impactos en la vida cotidiana de los sujetos, que caen por fuera de la intelección cuando las miradas se orientan por el recorte de las políticas públicas. En sentido inverso, los destinatarios parecieran no incluir entre sus repertorios de estrategias el apelar a los marcos formales -ni en consecuencia a una perspectiva de derechos. Son estos desencuentros, y las opciones concretas que surgen ante ellos, los que hemos intentado recrear a través de la estructura expositiva, siguiendo el compás de nuestra propia experiencia investigativa. Cada sección intenta mostrar un universo que, desde la perspectiva de los actores, parece funcionar a espaldas de los restantes. Se trata de planos de realidad que parecieran funcionar desconectados. Nuestro desafío consiste entonces en mostrar que aquello sí está relacionado, y que gravita de algún modo -a determinar- en su configuración recíproca.

-Sección I-

Derechos y reveses de “la salud mental” como problema público

-Capítulo 1-

La nueva Ley Nacional de Salud Mental y el encierro como problema social

Introducción

Analizar un determinado problema desde una perspectiva de derechos implica con frecuencia retomar los marcos formales bajo los que aquellos han sido instituidos. En tensión con aquellos abordajes, es nuestra intención problematizar las formulaciones contenidas en los marcos legales, evitando sustancializar los resultados -provisorios- de una serie de pujas históricas. Previniendo la traspolación del punto de vista de los actores hacia el marco conceptual investigativo, nos interesa subrayar la operación de recorte y acentuación que acompaña toda configuración de una cierta cuestión como problema social, y en consecuencia, como asunto en que el Estado debe tomar partido. A tales fines, nos referiremos al proceso histórico que ha acompañado la sanción de una política pública en torno de la cuestión de la "salud mental".

Sancionar una política pública implica consagrar ciertas definiciones como oficiales. En consecuencia, administrar en un determinado sentido los recursos materiales y simbólicos con que cuenta el Estado. Quienes se interesan por disputar el sentido de esta distribución requieren de una arena en la cual desplegar sus pujas. La agenda pública, entendida como aquellas cuestiones cuyo tratamiento estatal se considera prioritario, forman parte fundamental de aquella arena (Skocpol, 1985). Los temas allí presentes derivan de una operación de selección y acentuación, a través de la cual ciertas realidades son consideradas marginales o residuales. Aquella operación es transferida a las políticas públicas resultantes. De esta manera, es posible afirmar que es posible encontrar sesgos y omisiones de manera constitutiva en toda política pública (Parsons, W., 2007; Tamayo Sáez, 1997).

Las agendas públicas resultan en parte del éxito obtenido por ciertos reclamos sociales. Al mismo tiempo, éstas configuran un espacio de mostración en el que los actores deben dar cuenta de su posicionamiento y su competencia. El imperativo de visibilización, es decir, el interés constitutivo de todo actor colectivo de ser visto -o ser oído- para difundir sus puntos de vista, conlleva algún grado de reproducción de los términos con que está planteada la agenda. Como resultado, ciertos postulados son insistentemente in-formados (Imbert, 1992) y en consecuencia ciertas situaciones se consagran como de incumbencia pública. Al constituir la agenda un espacio de publicidad, estructura simultáneamente los temas de referencia -qué es visto- y quiénes están legitimados para hablar sobre ello -los que se pronuncien sobre tal materia. De tal manera, la esfera de lo público resalta aquellos elementos que a un mismo tiempo configuran las disputas por el sentido. Como contrapartida necesaria, algunos elementos quedan fuera de foco. Con

ellos, algunos posicionamientos. Utilizaremos el concepto de *malla de visibilidad* para hacer referencia al mecanismo por el cual ciertos elementos resultan destacados, en tanto son sede de conflictos, mientras que otros permanecen velados. Las políticas públicas admiten ser analizadas como condición y resultado de una malla de visibilidad, donde se escenifican ciertas líneas de análisis al tiempo que otras permanecen subalternas.

Compromiso de interpretaciones, "la salud mental" como tema fue consolidando su entrada en la agenda pública de debate al tiempo que iba asumiendo un contenido particular. Si bien no exenta de ambigüedades, tal definición subrayó aquellos aspectos que le iban permitiendo ganar la adhesión necesaria como para plasmarse finalmente en una normativa oficial. Este proceso no fue unívoco ni armonioso. Por el contrario, implicó descartar aristas de la realidad, muchas veces traídas en la voz de quienes disputaban la hegemonía por la sanción de legitimidad implicada en toda regla -y también, por la erogación de recursos que una nueva normativa traería aparejada. En aras de analizar la génesis de la "salud mental" como cuestión de agenda, recurriremos aquí a los conceptos de *redes de políticas públicas* (Padioleau, 1989) y *referenciales de las políticas públicas* (Jobert, 2004). Ambos nos permitirán resaltar el carácter de articulación y reforzamiento que subyace a la configuración de un problema social. En consecuencia, nos permitirán recorrer las operaciones de recorte y acentuación que acompañaron la nueva política pública en la materia.

En este Capítulo daremos comienzo a nuestra operación inicial de ruptura, consistente en describir y analizar la historia singular que acompañó la emergencia y consolidación de los contenidos específicos asociados con el derecho. Argumentaremos nuestra propuesta a través de analizar los actores concretos e históricos -públicos y privados, nacionales y extranjeros, históricos o de conformación *ad hoc*- que fueron interviniendo en la defensa de una propuesta de política pública, la que se plasmaría en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. Mostraremos tal articulación, junto con el modo en que se movilizaron valores y símbolos preexistentes, determinaría en gran medida que la problemática del encierro fuera subrayada como problema social, ganando así visibilidad pública. Analizaremos cómo las resistencias encontradas para la sanción y posterior reglamentación de aquella Ley contribuyeron a reforzar los sentidos preexistentes. Finalmente, señalaremos algunos preceptos respecto del rol del Estado sostenidos por quienes lograron oficializar su perspectiva, argumentando que en caso de analizar lo relativo a la Ley sin mediar una problematización se tendería a reafirmar aquellos supuestos.

1.1. El legado movilizado en torno de una política pública sobre la "salud mental"[56]

Una perspectiva en clave de análisis de políticas públicas permite acercarse a los modos concretos en que se teje la articulación entre actores públicos y privados. En tal sentido, la delimitación de la órbita estatal no se considera preexistente ni rígida, sino una frontera de porosidad variable a ser indagada caso por caso. Desde esta perspectiva, acercarse a los procesos de formulación de políticas implica abordar las formas singulares en que una pluralidad de actores definen los problemas públicos y elaboran respuestas estatales para darles solución (Padioleau, 1989). La noción de *redes de políticas públicas* (*policy networks*) contribuye con aquel análisis, orientando la mirada analítica en torno de las diversas relaciones establecidas entre actores que, con posiciones tan relativas como cambiantes, influyen de modo desigual en la configuración de políticas según los recursos y capacidades que manejen (Subirats, 1989). Indagar los actores intervinientes en cada caso se vuelve clave para comprender el modo contingente en que ciertos sentidos fueron propuestos y ganaron consenso, siendo finalmente oficializados a través de la sanción de marcos legales.

Ámbito por excelencia de la definición de problemas sociales (Blumer, 1971), las políticas públicas realizan una operación de definición social de la realidad. A través de ella, algo existente se vuelve significativo, ciertos factores son ubicados como causa de su incorrección y ciertos actores como responsables, tras lo cual se propone una solución particular (Blumer, 1971; Jobert, 2004). Cuando el gesto de señalar un determinado asunto en clave de una inadecuación entre lo que es y lo debería ser, es completado con la imputación de una competencia sobre su resolución a las autoridades estatales, aquella definición social adviene al terreno público (Padioleau, 1989). Los actores que vayan disputando el sentido de tales definiciones postularán diferentes valores a salvaguardar, y propondrán en consecuencia principios de acción divergentes de acuerdo con éticas rivales (Jobert, 2004). En consecuencia, una determinada definición irá sufriendo reformulaciones en la misma medida en que logre concitar alianzas y deba posicionarse frente a enunciados rivales, hasta el momento en que logre institucionalizarse en una política pública.[57]

---

[56] Cabe señalar que en determinados momentos la Ley sobre la que haremos referencia fue aludida como "Ley de Salud Mental y Adicciones" -idénticos términos que lleva en su nombre la dependencia encargada de su aplicación. Al centrarse la normativa en la problemática de la internación, lo referente a adicciones fue traccionado básicamente por añadidura, en tanto es tenida por una de las modalides más frecuentes en términos de respuestas terapéuticas. El lugar ocupado por la temática de las adicciones fue marcadamente ambiguo -siendo incluido en las menciones al tiempo que se excluía de consideración específica en la mayor parte de los debates. En consecuencia, nos ocuparemos en este Capítulo de abordar el sesgo fundamental que las definiciones públicas fueron adquiriendo, considerando que rastrear lo sucedido con este segundo componente excedería los límites de nuestro trabajo. No obstante, en el Capítulo Cuatro incluiremos alguna referencia específica sobre la temática y en los Capítulos Ocho y Nueve la temática reaparecerá bajo los ropajes con que se presenta en la vida cotidiana de territorios degradados -en la misma línea que esta nota al pie plantea.

[57] No desconocemos que la frase anterior conserva un sesgo etapista, con el que no coincidimos. No obstante,

Simultáneamente, irá ganando consenso en la medida que logre interpelar valoraciones preexistentes.

Tales valoraciones, a las que Jobert (2004) denomina *referenciales de las políticas públicas*, se encuentran en íntima relación con la articulación de actores arriba referida. Los referenciales, de carácter compuesto, aglomeran imágenes y representaciones pertenecientes a distintos tipos de pensamiento y emitidos por múltiples actores. Señal de su capacidad de operar como aglutinante será la ambigüedad de aquella definición, en tanto logre concitar atención pública y responder a imperativos de legitimación contradictorios (Jobert, 2004; Parsons, W., 2007). En tanto la configuración de agendas públicas implica la expansión de un tema determinado desde un grupo de atención específico hacia un público mayor (Cobb y Elder, 1983; Parsons, W., 2007), los referenciales de las políticas públicas resultan lo suficientemente laxos como para admitir que cada actor los comprenda en sus propios términos. En nuestro caso, lo local y lo foráneo, lo pasado y lo reciente, lograron una amalgama particular en la configuración de lo que fue definido como un legado a recuperar y profundizar.

1.1.1. Organismos internacionales: la carrera de un tema en agendas foráneas

Al considerar los modos concretos en que Estado y sociedad se interpenetran y determinan recíprocamente, las últimas décadas han enfatizado la necesidad de incorporar al análisis de las redes de política pública el contexto transnacional (Skocpol, 1995). Si ya en términos simbólicos el vínculo con lo internacional ha funcionado siempre en nuestro país como un principio de jerarquización y legitimación (Neiburg y Plotkin, 2004), los actores de escala superior a la nacional desempeñan cada vez con más fuerza un rol gravitante en tanto traen representada la imagen de una legitimación mayor que la procurable fronteras adentro. Presentándose a su vez bajo el aura neutral de agencias especializadas, los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) suman a su legitimidad el carácter de entes financiadores.

El modo en que "la salud mental" como problema fue entrando en la agenda de estos organismos muestra una formulación amplia y ambigua, junto con un énfasis diferencial al especificar aquellas definiciones en términos de propuestas.

Desde la década de 1970 las discapacidades habían comenzado a ser tema de agenda en las Asambleas Generales de la Naciones Unidas; bajo distintas denominaciones, lo relativo a la

---

dato que nos interesa aquí hacer referencia a la configuración de un problema como público en consonancia con el debate legislativo, diferenciándonos de un análisis en términos de implementación, excede nuestra propuesta el hacer mención a las continuas reformulaciones que tienen lugar una vez sancionados los marcos legales.

discapacidad mental fue instalándose como problema.[58] Pero la denominación de "salud mental" esperaría más de una década para obtener un lugar propio, ganado a costa de irse deslizando muy gradualmente -aunque sin llegar a desplazar otras terminologías, pese a la imprecisión resultante.[59] Esta agenda repercutiría en los respectivos actores sectoriales.

La OMS, autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de la ONU, incluye como parte de su liderazgo internacional la función de *configurar la agenda de las investigaciones en salud* para con ello *articular opciones de política* y *vigilar las tendencias sanitarias mundiales* (OMS, 2012).[60] La Organización Panamericana de la Salud, preexistente, funciona como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y goza de reconocimiento internacional como parte del sistema de Naciones Unidas. En esta última, el tema de la discapacidad entraría en agenda años más tarde.[61]

En 1990 tenía lugar la Conferencia Regional para la Salud Mental en Caracas, Venezuela. La Declaración que de ella resultara fue adoptada por los Estados Miembros de la OPS en tres distintas sesiones de su órganos de gobierno, siendo su referencia central la reestructuración de la atención psiquiátrica en Latinoamérica.[62] Como fundamento, subyace una fuerte crítica hacia las instituciones psiquiátricas, tanto por la impunidad de que gozan las prácticas que tienen lugar en su interior como por el aislamiento que imponen a los sujetos internados. A partir de entonces, tendría lugar una seguidilla de declaraciones, publicaciones, resoluciones y documentos afines vinculados de un modo u otro con la temática.

Algunos años más tarde, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó sendas

---

[58] Se siguieron así la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (AG.26/2856, del 20 de diciembre de 1971); la Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas (Resolución Nº 3447 del 9 de diciembre de 1975); 1981 era declarado como el Año Nacional de las Personas con Discapacidad, y al 3 de diciembre como día internacional de éstas; al año siguiente se crea el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (Resolución 37/52, del 3 de diciembre de 1982).

[59] Luego de algunos años, aparecen los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991); en 1992 se declara el 10 de octubre como Día Internacional de la Salud Mental; surge al año siguiente la Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-O/93)); las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (AG.48/96, del 20 de diciembre de 1993); el auspicio de la Declaración de Managua, de diciembre de 1993; la Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (157/93).

[60] Según su propia presentación en la página oficial, véase http://www.who.int

[61] Se sucederían la Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG/RES. 1356 (XXV-O/95)) y el Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (resolución AG/RES. 1369 (XXVI-O/96) hasta llegar, en 1999, a la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad

[62] Instando a los países firmantes a descentralizar la atención en los grandes manicomios para así reemplazarla por una atención en Sistemas Locales de Salud, produciendo a su vez modificaciones en las currículas de formación de los profesionales, y favoreciendo la inserción social de los enfermos, evitando -o al menos disminuyendo lo más posible-, el deterioro social que inevitablemente se produciría en los grandes hospicios.

resoluciones donde se solicitaba a los países priorizar la salud mental y se sometían propuestas para la acción. En el año 2001, el informe anual sobre la salud en el mundo llevó el nombre de "Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". [63] En este informe el concepto queda asociado a cierta ambigüedad, puesto que por un lado refiere a trastornos psiquiátricos pero por otro se le otorga tal relevancia a la prevalencia de estos que pareciera deslizarse hacia cuestiones relativas a los estados de ánimo, al estrés provocado por determinadas situaciones de índole social, y al consumo de sustancias. Lo cual deriva en un abanico de posibilidades al pensar la asistencia: se habla tanto de una reconversión de la asistencia psiquiátrica como del desarrollo de la atención con base en la comunidad.

> Una de cada cuatro personas padecerá de un trastorno mental en alguna fase de su vida. Además, la incidencia de trastornos mentales va en aumento. Hoy, aproximadamente 450 millones de personas en todo el mundo sufren trastornos mentales o neurológicos o tienen problemas de índole psicosocial. Muy pocas de ellas reciben tratamiento, asistencia y apoyo, y cuando lo reciben suele ser de manera sumamente inapropiada. Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. Los servicios de atención y apoyo a la salud mental no suelen estar cubiertos por el seguro de enfermedad. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella (OMS, 2001)

La tensión desprendida de aquella misma ambivalencia se sostendría en el accionar de la OPS, sin llegar a ser tematizada. No obstante, quizás en su adaptación al contexto latinoamericano, el énfasis retomado estaría puesto en los hospitales monovalentes. De allí en adelante, la internación psiquiátrica como problema empezaría a insistir en la agenda de estos organismos. Sin pretensión de exhaustividad, podemos mencionar que en el 2004 el "Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental" del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la OMS publicaba un documento encargado a la Organización Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidades Mentales cuyo nombre fuera "La importancia de los Derechos Humanos consagrados internacionalmente en la legislación sobre salud mental".[64] El Informe 2005 del Relator Especial de Naciones Unidas fue titulado "La

[63] "*El Informe sobre la salud en el mundo, publicado por vez primera en 1995, es la principal publicación de la OMS. El informe evalúa un tema concreto de la salud mundial, sobre el que presenta estadísticas de todos los países. Su principal objetivo es ofrecer a los países, organismos donantes, organizaciones internacionales y otros interesados la información que necesitan para tomar sus decisiones sobre políticas y financiación. Asimismo, el informe va destinado a una audiencia más amplia, en la que se encuentran las universidades, los hospitales con actividades docentes, los periodistas y el público en general; en suma, cualquiera con un interés profesional o personal en los temas de la salud internacional.*" Presentación oficial de la OMS, disponible en http://www.who.int/whr/es/

[64] Respecto de este término, la OMS ha aclarado en este como en otros de sus documentos: *«Discapacidad mental» es una expresión amplia que abarca a personas con discapacidades causadas por trastornos mentales*

discapacidad mental y el derecho a la salud". Los Principios de Brasilia del año 2005 presentarían el tema como parte de la agenda para nuestro continente; en ellos la referencia fundamental es a las "personas afectadas por trastornos mentales" o bien por "trastornos psiquátricos*"* (utilizados ambos términos de modo indistinto) y el punto central de su planteo, el "reemplazo de hospitales psiquiátricos". En continuidad con lo anterior surgía en 2007 la Convención por los Derechos de las Personas Discapacitadas (CRPD, tal como se la conoce por su sigla en ingles).[65] En el año 2008, un informe del Relator Especial de Naciones Unidas sobre casos de tortura sufridos por personas con discapacidad aunaba preocupaciones con los "Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas", del mismo año. En 2009, el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó lo que denominó como *"*Estrategia y plan de acción sobre salud mental*",* presentando al documento como direccionalidad viable para enfrentar la problemática de salud mental -que, de este modo, inscribía bajo el carácter de pandemia.

En octubre del siguiente año tenía lugar la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá, donde el Consejo Directivo de OPS aprobó, por primera vez, una resolución específica sobre salud y los derechos humanos que establece recomendaciones para proteger los derechos humanos en el contexto de los sistemas de salud bajo el lema *"*La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020*"* considerando que *"*la atención de la salud mental en el hospital psiquiátrico representa una respuesta médica y social inapropiada a los trastornos mentales que perpetúa el estigma y el aislamiento*"*.[66] Esta Declaración, conocida como "Consenso de Panamá", fue suscripta por la Argentina un mes antes de sancionar su propia normativa nacional -ubicándonos como uno de los países pioneros a nivel mundial en la legislación de esta materia. Con ello, el país ratificaba la agenda propulsada desde estos organismos internacionales.

1.1.2. Un referencial con resonancias progresistas

Las declaraciones internacionales no se volvieron legado por sí mismas, sino merced a su

---

(como las personas con un diagnóstico de enfermedad mental o con discapacidad intelectual o del desarrollo). Ya que muchas personas sufren de discriminación porque se cree erróneamente que padecen o han padecido algún trastorno mental, una buena legislación sobre discapacidad mental también protegerá a las personas que no tienen ninguna discapacidad ni enfermedad mental. Por lo tanto, en este documento la expresión «discapacidad mental» se refiere a lo que padece cualquier persona que quizá sea objeto de discriminación porque se cree que está discapacitada o padece algún trastorno mental. Extraído de "La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, OMS. Disponible en http://www.who.int/mental_health

[65] Ratificada por el Congreso Nacional en 2009, el paradigma contenido en ella fue un hito en la promoción del reconocimiento de las "personas usuarias" como sujetos de derecho, según manifestó el CELS.

[66] *Salud Mental en la Comunidad*, OPS, 2010.

afinidad con una serie de desarrollos teórico-conceptuales que traían consigo un aura progresista.[67] Pero no sólo se trataba de bibliografía, sino también de distintas experiencias -argentinas y extranjeras- que yacían asociadas con la mención de aquellos autores. Esta suerte de afinidad electiva convertía a la referencia sobre "salud mental" en una apelación al acervo de conocimiento a mano (Schutz, 1995), donde socializaciones pasadas ya habían conformado una argamasa en la que fácilmente se deslizaba tal mención a un cúmulo de saberes y posicionamientos ideológicos. Al ser reelaborados en el marco de organizaciones sociales y políticas, los posicionamientos fueron incorporados en una *lógica de lo apropiado* preexistente, entendiendo por tal al modo en que determinados decires y actuares cumplen la función de demarcar la membresía, funcionando como mecanismos de cohesión social (March y Olsen, 1997). El éxito del referencial movilizado en torno de la "salud mental" como problema político se debió en gran medida a la interpelación de este legado.[68]

Robert Laing y David Cooper, en tanto íconos de lo que fue llamado "movimiento antipsiquiátrico" aparecieron mencionados con frecuencia -trayendo con ellos resonancias de un momento histórico en el cual la situación de los pacientes psiquiátricos era considerada piedra de toque de un orden social al que se buscaba conmover. La década de 1970, puntualmente, apareció como referencia de una narrativa histórica en la que "las ´guerras psiquiátricas´ forman parte de una agitación social generalizada, contra la dictadura y a favor de la democracia y las libertades".[69] En íntima vinculación con aquellas concepciones, el nombre de Michel Foucault iba a aparecer tan citado en la defensa de la nueva ley como lo sería la referencia al manicomio como dispositivo de control social.

> (...) se debe apuntar a la "desmanicomialización", en cuanto a la supresión del "manicomio", ya sea como institución asilar, custodial o de control social, que tiene en un modelo de relación humana y poder disciplinario, su paradigma. Por ello, debe quedar claro, que el objetivo de desmanicomializar, no se agota en transformar el indigno tratamiento de la "locura", sino que debe extenderse a prevenir la puesta en acción de otros dispositivos de control social. (MDSTI, 2006)[70]

Si bien fue menor la fama concitada por Erving Goffman, su concepto de *institución total* también sería recurrentemente invocado. Ahora bien, la referencia más insistente sería a un

---

[67] Entendiendo con este adjetivo un espectro de posicionamientos que reúne visiones tanto revolucionarias como reformistas preocupadas fundamentalmente por revertir aspectos que hacen a la desiguldad social.

[68] Lo cual demuestra la aridez de analizar las coaliciones de políticas públicas meramente en términos de intereses particulares, dejando de lado la esfera de las creencias (Jobert, 2004).

[69] "¿Es posible la desmanicomialización en la Ciudad Autónoma de Bs. As.?", por L. Gambina y J. Bilbao - Artículo publicado en la Revista Topía, Septiembre 2009

[70] Manifiesto del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional - 30 de marzo de 2006.

autor que no sólo integraba aquella bibliografía de culto, sino que permitía enlazar aquel ideario con una experiencia concreta. Y también, con un flujo de apoyo concreto en el presente.

En la medida en que se iba instalando la propuesta de una nueva Ley de Salud Mental, el nombre de Franco Basaglia iba a aparecer no sólo en alusión a un material de lectura imprescindible, sino también como nombre de un sinnúmero de seminarios, charlas, conferencias, jornadas, dedicados a la temática de la Salud Mental.[71] Reforzando la impronta de continuidad entre la experiencia italiana y las propuestas que iban emergiendo en nuestro país, algunos de estos espacios contaron con la misma presencia de personalidades provenientes de la península -entre ellas, el director de Salud Mental de la OMS, Benedetto Saraceno. El parentesco esgrimido no fue meramente discursivo. Organizaciones y activistas de aquel país, como la "Fundación Franco Basaglia", o la "Conferencia Permanente para la Salud Mental en el Mundo `Franco Basaglia`" -cuyo presidente diera creación, junto con otras personalidades internacionales, a un novedoso "Comité internacional de apoyo a la Ley Nacional de Salud Mental" en referencia al proyecto que comenzaba a gestarse en Argentina- se movilizaron otorgando también apoyo financiero.

La referencia continua a experiencias que tuvieron lugar en los países centrales no terminaba allí, sino que incluía procesos de transformación de las estructuras de asistencia psiquiátrica en Francia (la denominada "política del sector"), Estados Unidos, Inglaterra y España (Faraone, 2012).

Nuestro país también contribuía con un repertorio local en aquel conglomerado de alta densidad simbólica. Pese a la heterogeneidad de orígenes y contextos históricos que se pone de manifiesto al ahondar en las distintas experiencias aludidas, el carácter común queda resguardado por hacer todas ellas referencia a la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos. La referencia a Mauricio Goldenberg se convirtió en ineludible.[72] También, otras experiencias con pacientes psiquiátricos crónicos o que llegan a su primera internación que tuvieron lugar en la década 1960, y cuyo relato traía aparejado las colindantes resonancias de época.[73] Más cercanos en el tiempo, no faltó por ello referencia a los procesos

[71] Muchos de aquellos -pero no todos- destinados a difundir la experiencia que tuvo lugar en la ciudad de Trieste (partiendo de considerarla exitosa, dado que no surgieron espacios para una apropiación crítica de aquella).

[72] Mauricio Goldenberg trascendió como creador -en el año 1956- del primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, el cual dirigió hasta 1972. Servicio innovador por su trabajo interdisciplinario y comunitario, así como por la incorporación de metodologías terapéuticas y de acompañamiento que rompían con las concepciones clásicas de la psiquiatría. En 1984 dejaría asentados una serie de lineamientos en un Plan Nacional de Salud Mental que no llegaron a ser implementados (Visacovsky, 2002)

[73] Como las impulsadas por Raúl Camino en Colonia Federal (Provincia de Entre Ríos) en 1967 y por Wilbur Ricardo Grimson en el Hospital Estéves de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires) en 1969.

desinstitucionalizadores que tuvieron lugar en las provincias de Río Negro y San Luis (Faraone, 2012).

En la misma medida de su invocación, el concepto de "salud mental" iba quedando cada vez más asociado en estas referencias con la problemática del encierro -tomándola a esta como realidad única en la materia.

> El movimiento de la Salud Mental surgido alrededor de hace 50 años en el mundo tenía como objetivo la transformación de la atención y la desaparición de esos monumentos tan parecidos a los campos de concentración. Todos los esfuerzos terapéuticos y políticos iban hacia ese lado.[74]

1.1.3. La impronta de los Derechos Humanos

La importancia del rol de las ideas y creencias en políticas públicas permite comprender aquellos aspectos que exceden a los intereses materiales de los actores (Jobert, 2004). En una dinámica que dista de ser voluntaria o mecánica, y engarzándose a una compleja historia nacional, la referencia a los Derechos Humanos operó coagulando sentidos. Pero no lo hizo sino en ciertas condiciones de enunciación: presentándose de la mano de algunos de los actores sociales más autorizados para hablar en su nombre. La inclusión de estos actores en la red de la política pública sobre salud mental resultó un factor determinante tanto de la entrada en agenda de esta temática como de los aspectos que en su definición se subrayarían.

Desde finales del año 2002, la Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo había comenzado a convocar anualmente sus Congresos Internacionales de Salud Mental y Derechos Humanos. En tales eventos se reunían figuras destacadas del campo de la salud mental, al tiempo que se iban constituyendo como cita de los distintos actores considerados como progresistas. Esta fue la condición de posibilidad de articulación entre amplios sectores que incluyeron trabajadores, familiares y pacientes de los servicios de internación en salud mental. En este marco, en el año 2005 surgía el Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional (MSDTI), nueva plataforma de articulación a partir de los encuentros nacionales que organizara. Tan así fue, que a ellos asistieron incluso legisladores y asesores legislativos. La reivindicación del cierre de los manicomios se constituía en eje del debate, al tiempo que la necesidad de esto adquiría novedosa premura.

La capacidad de movilización de los actores fue en aumento. Seminarios, mesas redondas y petitorios se multiplicaban de la mano con la legitimidad de las figuras convocadas. Nuevas capas sedimentarias cristalizaban la articulación entre el cierre de las instituciones

[74] En "Desmanicomializar: Pasado y Presente de los manicomios", artículo de G. Kazi, E. Carpintero, A.Barraco y A.Vainer publicado en Revista Topía, Abril 2007

manicomiales y la cuestión de los Derechos Humanos. El cierre de las primeras, a su vez, aparecía en la agenda pública con una segunda impronta legitimante: la movilización popular. Como eslabones consecutivos de la cadena, democratización y ampliación de la ciudadanía convertían a esta causa en un robusto referencial. Según reza el Manifiesto Fundacional del MSDTI,

> Sólo es posible asegurar valores de Salud Mental sobre el apoyo de movimientos sociales que se propongan afirmar valores de libertad, autonomía, solidaridad, participación democrática, no discriminación e integración de los ciudadanos a los intercambios sociales, económicos y simbólicos de la vida social y cultural.

La Asociación Madres de Plaza de Mayo no sería el único organismo de Derechos Humanos con incidencia en la formulación de la salud mental como un problema. Consagrando aquella definición, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) junto con una ONG internacional, la Mental Disability Rights International (MDRI) publicó en el 2007 un informe denominado "Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Salud Mental y Derechos Humanos".[75] En él se presentaba información recopilada entre junio del 2004 y julio del 2007 respecto de violaciones a los derechos humanos de las veinticinco mil personas que, según estimaban, se habrían encontrado entre aquellos años internadas en neuropsiquiátricos de todo el país. Junto con lo anterior, se calculaba que un ochenta por ciento de ellos llevaba ya más de un año de internación, y que entre un sesenta y un noventa por ciento podrían ser clasificados como "pacientes sociales" -es decir, personas que permanecen internadas por no tener adónde ir, y no por motivos terapéuticos. La difusión de este informe había ido de la mano con el reclamo de una ley nacional de salud mental que solucionara aquellos problemas, fijando requisitos mínimos de derechos y garantías para los definidos como sujetos vulnerables.[76] Si el problema público ya existía como tal, el CELS contribuyó a especificarlo (Tamayo Sáez, 1997). Prefigurando incluso frases enteras de la futura normativa, ubicaría en el informe una teoría causal que señalaría como solución el cierre de los manicomios. Acompañada de una fuerte carga emotiva, esta denuncia contribuía a soldar aún más el concepto de "salud mental" para con ciertos contenidos.

---

[75] El CELS es una organización no gubernamental fundada en 1979 con la tarea de denunciar las violaciones a los Derechos Humanos que tenían lugar como consecuencia del terrorismo de Estado. Desde entonces, según su misma presentación, se ha venido dedicando "a la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina".

[76] Entre los que recomendaban incluir revisiones judiciales periódicas de las internaciones involuntarias, asistencia legal gratuita desde el inicio para los afectados, necesidad del consentimiento informado para todos los tratamientos, y una rehabilitación basada en la re-inserción social.

Tanto a la movilización surgida desde el MSDTI como a la voz del CELS se habían sumado las recientemente creadas asociaciones de familiares y usuarios. La sola mención de estas últimas organizaciones como adherentes reforzaba la aparición pública de sus proposiciones como justas.[77] El movimiento de Derechos Humanos actuaba así a modo de *empresario moral* (Conrad y Schneider, 1992), concitando alianzas en la misma medida que llamaba a adherir sin participar en la definición de las controversias (Padioleau, 1989). Dando cuenta de su carácter socialmente construido, los Derechos Humanos enfatizaban así ciertas problemáticas definidas como de salud mental, recortando otras posibilidades. La cuestión del encierro obtenía de esta manera carta de ciudadanía como problema social.

1.2. El Estado como pluralidad, la Ciudad como marco de la Nación

Existe una relación de determinación recíproca entre actores e interpretaciones. Mientras que la selección de referenciales depende de las características de los actores, también estos actores se conforman a través de la interpelación producida por tales referenciales (Jobert, 2004). En consonancia con lo anterior, resulta forzado muchas veces caracterizar como públicos o privados a los actores que intervienen en la configuración de las agendas públicas de debate. Para la gestación de una agenda pública donde el concepto de "salud mental" adquiriría cierta ambigüedad y un determinado énfasis, ciertos hitos de la institucionalidad estatal resultaron estructurantes.

Al autonomizarse la Ciudad de Buenos Aires respecto del gobierno federal, el área de salud había conocido una etapa de nuevas normativas. La reciente Constitución de la Ciudad del año 1996 sentaba bases fundamentales para el sector sanitario.[78] Sobre sus principios se dictó poco después, en 1999, la Ley Básica de Salud Número 153. Basándose en los ejes rectores de ambas, durante el mes de julio del 2000 se sancionó la Ley de Salud Mental Número 448 (en adelante, 448). Esta última se reconocía como producto de la discusión que tuviera lugar durante los dos años previos en una serie de plenarios, acontecidos en tanto instancias de reunión de una Sub-Comisión legislativa abocada específicamente a la materia.

La 448 está redactada en dos mitades o Títulos. La primera, concierne a definiciones generales del sistema de salud mental en la Ciudad; la segunda, al régimen de internaciones de aquellas a las que denomina como personas con padecimientos mentales. La primera parte, que comprende el concepto de "salud mental" de modo ampliado como dimensión

[77] "Es importante saber que las Asociaciones de Familiares de personas con padecimiento mental, apoyan la ley y están en contra de las corporaciones médicas, en contra de la medicación y del encierro innecesario. ¿Por qué será?", escribe Angel Barraco en la edición de Topía de octubre del 2010

[78] En los puntos 20, 21 y 22 de su Capítulo Segundo.

generalizable al conjunto de la población y que ubica -entre otros asuntos- como posibles abordajes a la promoción de esta y la prevención de padecimientos mentales, iba a integrar el referencial que permitía a la norma ganar legitimidad. No obstante, sobreviviría bajo el doble mecanismo de su reconocimiento como parte del problema y su exclusión de las medidas puestas en práctica (Rosendo, 2009a). Dicho de otro modo: jugaría el rol de retórica justificadora pero no así de orientación estructurante (Parsons, W., 2007).

En cambio, la segunda parte de la ley, aquella que consta de un mayor número de capítulos, es la que se fue convirtiendo en arena fundamental de las disputas. Al retomar el sendero trazado por esta ley local, las nuevas propuestas imprimirían un nuevo énfasis a tales pugnas. Es que el proyecto de Ley que comenzaba a pujar radicalizaba aquellos planteos. En consecuencia, repetía los mismos nudos de enfrentamiento, si bien exacerbando el grado de conflictividad, al proponer la sustitución gradual y definitiva de los hospitales neuropsiquiátricos, la modificación del código civil en relación con la inhabilitación vitalicia de quienes eran declarados insanos, y el desplazamiento del protagonismo médico en lo que a decisiones terapéuticas respecta.

El modo particular en que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) gravita para el resto del país haría de la 448 un sendero que retomarían las propuestas de una normativa nacional. No sólo en términos simbólicos -en tanto su evocación traía aparejada la referencia a cierto conglomerado de actores y perspectivas-, sino también legales. En nuestro país rige un principio de jerarquía jurídica según el cual las normativas locales no pueden contradecir a las nacionales. Siendo que el proceso de sanción en este caso fue inverso, la Ley Nacional fue redactada en consonancia para con la de la Ciudad.

Pero lo legal por sí solo no consigue explicar aspectos relativos al mapa de actores, que resultaron determinantes. Es que existían otros nueve distritos que tenían normativas propias en la temática. Sin embargo, el hecho de ser la CABA sede del gobierno nacional llevó a que se repitiera en gran parte la coalición de actores involucrados en el debate. Coalición y definición de un problema social coincidirían en ambos casos. Detalle no menor en tanto entendamos que existe una relación de determinación recíproca entre actores e interpretaciones. Así, si bien la nueva normativa en discusión fue denominada como “ley marco”, su orden de aparición podría llevar a preguntarnos hasta qué punto el marco no estuvo configurado por una normativa preexistente.

La reglamentación de la 448 debió esperar cuatro años para ver la luz. Uno de los motivos fundamentales de este aplazamiento radicó en que el punto radical y distintivo de su propuesta consiste en desplazar al hospital psiquiátrico del centro de los recursos asistenciales,

reemplazándolo por otros dispositivos terapéuticos considerados más innovadores. Otro, que en lo que se define como interdisciplinariedad otorga prerrogativas similares a profesionales ajenos a la medicina que a los tradicionales líderes del sector, los psiquiatras.[79]

Una serie de organizaciones sociales surgieron motorizadas por apoyar la reglamentación de aquella Ley. Otras, se fortalecieron al incluir la participación en esta instancia legal entre sus metas.[80] En contrapunto con las causas que llevaban a otros actores a obstaculizar el proceso reglamentario, el foco de interés resultó puesto en los pacientes internados. Por lo que el sesgo ya presente en la normativa se iría afianzando con el correr de los debates en torno suyo.

Pero la 448 no sólo gravitaría en el escenario de actores de aquella manera. El Consejo General de Salud Mental (COGESAM), órgano consultivo asesor honorario -no vinculante- creado por aquella normativa con funciones de asesoramiento, operó a partir de su convocatoria oficial como plataforma de encuentro y articulación. Superando las instancias eventuales de congresos y seminarios, distintos profesionales y organizaciones se ponían en contacto de manera periódica, al tiempo que podían fácilmente aglutinarse en torno a metas comunes.[81]

Al mismo tiempo, la entrada de la principal ciudad del país al conjunto de jurisdicciones con normativas específicas en la materia había llevado a la creación en el año 2005 de la denominada "Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos", la cual iniciaría formalmente sus actividades en febrero del 2006. La convocatoria había partido de la entonces Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Dirección de Asistencia Directa a

[79] Entre ellas, el ejercicio de cargos de conducción al interior de las instituciones de salud mental. Elementos aledaños, como la referencia a estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como al trabajo comunitario e intersectorial -cuestiones todas relativas a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) no suscitaron tanta discusión como aquellos items (Rosendo, 2009a). Vale decir que no fue su falta de tematización lo que aplazó la reglamentación, pese a que su mención figuró entre los argumentos brindados.

[80] La Asociación por los Derechos en Salud Mental (Adesam), constituida en septiembre del 2005 como Asociación Civil, está integrada básicamente por profesionales de los sectores públicos de salud y de justicia "*[unidos] en defensa de los derechos vulnerados de personas con padecimiento mental severo*", en aras de "*la sustitución de todos los hospitales neuropsiquiátricos por servicios con base en la comunidad*". Siendo que en este caso los integrantes se encuentran efectivamente siendo parte de instituciones públicas, el objetivo que se proponen es "*potenciar y ampliar los márgenes y la efectividad de cada trabajo individual*". La "Red de usuarios, familiares y voluntarios" también se constituyó -en julio del 2006- como foco de sensibilización respecto de la problemática de lo que denominó como padecimiento mental, haciendo eje de modo fundamental en el fortalecimiento de redes y servicios comunitarios que sustituyan a los hospitales psiquiátricos. Se ha interesado así en la asistencia ambulatoria tanto como en las políticas de medicamentos, vivienda, trabajo, y en el apoyo a las familias de los "usuarios". Esta Red se presenta como voz de los involucrados, y con basamento en los "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", Resolución No. 911 de las Naciones Unidas con fecha 1991, además de en otras normativas vigentes que propugnan la incorporación de legos y afectados para la legislación en el área.

[81] Ese fue el origen, por ejemplo, de la "Red de Derechos Humanos y Salud Mental", red interinstitucional integrada por organizaciones sociales, sectores del ámbito académico y legislativo, creada durante el año 2005 con el objetivo fundamental de incidir en la formulación de políticas públicas.

Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Siendo su misión promover y articular políticas públicas en salud mental con un enfoque de Derechos Humanos, además de procurar un acercamiento con la Corte Suprema de Justicia contó con el apoyo técnico y el financiamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Según la propia Mesa, su misión consiste en

> (…) representar a todas personas vinculadas con la temática (trabajadores, pacientes, familiares), releva[r] situaciones particulares a demanda, además de asesorar en la implementación de políticas públicas afines a su tarea. Se constituye al mismo tiempo como garante del cumplimiento de estándares internacionales en la materia, y busca articular a los sectores de Salud y Justicia.

En su conformación inicial reunía a organismos gubernamentales de Salud Mental y Derechos Humanos de jurisdicciones provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires; directores de hospitales y de colonias monovalentes; representantes del Poder Judicial. A sugerencia de la OPS, se incorporaron paulatinamente ONGs especializadas en el tema.[82] Hecho que a su vez contribuyó a reforzar a aquellas organizaciones que tomaran la temática en los mismos términos allí incluidos. El manicomio, la estigmatización de los internos, el concepto de "paciente", las instituciones de encierro, la prescripción medicamentosa, la declaración de incapacidad, la peligrosidad: esferas cargadas de intereses sobre las que el nuevo proyecto de Ley se pronunciaba. Ellas se irían consolidando como elementos que estructurarían los posicionamientos públicos.

1.3. Hacia una Ley Nacional

Los términos en que fue puesto en agenda pública el problema de la salud mental sobredeterminarían el proceso decisorio en el sistema formal de decisión política (Padioleau, 1989). Allí, definiciones y modalidades de intervención fueron dirimidas en consonancia para con su capacidad de aglutinar actores. La carrera de este problema permanecería atada a su legitimidad, conservando el carácter ambiguo de las formulaciones al tiempo que se especificaban ciertas rutas de acción.

En abril del 2007 se organizó en la Cámara de Diputados de la Nación una jornada que se anunció como dedicada al tema de salud mental. En tal evento, junto con disertación de personalidades provenientes en su mayoría de la psiquiatría, entre algunos abogados y psicólogos, dos diputadas del bloque oficialista habían programado la presentación de un

[82] Cabe notar que en algunas de las presentaciones que de esta Mesa se hacen, la OPS figura como un miembro más de ella, radicalizando así la igualación entre instancias de distinto orden y nivel. Véase por ejemplo la página oficial del INADI (consultada el 22/08/2012).

proyecto de ley de su autoría. Un proyecto anterior, presentado dos años antes en la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, no había logrado la promoción suficiente, cayendo en el olvido. Por el contrario esta vez, según parecía, la sanción sería inminente debido a la mayoría parlamentaria del Frente para la Victoria. De un modo que para los organizadores apareció como inesperado, un diputado de otra fuerza política mencionó la existencia de un segundo proyecto de Ley, solicitando tanto su consideración por parte de los legisladores como el abrir los debates a la población.[83]

El primer proyecto representaba una propuesta de corte tradicional, llegando incluso a contradecir experiencias o normativas de algunas jurisdicciones -entre las que se encontraba la de la Ciudad de Buenos Aires. El segundo proyecto, en cambio, presentaba un planteo de corte radical. En él se planteaba la prohibición de las instituciones demoninadas como manicomiales, impidiendo la apertura de nuevas al tiempo que transformando las existentes. Coronando lo anterior, proponía reformas en los códigos Civil y Penal en relación con de las carátulas de "incapacidad" y de "peligrosidad", respectivamente.

Quienes defendían el primer proyecto argumentaron su validez sosteniendo que al tratarse de una propuesta marco, en tanto ley nacional, era menester plantear una reconversión lo suficientemente paulatina como para considerar las diversas situaciones sanitarias. En tal sentido, afirmaban

> Creemos que ese proceso no se garantiza con sentencias de la OMS, OPS, u otras organizaciones nacionales o internacionales, sino más bien tomando en cuenta desde qué puntos de anclaje partieron las prácticas realizadas -dentro y fuera del país- en el marco de una búsqueda para lograr salidas del ámbito hospitalocéntrico o para establecer estrategias para enfrentar este proceso problemático[84]

Si bien la jornada finalizó con la promesa de discutir ambos proyectos, uno no llegaría siquiera a discutirse en la Comisión de Salud. En sentido inverso a su orden de aparición, la más innovadora de las propuestas sería la única con estado parlamentario al año siguiente.

Una nueva jornada de debate el 30 de junio 2008, bajo el nombre "Hacia una Ley Nacional de Salud Mental" contó con la presencia de funcionarios de los sectores de Justicia y Derechos

[83] Se trataba de Leonardo Gorbacz, ex miembro de la Asociación de Psicólogos de Tierra del Fuego, Diputado electo por el partido "Afirmación para una República Igualitaria" (ARI) para el período 2005-2009. Luego de las elecciones presidenciales del 28 de octubre de 2007, quedando fracturado aquel partido, se alinearía en lo que se denominó inicialmente "ARI Autónomo" y que en mayo de 2008 adoptó el nombre de Espacio Solidaridad e Igualdad (SI), constituyendo un bloque legislativo propio. El SI se integraría en el 2009 al Movimiento Proyecto Sur, y en 2011 -tras abandonar aquel- al Frente Amplio Progresista (FAP), liderado por Hermes Binner. En la actualidad, Gorbacz se encuentra en las filas del Frente para la Victoria.

[84] Armando Bauleo y Marta de Brasi en el artículo "Un abanico de Intenciones", escrito para la Revista Electrónica de la Escuela de Psicología Grupal y Análisis Institucional "Enrique Pichón-Rivière", de Santiago de Chile. Disponible en http://www.psicologiagrupal.cl/bauleo/homenaje/abanico.html

Humanos[85], miembros de ONGs[86] y del Coordinador Regional de la OPS en Salud Mental. El recambio de expositores se volvía signo de la red de actores que acompañaba esta nueva propuesta. Simultáneamente, la metodología contribuía a remarcar su perfil: en esta ocasión la discusión central no partía de la exposición de los panelistas, sino que se realizó en el marco de talleres. Los temas abordados remitieron fundamentalmente a las internaciones involuntarias, a la reconversión de los hospitales monovalentes, y a la declaración de incapacidad -temáticas que delimitaban el perfil que asumirían las posteriores discusiones sobre lo que se iba así coagulando como problema social.

La "Mesa Federal de Salud, Justicia y Derechos Humanos" -muchas veces referida como "Comité de expertos"- se conformó como órgano consultivo para la redacción definitiva de la norma.[87] Luego de numerosas reuniones conjuntas de asesores y diputados de las tres comisiones que quedarían involucradas -Acción Social y Salud Pública, Justicia, y Legislación General- se consensuó un texto final. El 9 de diciembre de 2008 en la reunión plenaria de estas tres comisiones, invitadas la Secretaría de Derechos Humanos, el CELS y el MSDTI, los diputados aprobaron el texto con las modificaciones y aportes que recibidos durante el año y en el curso mismo de este encuentro. Afuera del Congreso Nacional, distintas organizaciones y militantes realizaban un abrazo simbólico al edificio legislativo.[88]

Por cuestiones atinentes al trámite legislativo aquel proyecto llegó a tener 'Orden del día' pero no así a tratarse en el recinto el mismo año, perdiendo con ello vigencia parlamentaria. Pero en este caso, pese a lo anterior, volvió a presentarse al año siguiente de modo idéntico. Reuniendo la firma de diputados de casi todas las fuerzas políticas, en octubre del mismo año se lograba el dictamen por unanimidad en la Cámara Baja, pasando al Senado.

Esta segunda instancia parecía presentar más escollos: allí la Comisión de Salud dio prioridad a las objeciones presentadas por la Asociación de Médicos Municipales (AMM) y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Pero el debate por las leyes había trascendido lo legislativo. El apoyo que el proyecto de Ley había ganado llevó a que finalmente la Cámara

[85] A saber: de la Corte Suprema de Justicia, de la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.

[86] Nos referimos a uno de los Coordinadores del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional, y de la Coordinadora del Área Salud Mental del CELS.

[87] A fin de la ocasión, integraron la Mesa la OMS y la OPS, la Jefatura de Gabinete de Ministros, la Defensoría General de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos, asesores de la Corte Suprema de Justicia y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, y una serie de ONGs entre las que se incluyen el CELS; la Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental (FUV), y la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM).

[88] Aparentemente, la invitación a participar del encuentro habría incluido también a quienes se convertirían en parte del núcleo opositor, la Asociación de Psiquiatras de la Argentina (APSA), considerada como el grupo profesional más progresista. Su representante se habría excusado alegando no poder expresar coincidencias y disidencias puesto que no había podido analizar el texto en profundidad.

Alta otorgara también un consenso amplio al mismo. No obstante, pese a los reparos expresados por las asociaciones médicas y psiquiátricas demorarían hasta el presente la reglamentación de la misma. El 25 de noviembre de 2010 se aprobaba finalmente la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental en el Senado por 47 votos a favor, una abstención, y ningún voto en contra. Así, su aura seguía sumando prodigios que la revestían de un carácter fuertemente popular: se había conseguido un consenso inusual.[89] Siendo enfática la apelación a los Derechos, esta Ley incluso fue conocida como "Ley de Salud Mental y Derechos Humanos". Comenzaba así una de sus principales improntas.

La 26.657 resultó "de orden público", lo cual implica que debe ser cumplida en todas las jurisdicciones del país sin requerir adhesión específica[90], y tal como lo fue desde sus inicios, cuenta con el apoyo explícito de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Debido a las resistencias que enfrentó por parte de distintos actores, entre los cuales las asociaciones médico-psiquiátricas tuvieron lugar protagónico, su reglamentación aparecería en el Boletín Oficial recién el 29 de mayo del 2013.

La demora que afectó a la reglamentación de la Ley posibilitó articular la justeza de la causa -reivindicada a través de su asimilación con los Derechos Humanos al tiempo que por los apoyos internacionales recibidos- con una narrativa de *epopeya.*[91] Como resultado, se afianzaba aún más la vinculación propuesta para con aquel legado. En palabras de la primera autoridad a cargo del que sería el órgano de aplicación

> Jamás una corporación o laboratorio pudo plantear condiciones a nuestras políticas (...) con la militancia permanente de diferentes actores, el incansable caminar de la red de usuarios voluntarios y familiares, los colectivos profesionales, los espacios de lucha cultural como La Colifata, y con la bandera que representan las decenas de compañeros desaparecidos por esta lucha que en otras épocas tomó otros nombres, se aprobó por unanimidad la ley 26.657 que instaura otro marco para la atención de la salud mental en todo el país, y constituye un giro

[89] "Como ustedes saben, el proyecto de un grupo de diputados para una Ley Nacional de Salud Mental fue aprobado en 2009 por unanimidad en la cámara de diputados, como muy pocas veces sucede en nuestro país. "Todos los bloques votaron afirmativamente. Eso demuestra que la citada ley no tiene puntos oscuros, ni contradictorios o que lesionen en lo más mínimo a algún habitante de nuestro país. Incluso, la ley fue apoyada por numerosísimos Médicos Psiquiatras de todo el país que no aceptan pasivamente el mandato de las corporaciones" palabras de Leonardo Gorbacz en la entrevista concedida a la Revista Psiencia en el 2008, disponible en http://www.psiencia.org -Vol.1.Nº1

[90] Con una amplitud de aplicación máxima, la Ley rige para todo el territorio argentino, debiendo todas las normas provinciales y regulaciones de los colegios profesionales atenerse a ella -incluso allí donde no existieran normativas específicas ni colegios profesionales. Se apunta con esto a revertir el problema de la superposición normativa.

[91] Carta firmada por el Director en retiro, a modo de escrito de cierre de gestión cuando fuera limitado en su cargo (en el contexto de cambio de mandato ministerial en diciembre del 2011, a raíz de la reelección de Cristina Fernández de Kirchner como Presidenta Nacional), en el Boletín de su creación que lleva por nombre "Inclusión mental".

que en la realidad y para siempre, cambia la vida de miles de personas y asegura los derechos y la dignidad de todos.

1.4. La implementación anterior a la normatización

Si partimos del principio de que toda formulación legal contiene cierto grado de ambigüedad (Jobert, 2004; Padioleau, 1989; Parsons, W., 2007), el sentido efectivo que vaya adquiriendo su concreción se desprende en buena parte de las instituciones que se vayan creando. Es allí donde se define concretamente sobre qué aspectos la ejecución de la normativa pondrá el énfasis. Las exigencias de la puesta en práctica propias de la fase de implantación pueden sellar o redireccionar la trayectoria de la norma (Tamayo Sáez, 1997; Surel, 2006).

Sabatier y Mazmanian (1993) realizan un análisis pormenorizado en torno de los mecanismos asequibles con que cuenta una ley para estructurar el proceso de su implementación. Entre ellos, uno es la creación de agencias especializadas y los aspectos con ellas priorizados. De allí se desprende la afirmación de que la fase de implementación teje una nueva inscripción temporal -al engarzarse con prácticas institucionalizadas (Surel, 2007) y promover ciertas formas de acción colectiva (Skocpol, 1995). Es que desde su creación, las agencias tienden a comportarse como actores sociales -con iniciativa e intereses propios.

Tal como hemos mencionado arriba, la creación de agencias especializadas por parte del Estado no esperó hasta la sanción de la nueva Ley. Por el contrario, fueron las agencias previamente creadas las que, conformando las redes de política pública, presionaron a favor de aquella sanción. Este mecanismo de creación de agencias no concernió exclusivamente a la Mesa Federal arriba mencionada. La cartera nacional sanitaria fue también modificada en consonancia.

El 5 de abril del 2010 la Presidenta firmaba, junto al Ministro del Interior y al Ministro de Salud, el decreto 457 por el cual se creaba la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, en el marco del Ministerio de Salud de la Nación. Este organismo, inmediatamente incorporado a aquella Mesa Federal, tomaba como función primera apoyar la sanción de la nueva ley. No se trataba solamente de un cambio nominal sino que en tanto unidad administrativa la nueva Dirección poseía una mayor jerarquía. En vistas de la implementación, tal modificación de la futura unidad ejecutora implicaba el otorgamiento de una mayor autonomía y un mayor presupuesto, lo que le permitiría encargarse de la aplicabilidad de la Ley, asignándole la tarea de monitorear las transformaciones en todo el país.

La creación de aquella agencia se anticipa a la sanción de la nueva Ley porque entre sus funciones incluye garantizar la implementación de normativas más antiguas. Entre ellas, la Ley Nacional 24.788 de Lucha contra el Alcoholismo del año 1997, y 25.421, la Ley Nacional 25.421 de Asistencia Primaria de Salud Mental del 2001. No obstante, las tareas concretas que esta Dirección tomó a su cargo se plasmaban en sus boletines institucionales. En ellos la referencia casi exclusiva era a la Ley Nacional de Salud Mental. Este énfasis diferencial permeó el conjunto de programas y acciones.

Uno de sus programas admite a su vez ser caracterizado como una nueva agencia, en la línea que venimos analizando. Nos referimos al Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), en funcionamiento desde el 2 de agosto de 2011. Éste vincula a los Ministerios de Salud y de Justicia bajo el objeto expreso de atender lo referido a la salud mental de las personas privadas de libertad. Lo judicial aparece aquí en su cariz penal y toma como objeto exclusivo aquello que sucede con las personas en situación de encierro o internación.[92]

Por otro lado, excediendo el marco ministerial, la Ley propone la creación de un "Órgano Consultivo de Derechos Humanos y Salud Mental", cuya función es supervisar las condiciones de reclusión terapéutica -controlando situaciones pasibles de configurarse como violatorias de los Derechos Humanos, como las internaciones forzadas, las que se extienden más allá de lo necesario o las que tienen lugar en sitios geográficamente distantes de las comunidades de origen.[93] Antes de que aquel órgano pudiera ser creado debido a la vacancia de la reglamentación, esta función fue asumida en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires amparándose legalmente en su carácter de distrito federal.

La Defensoría General de la Nación creó el 1 de agosto del 2011 bajo la órbita de su Área Técnica una Unidad de Salud Mental, integrada por veintidós profesionales entre abogados especializados, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Esta Unidad, coordinada por un abogado, comenzó a controlar de oficio las internaciones por motivos psiquiátricos que tienen lugar dentro de la Ciudad. Asimismo proporciona patrocinio legal para las personas internadas que, careciendo de él, así lo soliciten. También en la CABA se suma en funciones a la anterior dependencia el Ministerio Público Tutelar, bajo la órbita del Poder Judicial de la

[92] Entre las medidas más resonantes de este Programa se encontró el acompañamiento del cierre de las Unidades Psiquiátricas Penales número 20 -que existía al interior del Hospital "Dr. José T. Borda"- y número 27 -dentro del Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"- junto con el traslado de alrededor de sesenta hombres y mujeres que estaban allí hacia el complejo penitenciario Ezeiza del Servicio Penitenciario Federal (SPF), situado en la Provincia de Buenos Aires. Como veremos fundamentalmente en el Capìtulo Cinco, si bien resulta impactante, no es aquella la ùnica realidad de la puesta en contacto entre los sectores sanitario y judicial.

[93] Como corolario del protagonismo que en su gestación tuvieron las organizaciones no gubernamentales, en su redacción la ley prevé que se incorporen a este nuevo órgano.

Ciudad, cuya función es garantizar la legalidad de los procedimientos públicos relacionados con niños, niñas, adolescentes y "personas afectadas en su salud mental"[94], a través del monitoreo e interpelación de instituciones estatales.

Recapitulando, diremos que las agencias especializadas que se fueron creando, aún antes de la normatización de la 26.657, contribuyeron a enfatizar ciertos contenidos del concepto "salud mental".

1.5. Sin mensajero no hay mensaje: tirando al bebé junto con el agua

El entramado de actores generado en torno de la sanción de la Ley de Salud Mental no se completa sin hacer referencia a a aquellos actores que, sintiéndose afectados, buscaron influir en el escenario tanto a través de negociaciones y compromisos como de rechazos enérgicos por parte de quienes se sintieron afectados (Subirats, 1989). Al respecto, W. Parsons (2007) plantea que el verdadero logro de una red de actores en el proceso de las políticas públicas es el de evitar que ideas, preocupaciones, intereses y problemas de otros grupos lleguen a la agenda. Entre los recursos a los que se suele apelar para lograrlo se encuentran tanto la movilización de símbolos que despiertan reacciones intensas, como la desacreditación de los grupos que plantean divergencias. Este proceso puede rastrearse con cierta facilidad en torno de la 26.657. Es que el modo con que los actores que apoyaron la nueva Ley instalaron los diversos tópicos terminó por conformar un cúmulo discursivo que ubica como *otros* de sí a los sectores reaccionarios -quien fuere que ellos sean.

Como mencionáramos arriba, quienes habían visto amenazada su ingerencia profesional no demoraron la defensa. Grupos tradicionalmente hegemónicos, y con un fuerte poder corporativo, las asociaciones médicas fueron las primeras en obstaculizar lo atinente a la nueva normativa. Esta red de oposición repetía las alianzas surgidas en ocasión de oponerse a la anterior Ley 448. El carácter de doble jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires llevó a que actores locales como la Asociación de Médicos Municipales encararan una de las oposiciones más férreas a la Ley Nacional.

En el clima de polarización que se fue creando, los argumentos con que estas asociaciones se opusieron a la Ley no fueron escuchados. Descalificado el enunciante, no hubo lugar para prestar atención a los enunciados. Las corporaciones médicas y psiquiátricas, en su mayoría, decodificaron inmediatamente este modo binario en que se presentaba la discusión. Así, señalaron la cristalización de sentidos, donde quien se oponía a la Ley aparecía como opositor

[94] En la página oficial de su presentación -http://asesoria.jusbaires.gob.ar/

de los Derechos Humanos o de la Salud Pública. No por ello consiguieron romper aquel dualismo.

Acompañando sus críticas a la normativa con la acusación de que aquella respondería a una importación de modelos "antimédicos" propios de las décadas del ´60 y ´70 y que habrían perdido validez en términos mundiales, estas corporaciones terminaron por ubicarse en el debate -más allá de cuáles fueren sus perspectivas- en el polo calificado como reaccionario. El grueso de los argumentos se concentró en defender la reputación de los hospitales monovalentes, la internación como terapéutica necesaria bajo ciertas condiciones, la enfermedad mental como categoría nosológica, y las incumbencias profesionales vigentes para la psiquiatría. Con ello reforzaron la centralidad de estos aspectos en el debate.

No obstante, junto con lo anterior intentaron poner en discusión cuestiones de otra índole. Sin ser retomadas por sus opositores, estas cuestiones cayeron por fuera de la malla de visibilidad pública. Al no encontrar protagonismo en aquel contexto de virulencia, fueron quedando como secundarias.

Quienes se oponían a la nueva normativa habían señalado la existencia de realidades descuidadas por ella que -sostenían- quedaban sin ser incluidas en una normativa marco. Entre ellas, las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud mental, que distan de tener por objeto exclusivo la internación como medida terapéutica. En esta línea, el Vicepresidente de la Asociación Psiquiátrica Argentina (APSA) señalaba

> Si bien la ley se promulgó para garantizar la dignidad del paciente, como derecho humano, en la práctica se transformó en una ley de internación si se tienen en cuenta la cantidad de artículos que se refieren a ella (…) El 80% del articulado está dedicado a la internación, ¿y ésta es la realidad de nuestra salud mental? Obviamente, no. Si revisamos las estadísticas vemos que de todas las personas con enfermedades mentales en Latinoamérica entre el 85% y el 90% no llegan a los servicios de salud mental. Estamos perdiendo de asistir o diagnosticar casi a nueve de cada diez casos, y de los que consultan, como mucho llegan a internarse el 20% o el 30%, es decir que la ley se ocupa del 2% de las personas con enfermedades mentales, No se habla de epidemiología, casi no se habla de asistencia ambulatoria, que es lo más importante, y no se habla tampoco de la distribución de los dispositivos existentes.[95]

Otros actores hicieron idéntico señalamiento. No obstante, el hecho de que todos ellos provinieran del seno de la comunidad médica volvió inaudible el argumento. Médicos generalistas y de familia se plegaron a aquella crítica. *Se dice que es una ley que se basa en la protección de derechos humanos -lo cual apoyamos y nos parece muy bien-, pero pareciera ser que estos se vulneran solamente en lo referido a la internación* -podía leerse en uno de los

[95] Citado en el Boletín de la Asociación de Médicos Municipales. Disponible en http://www.medmun.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=945:gremiales-pru..

correos electrónicos que difundieron las críticas a la Ley en el seno de los médicos generalistas. El Congreso de Psiquiatría convocado por la APSA y realizado en Mar del Plata en abril del 2012, permitió el nucleamiento de psiquiatras y médicos, esta vez en torno a un nuevo eje: la Atención Primaria de la Salud (APS). En la mesa sobre Salud Mental en Atención Primaria, donde participaran el Presidente de la Federación Argentina de Medicina General (FAMG), el Vicepresidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), el presidente del Capítulo de Salud Mental en APS de APSA y el propio Vicepresidente de APSA, se propuso la creación de un "Foro Interdisciplinario de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud", aduciendo que

> (...) la mayor parte de los problemas mentales se atienden en servicios del primer nivel. Las referencias más frecuentes hablan del 80% de los casos. La estrategia de APS en salud mental acoge problemas y desarrolla alternativas de abordaje y tratamiento que no se dan en otros niveles de atención. Sin embargo, vemos que, frecuentemente, las propuestas de modelos de atención surgen desde la perspectiva de la atención especializada del segundo y tercer nivel, las cuales no siempre son adecuadas fuera de ellos. Esta situación termina constituyendo una barrera más a la atención de las personas, en vez de construir alternativas superadoras.[96]

La reglamentación morigeró la virulencia que habían despertado ciertos artículos. Quitándole exclusividad al eufemismo de "padecimiento mental" fue incorporada la alusión a enfermedades y trastornos, en un gesto conciliatorio para con la psiquiatría que fue transversal a distintos artículos. Esto permitió frenar en parte la resistencia, pese a que no modificaba el sesgo de la norma hacia la problemática de la internación, y el consiguiente descuido hacia las situaciones vinculadas con la atención ambulatoria.

Sólo en casos aislados algunos psicólogos hicieron públicos señalamientos que implicaban salirse de la opción dual por aceptar o rechazar la normativa. Pero estos argumentos, discontinuando la definición de situación que presentaba al debate en términos antagónicos, no lograron traspasar la malla de visibilidad y fueron mayormente desconsiderados. Entre esta suerte de terceras posiciones, podemos mencionar el señalamiento de aspectos de índole poblacional relevantes para la propia ejecución y monitoreo de la Ley[97]; el modo en que la imprecisión de algunos conceptos centrales comprometía la viabilidad de la Ley[98]; y el riesgo que implicaba proponer el reemplazo de los hospitales públicos especializados en un contexto donde se venían realizando altas compulsivas a fin de tercerizar la asistencia

[96] En el blog del Capítulo de Salud Mental en APS de APSA, http://saludmentalaps.blogspot.com.ar/2012/07/normal-0-21-false-false-false.html

[97] Revista Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, Vol.1 Nº1.

[98] Entre ellos, el de "efector monovalente" y "adicciones", como así las agencias habilitadas para integrar el órgano de revisión. Estos argumentos fueron sostenidos desde la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, y pueden consulgarse en http://www.psicologos.org.ar

neuropsiquiátrica.[99]

No sólo la defensa de intereses corporativos emergía en el rechazo de quienes denostan la normativa. Lo que el presidente de la AMM vilipendiara afirmando que se trataba de una *ley [que] está hecha para la biblioteca de los políticos*, remitía a problemas de diseño presentes en la norma en tanto no consideraban la dimensión de la capacidad estatal. En tal sentido, un representante de aquella Asociación afirmaba que

> Esta es una ley que parece muy progresista pero es muy reaccionaria, intenta hacer ver que el poder médico hegemónico es la traba de cualquier cambio en el sistema de salud, con concepciones muy negativas hacia el trabajo médico. Y en realidad, lo que queda claro es que el médico termina siendo un chivo expiatorio de la ineficiencia de los diferentes gobiernos que no pueden resolver los problemas sanitarios de nuestro país.[100]

Pero la inviabilidad no sólo fue leída como una falta de atención al carácter concreto del Estado, sino también como una deficiente mirada hacia lo social, en tanto tampoco ofrece garantías alternativas a las instituciones totales -ni de inserción productiva ni de integración social.

1.6. La "salud mental" como problema ¿sin solución?

A la singularidad de los actores intervinientes y la dimensión cognitiva se agregan dimensiones de índole material que es necesario indagar en cada circunstancia. Entre ellas, la consideración de la naturaleza específica de cada problema (Sabatier y Mazmanian, 1993) y el análisis de las estructuras de decisión o modos de intervención de los distintos actores -que implican mecanismos tanto formales como informales, resolviéndolos en un modo de articulación siempre diferente (Helmke y Levitsky, 2006; Jordana, 2007; Surel, 2007).

El modo en que ciertos contenidos quedaron asimilados con la "salud mental" no implicó la necesaria estilización que sufre todo problema complejo al intentar abordarlo a través de una política pública. Detenernos brevemente en estas particularidades nos conduce a observar ciertas concepciones instaladas respecto de los marcos formales. Estas interpretaciones, en íntima vinculación para con el accionar respectivo, resultan ilustrativas del carácter concreto de las dinámicas institucionales -al tiempo que contrastan con las consideraciones apriorísticas sobre el rol de lo estatal.

---

[99] En el Artículo "Buenos Aires no es Trieste", Diario Página 12 del 9 de febrero del 2012, firmado por un psicólogo proveniente del trotskismo, ex-presidente del Centro de Estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

[100] En el resumen de las Primeras Jornadas Interdisciplinarias: Salud Mental y Derecho, organizadas por la AMM -disponible en http://www.medmun.org.ar

Sabatier y Mazmanian (1993) afirman que algunos programas nacen predeterminados a lograr resultados muy pobres debido a la intratabilidad de los problemas o a la incapacidad legislativa para estructurar coherentemente el proceso de implementación. Sin embargo, mientras que aquellos autores dan por supuesto el carácter indeseable de aquella intratabilidad, entre los resortes cognitivos que acompañaron la agenda pública en torno de la sanción de la 26.657 esta misma anticipación de resultados no se convirtió en un obstáculo sino que, por el contrario, operó como si se tratara de su misma fortaleza.

La literatura sobre políticas públicas ubica, grosso modo, dos grandes motivos de inviabilidad. Por un lado, a las deficiencias de diseño -entre ellas, una inadecuada teoría causal- y al grado de adecuación entre aquel y las capacidades estatales existentes (Sabatier y Mazmanian, 1993). Por otro lado, a la magnitud del cambio requerido y el grado de consenso en torno de las metas por parte de los participantes en el proceso de implementación (Van Meter y Van Horn, 1993).[101] Curiosamente, la defensa de la 26.657 presentada en la agenda pública hizo de aquellas falencias un argumento para su promoción. La inviabilidad fue tomada como indicativa de su adecuación.

Los defensores de la nueva ley tendieron a considerar que una ley difícil de poner en práctica posee la virtud de forzar las contradicciones existentes en un determinado régimen, convirtiéndose así en resorte dinamizador de la historia. De esta manera, se trataría de dinamizar el que la sociedad -entendida como un colectivo- "arranque" al Estado lo que es justo, quedando como deber suyo -de la sociedad- el seguimiento y la denuncia en aras de que aquel cumpla.[102] Dado que el marco de intelección de quienes apoyaron la Ley incluía críticas al capitalismo y al neoliberalismo, la poca aplicabilidad se consideraba en un punto esperable en tanto estaría determinada por las correlaciones de fuerza propias de aquel contexto histórico. Este era el sustrato sobre el cual la defensa de la 26.657 se eslabonaba con la de la 488, señalando que era esta una ley vigente hace años pero que no había llegado a aplicarse sin que esto fuera en su desmedro sino que, al contrario, permitiera sumar adhesiones a la movilización.

[101] Los cambios graduales acumulativos tienen mayor posibilidad de producir respuestas positivas que los cambios drásticos; la implementación a su vez tendrá más éxito cuando el consenso en torno a las metas y estrategias sea alto (Van Meter y Van Horn, 1993). Resulta llamativo el hecho de que la falta de consensos sociales para garantizar la aplicabilidad de la propuesta ha sido frecuentemente entendido como un sesgo tecnocrático (Aguilar Villanueva, 1993) mientras que en este caso remite a la propia propuesta de los colectivos sociales movilizados.

[102] Esta perspectiva está presente tanto en los distintos artículos del diario Página 12, en diversos profesionales y referentes que escriben en la Revista Topía, como en entrevistas dadas por quien fue conocido como redactor de la nueva normativa, el ex-diputado Leonardo Gorbacz.

Conclusiones preliminares

Bourdieu (1990; 1997; 2001) señala que desde el momento en que un aspecto de lo existente se consagra como punto de vista oficial, configura un campo de posiciones e intereses en el que las pujas históricas se cristalizan. En consecuencia, comienza a presentarse con todas las apariencias de lo real.

Hemos entendido que al adherir a una perspectiva de derechos se movilizan una serie de definiciones previas -ratificando con ello los términos planteados por los actores que históricamente han tomado parte en la institucionalización de ciertas respuestas. En consecuencia, quien tome por objeto a aquel productor y reproductor de categorías de percepción y apreciación por excelencia que es el Estado, puede encontrar una fertilidad peculiar al realizar una operación en sentido contrario.

Consecuentes con este enfoque, hemos comenzado una operación de ruptura con el fin de problematizar la malla de visibilidad conformada en nuestro contexto en torno del constructo "salud mental".

Hemos descripto y analizado la red de política pública tejida en torno de la definición de la salud mental como un problema de agenda. A través de la enumeración de los actores que participaron de la escena hemos mostrado la configuración de un determinado referencial que permitió ganar la legitimidad suficiente como para plasmarse en los marcos formales. Junto con aquella, el modo en que se fue delineando en la agenda pública un asunto político y un problema social cuyo punto central refería a las internaciones psiquiátricas. Si la carrera inicial de la "salud mental" como problema de orden público ya prefiguraba su preeminencia, aquella definición se fue reforzando a medida que las respuestas se iban institucionalizando. La solución propuesta finalmente logró la sanción oficial, consagrándose como política de Estado a través de la Ley 26.657. La defensa de aquella normativa apareció amalgamada con la defensa de los Derechos Humanos. Esta equivalencia jugaría un rol central en la cristalización de los términos con los que se había definido a la "salud mental". De modo simultáneo, en la estabilización de una serie de supuestos acerca del rol del Estado.

Realizar aquel recorrido nos permite dar cuenta del proceso histórico y social -y por tanto, contingente- a través del cual el marco formal sobre salud mental asumió ciertos contenidos específicos fruto de una particular operación de recorte y acentuación de lo existente. A través de aquel proceso, ciertos aspectos y realidades resultaron seleccionados como significativos. Junto con cierto derecho, se había ido configurando un particular revés.

Nuestra operación de ruptura nos permite vigilar las prenociones asociadas con las definiciones sociales y estatales del problema. Pero además, en sintonía con nuestro problema

de investigación, nos permite en el mismo gesto desustancializar al Estado, evitando suponerle un rol idéntico al atribuido por la política pública.

Sin embargo, el surgimiento de un determinado problema social y político no agota la explicación respecto de su cristalización. ¿Por qué los términos iniciales con que apareció planteado aquel problema no fueron conmovidos? ¿Qué factores estructurales determinarían que el énfasis progresivo en la problemática del encierro resultara estabilizado? ¿Por qué una serie de actores se sintieron compelidos a participar en este debate, revigorizando la malla de visibilidad? ¿Qué situaciones coyunturales resultaron determinantes de la conformación de alianzas y rivalidades? Nuestro próximo Capítulo surge en respuesta a estos interrogantes.

-Capítulo 2-

La agenda político-electoral y la cristalización de una definición

Introducción

Toda definición pública de un problema social implica una operación de recorte y acentuación. Una operación contraria, de ruptura, previene de traspolar aquellas formulaciones en el marco de un abordaje investigativo.

En aras de analizar la malla de visibilidad conformada en torno de la "salud mental" como problema social, no haremos distingos entre las dimensiones políticas y públicas de la agenda. Por el contrario, situarnos en el nudo común de ambas dimensiones nos permitirá comprender por qué las pugnas históricas tomaron como tópico central al manicomio. Junto con lo anterior, por qué el encierro como cuestión fue estabilizado de tal suerte que los argumentos que cuestionaban su centralidad cayeron por fuera de la malla de visibilidad pública.

Siendo que toda política pública implica una erogación de recursos materiales y simbólicos, tomar en consideración la esfera de lo electoral nos permite acercarnos a los modos concretos en que aquellos son disputados. Es que lo electoral resulta constitutivo de las agendas, y de que quienes pugnan por ganar posiciones al interior de la maquinaria estatal retomen las cuestiones sobre las que ella plantea que es necesario pronunciarse -contribuyendo así a reproducirlo (Cobb y Elder, 1983). En consecuencia, resulta determinante en la configuración de mallas de visibilidad.

Detenernos brevemente en lo electoral nos remite a las implicancias de escala derivadas de tomar a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) como escenario.[103] En primer lugar, porque la cantidad de población que diariamente circula por ella (Pirez, 2004), la vuelve jurisdicción clave en términos de votantes a nivel nacional. En segundo lugar, por el alto peso simbólico de lo que sucede en esta urbe (Gorelik, 2004), y su gravitación en los horizontes de lo posible y lo pensable que se configuran a lo largo del país. En tercer lugar, porque su carácter de sede de las autoridades nacionales lleva a que en el marco de su territorio convivan e interactúen actores que responden a dos jurisdicciones distintas. Discursos y acciones de los distintos niveles de gobierno responden a actores políticos y sociales de una u otra, muchas veces de modo indistinto. Como resultado de lo anterior, esta ciudad resulta clave de la construcción y el fortalecimiento de alternativas políticas.

La agenda nacional se gesta en gran medida teniendo a la CABA como contexto, como sede y

[103] Entendemos por escala a aquellos niveles de agregación producidos socialmente en los que operan distintos procesos estructurantes que organizan la vida política, económica y social (Gutiérrez Puebla, 2001).

como referencia. En consecuencia, la configuración de aquellos problemas que se propongan como prioritarios cobra matices peculiares en contextos donde los ejecutivos de aquellos dos ámbitos se encuentran en manos de fuerzas políticas definidas como antagónicas. La cristalización del encierro como problema social tuvo lugar en una coyuntura histórica donde el escenario político fue definido como dual, y las gestiones nacional y local estaban a cargo de las fuerzas rivales. Siendo que la estructuración del campo político reconoce como uno de sus ejes centrales a la ubicación de las fuerzas en competencia en términos de oficialistas y opositores (Lagroye, 1994), la necesidad política de presentarse como alternativas recíprocamente resultó determinante de la coagulación de sentidos.

En este Capítulo analizaremos sucintamente el contexto político-electoral reciente, argumentando que es aquel el que permite explicar la cristalización de una definición particular sobre el problema de la Salud Mental. Historizaremos el planteo de una polarización política y el modo en que aquella se escenificó en la CABA. Describiremos acciones y significados que fueron sedimentándose en la convicción de que adherir a la nueva normativa nacional en salud mental equivalía a rechazar la gestión local. Merced a aquel marco y bajo la convicción de que estaban en juego dos orientaciones contrapuestas respecto del rol del Estado -argumentaremos- la "salud mental" entraba vigorosamente en agenda, cristalizándose la definición del encierro como problema social.

2.1. La construcción del escenario político como dual

Gutiérrez Puebla (2001) postula que los actores sociales crean escalas con sus actividades, en su cooperación y en su competencia, al referir a distintos niveles espaciales. Si bien tal creación no se produce *ex nihilo* sino condicionada por el accionar pasado, las escalas poseen un peso cambiante a lo largo del tiempo. Junto con lo anterior, debe considerarse que las escalas no son compartimentos estancos sino niveles en constante interacción. Vale decir que los procesos reales se juegan simultáneamente en distintas escalas, que se entrecruzan de distintos modos. Analizar esa dinámica es parte fundamental de las implicancias de escala en las dinámicas socio-históricas.[104]

[104] De lo anterior se desprenden consecuencias epistemológicas, en tanto todo análisis adopta de modo implícito o explícito una determinada escala. Fundamentalmente en contextos como los actuales, la adopción simultánea de distintas escalas resulta clave para comprender la realidad en toda su complejidad, puesto que cada contextualización permite establecer distintas relaciones. Al cambiar de escala los elementos pueden coincidir, pero cambian las relaciones entre ellos y el modo en que se destaca el papel que juegan algunos. Cuando un hecho es visto desde distintas escalas simultáneamente, emergen a la consideración una multiplicidad de conflictos verticales y horizontales que enriquecen los análisis, volviéndolos asimismo más realistas. (Gutiérrez Puebla, 2001).

Las temáticas presentes en las campañas políticas, así como la configuración de las preferencias del votante, implican habitualmente una imbricación de referencias a los distintos niveles de gobierno. Esta dinámica cobró un matiz novedoso desde la autonomización de la Ciudad, puesto que la definición de frentes y listas en el seno del distrito porteño comenzó a forjarse en constante interacción con la coyuntura nacional (Mattina, 2009).

La relación entre la Nación y la Ciudad de Buenos Aires ha poseído improntas diferenciales a lo largo del tiempo. La autonomía político-administrativa que la Ciudad obtuvo a partir de la década de 1990[105] coincidió con los procesos de descentralización administrativo-política propiciada por el gobierno de Carlos Menem.[106] Se reconfiguraba así por distintas vías la relación del espacio físico de la Ciudad para con las escalas socialmente producidas, y distintas agencias pertenecientes al nivel nacional eran descentralizadas hacia la órbita de la Ciudad -entre aquellas, la mayor parte de los establecimientos de salud.[107] Siendo que Argentina es, posiblemente, el país en el que se han producido durante los años ´90 las transformaciones más radicales en la configuración, tamaño y papel del estado nacional (Oszlak, 2006), la nueva dinámica establecida entre las instancias nacional y sub-nacionales del Estado convirtió a las agencias sociales en una arena más de experimentación política. En el marco de la competencia político-electoral, el modo de gestionarlas tiende a ser interpretado como resultado de concepciones específicas respecto del rol social del Estado.

Cambiar la escala de referencia e interpelación, buscando influir en interlocutores de distintos niveles es una estrategia política fundamental. En la CABA aquella afirmación cobra una gravitación singular, y permite comprender cabalmente la cristalización de la problemática del encierro como cuestión social. Dirimidas en el territorio de la Ciudad, las disputas en torno de la Ley de Salud Mental se imbricaron con el antagonismo político que se iba gestando. La referencia cruzada entre jurisdicciones resultó central en la utilización de una estrategia discursiva que toma la figura dicotómica modelo-antimodelo. Bajo esta figura se fue incitando a quienes adherían a concepciones intervenciones del Estado en lo social a apoyar al

[105] La Ciudad de Buenos Aires es ciudad capital desde la Ley 1029 de 1880. En el año 1882, La Ley Nº 1260 "de organización de la Municipalidad de la Capital de la república" había otorgado al Presidente de la Nación la facultad de designar al titular del ejecutivo municipal. Recién a partir de la reforma de 1994 es que se ha vuelto un distrito político comparable a las provincias. Desde entonces se alternarían en el gobierno Fernando De la Rúa (entre 1996 y 1999), a quien luego de haberse consagrado en las elecciones nacionales como Presidente sucediera Enrique Olivera a fin de complementar su gestión hasta el año 2000; y Anibal Ibarra, entre el 2000 y el 2003 como parte de su primera gestión y hasta al 2006 por motivo de su reelección. En aquel año asumió Jorge Telerman para finalizar el mandato, habiéndosele iniciado a primero un juicio político luego de la denominada "tragedia de Cromagnon" (véase nota 284).

[106] Quien gobernara el país entre los años 1989 y 1999.

[107] Cabe advertir que Gutiérrez Puebla (2001) ubica en estas modificaciones de escala el debilitamiento estatal correspondiente a las dinámicas globalizadoras.

gobierno nacional, intentando con ello captar el voto antimacrista. La polarización resultante tuvo como elemento central el aglutinamiento de quienes se autodefinían como "progresistas" -en lugar de "kirchneristas" (Mattina, 2009).

2.1.1. La historia reciente del kirchnerismo

Néstor Kirchner había asumido en 2003 el Gobierno Nacional en una coyuntura de alta conflictividad social y con un discurso refundacional. Bajo la intención de presentarse como quiebre rotundo respecto del pasado inmediato, su gestión buscó un contraste entre sus propias iniciativas y el neoliberalismo. El núcleo central de su retórica giró en torno de la presencia estatal en detrimento de -o como contralor del- libre mercado (Perelmiter, 2012). Erigiéndose como una alternativa ante las medidas del Consenso de Washington y estableciendo así una relación estratégica para con lo definido como enemigo, el kirchnerismo incorporó además la referencia postdictatorial al accionar autoritario como parte de aquel cúmulo de orientaciones a las que se oponía.

Intentando capitalizar su aparición inicial al autoproclamarse heredero de las jornadas de diciembre del 2001[108], Néstor Kirchner volvió a colocar significantes como la igualdad, la redistribución y la inclusión en la agenda política. Buscando así ubicarse a la izquierda del espectro político existente, al tiempo que se aliaba con líderes de otros países del continente en idéntica búsqueda comenzaba a incorporar en su gestión actores extra-partidarios, fundamentalmente movimientos sociales, como componente habitual de su accionar político-estatal (Arditi, 2009).

Aquella misma herencia que había permitido a Néstor Kirchner construir una imagen pública como líder movimientista orientado hacia la izquierda, había también provocado que el sistema de partidos en la CABA atravesara por un patrón de colapso (Bril Mascarenhas, 2007). Situación que apresuró el lanzamiento de un nuevo líder en el ámbito local. Así, mientras el kirchnerismo se iba configurando como un movimiento de mayorías a nivel nacional, la CABA estaba siendo epicentro de una fuerza política de signo distinto que crecía apresuradamente. Si bien llevaría algunos años que la competencia entre ambos se delineara como dual, desde el momento en que el macrismo comenzó a ganar adeptos en la CABA los seguidores del gobierno nacional buscaron posicionarse como principales rivales suyos.

[108] Para algunos, crisis multidimensionales, para otros "Argentinazo", el estallido social del 19 y 20 de diciembre del 2001 marcó un punto de inflexión para la política nacional fundamentalmente debido a la masividad de la protesta. Enarbolada bajo la consigna "Que se vayan todos", el sentido de la movilización difiere según las distintas interpretaciones pero coincidió en el tiempo con la emergencia de nuevos movimientos sociales -como los "piqueteros", las "fábricas recuperadas" y las "asambleas barriales".

2.1.2. La CABA y el ascenso del macrismo

Hacia finales del 2001 se había comenzado a reunir el grupo que se convertiría en el núcleo fundador del PRO en la Fundación que por entonces presidía el empresario Mauricio Macri. Heredero de uno de los más importantes grupos empresarios de la Argentina y gozando de cierta popularidad por su carácter de presidente de uno de los principales clubes de fútbol nacional, a fines de 2002 este ingeniero se presentó públicamente para la candidatura de Jefe de Gobierno de la Ciudad (Vommaro, 2012). Utilizando como principal argamasa el liderazgo exitoso, y habiéndose trazado como meta un rápido acceso al poder municipal para lanzarse a posteriori al escenario nacional, este partido rehusaría presentarse a sí mismo en relación con el espectro político clásico, optando por definirse como *más allá de la izquierda y de la derecha*, o en otras palabras, como un partido *de gestión* (Vommaro, 2012). Pese a lo anterior, los orígenes de gran parte de sus figuras públicas despertarían desde el comienzo el recelo de los sectores políticos de izquierda.

En septiembre del año 2003 la segunda vuelta de las elecciones por la Jefatura de Gobierno porteña dejaba en el lugar de los vencidos a la fórmula de un nuevo partido, "Compromiso para el cambio", liderada por Mauricio Macri. Sin embargo, la derrota estaba lejos de ser definitiva: aquel flamante partido había logrado hacerse con el mayor caudal de votos en la primera vuelta. En mayo del 2005 Macri conformaría una nueva alianza electoral denominada Propuesta Republicana (PRO) que posibilitaba a aquella fuerza extender su accionar a la Provincia de Buenos Aires. En estos comicios parlamentarios, aquel ingeniero civil se consagraba como uno de los seis diputados, mientras el PRO ganaba la mayor parte de las bancas en la Cámara Baja para la Ciudad Autónoma, al tiempo que repetía la victoria en el ámbito de la Legislatura porteña. Dos años más tarde, tras haber obtenido mayoría en la primera vuelta, sería finalmente suya la Jefatura de Gobierno luego del ballotage.[109] El 10 de diciembre asumía ese cargo -el mismo día que Cristina Fernández de Kirchner asumía la Presidencia de la República.

Mientras el kirchnerismo intentaba recomponerse luego del conflicto con el sector agrario, el PRO resultaba el partido con mayor cúmulo de votos en la CABA en las elecciones nacionales del 2009, mientras su candidato aliado en la Provincia de Buenos Aires derrotaba al propio Néstor Kirchner. En ese mismo año, el macrismo se convertía en primera fuerza dentro de la Legislatura porteña -órgano de gobierno donde el kirchnerismo pasaba a ocupar el cuarto

[109] Legislada en la reforma constitucional de 1994, la segunda vuelta electoral o "ballotage" tiene lugar entre las dos listas mayoritarias cuando ninguno de los candidatos obtiene más de la mitad de los votos.

lugar. Así, ante el sentido plebiscitario que el ex-presidente se había esforzado por atribuirle a los comicios -principalmente debido a su carácter unificado- kirchnerismo y macrismo aparecían simbólicamente como polos antagónicos (Mattina, 2009).

Reconocido como partido político nacional en el 2010, el PRO se iría consolidando al obtener bancas legislativas en seis distintas provincias durante el 2011. Año este último durante el cual, en el territorio de la CABA, Mauricio Macri se enfrentaba nuevamente a un ballotage con idéntico contrincante y resultaba -otra vez- vencedor.

2.2. El neoliberalismo empírico del macrismo: el sector salud

La salud mental como arena de los antagonismos político-electorales iba a enfrentar discursos de un lado con acciones del otro. Sumado a lo anterior, y en tanto elemento de transición entre niveles, la Ley 448 reaparecería en la escena de debate público con un vigor renovado.

La disputa entre los gobiernos nacional y local aparecía como dirimiendo un proyecto de Estado, una concepción respecto de lo público. Se presentaba como una rivalidad excluyente entre dos proyectos diametralmente opuestos -uno, bajo una orientación social y redistributiva; el otro orientado a la asunción de riesgos e inversiones públicas para beneficio del sector privado; uno inclinado hacia la calidad de la ciudadanía; el otro, regido por la lógica empresarial de la ganancia. En este escenario, los distintos actores políticos y sociales tendían a realinearse de modo casi automático.

Como dinámica de esta disputa, todo aquello que pudiere resultar disruptivo para este dualismo caía por fuera de los principales debates. Cuando no, para peor suerte, terminaba siendo reabsorbido por uno de los polos. En tal contexto, el referencial de los derechos humanos -tópico por excelencia del progresismo- fue apareciendo como patrimonio del kirchnerismo.

Se ha señalado que la neoliberalización, en tanto proceso atinente a la implantación de medidas favorables a los mercados financieros, tiene un carácter más pragmático que ideológico (Harvey, 2007). En el caso que nos ocupa debemos decir que el partido gobernante en la Ciudad, alineado con los proyectos neoliberales, ha dado cuenta de su perfil mucho más a través de su accionar que de sus discursos. Para comprender cómo el macrismo jugó su rol en la agenda política resulta necesario referir brevemente a algunos conflictos del sector salud que concitaron atención pública -a través de los cuales quienes resistieron las medidas oficiales fueron denunciando la orientación política que permanecía implícita.

2.2.1. El sistema público de salud y el rol del Estado según Mauricio Macri

El sector sanitario protagonizó una serie de conflictos durante el gobierno de Macri. Sin detenernos en ellos más que para sugerir cómo contribuyeron a configurar un cierto clima en este sector, pueden enumerarse algunas situaciones en las cuales se dejó traslucir un modelo de gestión que despertaría fuertes resistencias entre muchos de los vinculados con el sector público. Sea en tanto trabajadores o por perspectiva ideológica, quienes defendían la presencia social del Estado rápidamente respondieron ante aquellos hechos ubicándose como antagonistas al macrismo. Respondiendo a la operatoria macrista con una retórica de oposición, de modo más o menos inmediato y al calor de la polarización política, tendieron a deslizar este antagonismo hacia un apoyo al gobierno nacional.

Gorelik (2004) ha analizado que los Jefes de Gobierno anteriores habían construido su legitimidad en base a un discurso que defendía las intervenciones sociales. Pero que, pese a ello, su accionar al respecto había sido más bien errático, así como carente de la visión global necesaria para concretar sus propuestas.[110] Esta divergencia entre los postulados y el modo de gestionar lo estatal sería condición de posibilidad y punto de partida del macrismo. Ahora bien, en tanto no debería soslayarse cierta continuidad en su manejo de lo público, a aquello que inicialmente había ubicado al PRO -pese a lo manifestado por sus integrantes- como un partido de derecha, se le sobreimprimió el carácter marcadamente precario de lo ofrecido por las áreas sociales de su gobierno. Profundizando aun más el abandono de los sectores sociales más vulnerables, sus intervenciones fueron denunciadas por sus opositores como una discontinuidad de nuevo cuño dentro del accionar benefactor del sector público municipal.

Mirada con recelo por su impronta empresarialista, la gestión de Macri se había iniciado designando a hombres y mujeres vinculados al sector privado de la salud en puestos clave.[111] Pocos días habían pasado desde su asunción cuando el Ministro de Salud anunciaba que en

[110] Anteriormente, los programas sociales se habían ido gestando de manera desarticulada, guiados por una lógica distinta a la del mediano o largo plazo, sin diagnósticos fehacientes ni planificaciones formalizadas, donde tanto la evaluación como la capacitación quedaban a merced de las voluntades individuales. En tal contexto, las leyes se convirtieron más en una declaración de deseos que una herramienta de cambio (Cravino, 2010). Pese a la profusión de marcas narrativas, sería poco lo que se habría avanzado en la órbita de lo social. La escasez de recursos asignados habrían hecho que las gestiones anteriores sostuvieran una mano izquierda del Estado en base a la lógica de legitimación de sus discursos pero sin demasiados correlatos empíricos (Gorelik, 2004). El progresismo ha tendido así a defender gestiones que si bien no se basaban en discursos neoliberales, no oponían otros modelos de ciudad ni aportaban a otra dimensión temporal, sino que buscando el impacto mediático como criterio, basaban sus propuestas en medidas de educación, cultura y derechos humanos que por lo general quedaban limitadas a la voluntad puntual de los funcionarios (Gorelik, 2006).

[111] Cuenya y Corral (2011) han definido al empresarialismo como aquel comportamiento estatal orientado hacia el sector privado, mediante el cual se transfieren recursos desde el Estado hacia el mercado al tiempo que se reduce la capacidad estatal para regular esos procesos. Esto incluye la asunción de riesgos por parte del sector público en actividades regidas por la lógica empresarial -es decir, actividades cuya ejecución y diseño son de corte especulativo- y va en detrimento de acciones vinculadas al desarrollo racionalmente planificado y a la calidad de la ciudadanía.

los efectores porteños se priorizaría la atención de los habitantes de la Ciudad frente a los del conurbano. Si bien parte de las medidas en tal sentido representaban la continuación de planes anteriores -como el "Plan médicos de cabecera", ahora denominado "Cobertura Porteña"- el rechazo suscitado llevó a desandar la propuesta. Partiendo aguas, esta intención que por un lado supo concitar un amplio apoyo amplio, contribuyó por otro a delinear con mayor precisión, por parte de sus opositores, al partido de gobierno como proveniente de la derecha política.

Macri había aparecido desde su llegada como el polo antagónico a "la Salud Pública, gratuita, solidaria, estatal, equitativa y universal en la C.A.B.A" puesto que se descontaba que su gestión iba a propugnar el achicamiento del gasto público.[112] Sin embargo, mientras avanzaba en su gestión fue mostrando que el desfinanciamiento del sector no se derivaba de aquello sino, en primer lugar, de la subejecución presupuestaria. Y en segundo lugar, de los ítems priorizados para el gasto así como de las modalidades de realizarlo. Ejemplificando esto último, mencionaremos que parte del presupuesto se orientó hacia obras de mejoramiento de la imagen -que además posibilitaban remitir recursos al sector privado de la construcción. Tras esta estetización, la falta de mantenimiento y el deterioro concomitante llegó a manifestarse de modo ostensivo, principalmente a raíz de una serie de incendios e inundaciones. De modo simultáneo, al centralizar el sistema de compra de medicamentos e insumos, con el argumento de disminuir los costos se habían ocasionado serias dificultades en la distribución.

El déficit afectó también a los recursos humanos. En un contexto de demanda siempre creciente al subsector público de salud, la falta de nombramientos llevó a una escasez de personal, tanto en lo que a profesionales respecto como al escalafón general.[113] Esto derivaría, con el correr del tiempo, en la pérdida de camas hospitalarias e incluso en el cierre de salas.

Otras medidas, como la re-territorialización de los establecimientos en cuatro zonas geográficas, o el recorte de "módulos" de horas extras que financiaban gran parte de las actividades profesionales, provocaron gran sensibilización entre los trabajadores. Entre ellos, más allá de las medidas concretamente tomadas, la desinformación reinante -si bien nada novedosa en el sector-, se fue convirtiendo en santo y seña de la gestión.

Otros conflictos, externos al sector pero que se corporizaron en él, pusieron a los

[112] Enunciado extraído de la convocatoria del "Frente de Trabajadores de Salud de la Kba" del 23 de junio de 2011, circulada por correo electrónico.

[113] El cual incluye a técnicos, administrativos y personal de maestranza

establecimientos de salud más de una vez en la tapa de los diarios.[114] Siendo lo denominado como "inseguridad" tema constante de agenda, no dejó de hilvanarse en algunos puntos para con la salud, tema intermitente en términos de aparición pública.[115] Vale mencionar que el rótulo de "inseguridad" supo englobar actos de vandalismo y de violencia de distinta índole. Se incluyeron, así, tanto robos sufridos por profesionales, o agresiones entre sujetos que esperaban ser atendidos, reacciones violentas por parte de usuarios de drogas, como las agresiones sufridas por profesionales a manos de pacientes -debidas a su desempeño o, según quien definiera el problema, a fallas de la organización sanitaria. También, la reticencia de las ambulancias respecto de entrar en asentamientos informales -como las "villas miseria".[116] Sea cual fuere el caso, el significante "seguridad" -caro a los partidos alineados a la derecha del espectro político- reforzaba aún más la estela que el macrismo arrojaba tras de sí.

2.2.1.1. Macri y la Salud Mental

La primera acción concreta de la gestión de Macri hacia el área de salud mental había sido en enero del 2008. Consistió en la modificación de la estructura organizativa del Ministerio de Salud de la Ciudad, retornando a un organigrama anterior: la Dirección General de Salud Mental volvía a ser una Dirección Adjunta. Pero esto no retrotraía la situación a un estadío anterior: en esta ocasión, el área pasaba a depender de la nueva Dirección General de Redes y Programas de Salud. Lo cual implicaba que era esta última la que quedaba con la misión de delinear y fijar las políticas mientras aquella primera quedaba en calidad de asistente y ejecutora. De este modo, quedaban bajo su égida únicamente los cuatro hospitales monovalentes y los dos Centros de Salud Mental.[117]

---

[114] Se advierte al lector el interés del breve señalamiento que sigue a continuación en tanto en el Capítulo Nueve la "inseguridad" será uno de los aspectos fundamentales.

[115] Alegando de manera poco explícita tales motivos, en varios establecimientos se colocaron cámaras de filmación. En momentos donde esto coincidió con la instalación de cámaras en escuelas pertenecientes al GCABA, y el debate público generado al respecto, varios profesionales entendieron que la intención tras esta medida era vigilar el accionar del propio personal de salud. Cabe mencionar que antecedentes del propio Macri, como el estar procesado por escuchas ilegales, junto con decisiones políticas suyas, como la designación en puestos de máxima responsabilidad de personas con actuación comprobada en la última dictadura militar -o bien, el intento de designación, frenado por reclamos populares-, contribuían a dar forma a este tipo de lecturas.

[116] Se denomina en Argentina "villa miseria" o "villa de emergencia" a aquellos asentamientos precarios surgidos a raíz de las migraciones internas de poblaciones sin acceso al mercado formal de suelo y vivienda, cuyas unidades funcionales son materializadas mediante la autoconstrucción y cuya trama urbana -caracterizada por la irregularidad- es reflejo de una superposición de prácticas individuales diferidas en el tiempo (Clichevsky, 2003).

[117] Nos referimos a los Hospitales Neuropsiquiátricos "José T. Borda" -de hombres-, "Carolina Tobar García", -infanto juvenil- "Braulio A.Moyano" -de mujeres- y "Torcuato de Alvear" -de emergencias psiquiátricas; a los Centros de Salud Mental (CSM) Nº1 "Hugo Rosarios" y Nº3 "Florentino Ameghino" -ambos monovalentes y ambulatorios. Esto incluye a los Talleres Protegidos, dependientes del Hospital Borda. Respecto del CSM Nº3, la situación reviste cierta complejidad puesto que se trata de un traspaso reciente: este Centro de Salud Mental dependía hasta el 2009 del Hospital de Referencia de su área geográfica -el Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano". Mayores precisiones respecto de la Dirección de Salud Mental serán hechas en el Capítulo 6.

Al poco tiempo de haber asumido, el Ingeniero Macri difundió la noticia de haber presentado un plan de Salud Mental. Sin embargo, en cuanto a documento escrito, sólo existió -al menos de manera pública- una presentación en formato *power point*, presentado primero en la Academia Nacional de Medicina y luego ante la Asociación Médica Argentina (AMA), la Asociación de Médicos Municipales (AMM), la Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA) y finalmente, la Organización Panamericana de Salud (OPS). Bajo el nombre de "La Ciudad trabaja por más salud. Reforma del Modelo de Atención de la Salud Mental" se anunciaba que el sistema de Salud mental en la Ciudad respondía a un "modelo asilar ya agotado", con una "estructura edilicia obsoleta", y se proponía que "el nuevo modelo esté funcionando en un plazo de 24 meses". Pero más allá de algunos conceptos centrales que difícilmente generen desacuerdo (*"*recuperar calidad de vida, autonomía y plena vigencia de los derechos" o "priorizar la dignidad del paciente mejorando la calidad asistencial", por ejemplo), no era demasiado lo dicho respecto de qué medidas se llevarían a cabo en el área.[118] Sin la previa consulta a quien dirigía en aquel momento el área, ni tampoco su anuencia, no apareció con posterioridad ningún otro documento oficial que precisara aquel plan.

Pese a tal anuncio, al año siguiente los directores de hospitales monovalentes de Salud Mental de la Ciudad presentaron una denuncia escrita, en la que describían la precariedad del sistema de atención por ellos ofrecido. Tras ello, algunas de estas autoridades fueron desplazadas. El reagrupamiento de las fuerzas autoproclamadas como progresistas coincidieron en calificar a este proceder de autoritario.

Los actores convocados a aquella presentación en formato *power point*, por otra parte, no resultaron casuales. Delimitando con el gesto una particular base social de apoyo, ante el llamado a concurso para cubrir diferentes direcciones a nivel central y cargos de jefaturas en diferentes centros de salud, el Ministro de Salud de la Ciudad especificó que solo los médicos podían presentarse a dichos concursos. Esta medida no sólo aparecía en sí misma como injusta sino que además, para el caso de muchos de esos concursos, afectaba a puestos

[118] El Plan incluía la creación de diez nuevos centros de internación para adultos con capacidad de 48 camas, monitoreo por circuito cerrado, ventanales y aberturas con vidrios de seguridad sin rejas y espacios comunes compartidos. Además, un "centro de evaluación y derivación", hospitales de día, casas de medio camino y familias sustitutas -sistema por el cual las familias cobrarían un subsidio por ayudar con la reinserción social de los pacientes. La gestión argumentaba que de esta manera se priorizaría la dignidad de los pacientes, siendo estos atendidos "*en lugares modernos y bien equipados*". También, que la puesta en marcha del nuevo plan permitiría la incorporación de mayor cantidad de personal. Pero los opositores a la gestión denunciaron que esto entraba en contradicción con la proyección que se emanaba de la ley 448 que ya regía al sector, en tanto seguía poniendo el acento en la internación, y en tanto no se había consultado al órgano participativo que aquella había establecido -el COGESAM, al que referiremos más abajo. También, que se basaba en la tercerización del sector público; y que ya existía un plan -en referencia al diseñado anteriormente para el período 2002-2006- que seguiría en vigencia.

cubiertos de hecho. El hecho de que se impidiera la presentación a concurso para quienes estaban ya en ejecución de la tarea de conducción se acentuaba la percepción de la medida como arbitraria y discriminadora.

Entre los "no-médicos" que se encontraban ocupando cargos de hecho y quedaban fuera de la posibilidad de concursarlos, la mayoría estaba conformada por psicólogos. El veto a estos últimos se basaba en una ley que había sido dictada en el año 1967 por el gobierno de facto de Onganía.[119] Para el caso de los psicólogos, si bien se complementó aquel argumento con la mención de la normativa específica del área, la poca legitimidad de ésta entre los profesionales a los que refiere no hizo más que azuzarlos.[120] Cabe señalar que los licenciados en psicología ocupan el segundo lugar en términos cuantitativos entre los profesionales insertos en el subsistema público de salud de la Ciudad, pese a lo cual han tendido a ocupar un rol subalterno en distintos sentidos.[121] Como consecuencia, en tanto grupo profesional, son quienes han sostenido una de las mayores disputas históricas por el reconocimiento disciplinario dentro del campo sanitario.

Comenzaba de esta manera un conflicto cuya virulencia fue en aumento, vinculando a distintos actores gremiales de una y otra parte. De una parte, acusada de remover de sus filas a quienes se mostraran en disidencia, la gremial médica municipal, AMM, fue visualizada no sólo como respaldo de las medidas de la gestión macrista sino también como promotora. De la otra parte, y dando cuenta de la clave de lectura con que se percibía la situación, se conformaba un colectivo denominado "Democraticemos la Salud". Este último llegó a obtener una adhesión casi total de agrupaciones, dependencias sanitarias, organizaciones, sindicatos, sectores académicos y personalidades que caben bajo el rótulo amplio de "progresistas" en el ámbito de la salud.

El enfrentamiento adquirió nuevos bríos con la destitución del Director del Centro de Salud Mental Número 3, "Dr. Florentino Ameghino".[122] Los puntos en conflicto se iban

[119] Juan Carlos Onganía presidió la dictadura militar que duró entre los años 1966 y 1970. La Ley 17.132, "Del Régimen legal del ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares de las mismas" define a la psicología y otras disciplinas no-médicas como "auxiliares" en el campo de la salud, lo cual formaliza en un lugar subalterno. Esta ley había ido perdiendo vigencia por la existencia de leyes profesionales específicas, sin llegar a ser derogada.

[120] La Ley 23.277, "Del ejercicio de la profesión del psicólogo", en sus artículos 8 y 9 deja entender que los profesionales de la psicología no se encuentran habilitados para la conducción de servicios.

[121] Estas aserciones serán argumentadas en el capítulo siguiente.

[122] Este Centro posee una fuerte Asociación de Profesionales, que se reivindica como "hija de la democracia" -dado que fue creada en 1983- y se presenta a sí misma como actor interesado en tanto defiende su autonomía en cuanto a la gestión institucional. Entre otras actividades, esta Asociación llevaba 25 años formando internamente profesionales honorarios (concurrentes) a modo de una escuela de psicoanálisis de posgrado. Este sistema era defendido como un modo de ampliar la asistencia y la capacitación en el ámbito público. El primer conflicto surgió por el Ministro de Salud intentó recortar el número de concurrentes. La Asociación se opuso a esta medida

multiplicando en diversos establecimientos, y en cada situación quienes denunciaban irregularidades coincidían en detonar la sospecha de una connivencia entre el Gobierno de la Ciudad y la AMM. Esta gremial era históricamente cuestionada en su accionar particularista, puesto que mientras se erige como representante de los profesionales sector salud, se ocupa en realidad de defender los intereses de sus asociados en las negociaciones con los poderes públicos -quedando los profesionales "no-médicos", los profesionales en formación, y los médicos no asociados a ella por fuera de los procesos decisorios en los que se establecen sus propias condiciones de trabajo. La AMM fue acusada de brindar su complicidad para con el "desmantelamiento silencioso del sistema de salud de la ciudad*"* a cambio de la expansión y regularización de cargos médicos.[123] De hecho, llegó incluso a decirse que mientras que históricamente acostumbraba conciliar sus intereses para con los gobiernos de turno, esta vez directamente "cogobernaba".[124] Lo cual lo ubicaba como privatista, y a sus opositores como defensores de lo público

2.2.2. El "Centro Cívico": lo manicomial y un caso paradigmático

La idea de favorecer al capital inmobiliario, argumentando que sus emprendimientos derraman beneficios en zonas postergadas de la Ciudad acompañó a la gestión de Macri. Esta inquietud no nació con el macrismo, sino que su origen puede ubicarse en la década del ´90, vinculado con la apertura nacional hacia los mercados financieros. En aquel contexto político-económico había comenzado a cobrar visibilidad el hecho de que la degradación y tugurización de la parte sur de la ciudad ofrecía una gran oportunidad de negocios para los capitales gentrificadores (Prévôt Schapira, 2000; 2002; Herzer, 2008).[125] Para los sectores

---

denunciándola como una "maniobra de vaciamiento" y un "avasallamiento sobre el perfil del hospital" en función de favorecer al sector privado. La acusación de defender a la industria farmacéutica vendría también a raíz del favorecimiento de nombramientos a médicos psiquiatras en detrimento de psicólogos con larga trayectoria en la institución. En respuesta a las resistencias, el Ministro tocaría otro de los emblemas de la Asociación. Esta venía designando sus Directores por consenso. El Ministro convocó un concurso a través del cual se eligió una nueva Directora. De este concurso participaron sólo médicos -contrariando la Ley 448- por lo cual fue calificado por la Asociación de ilegal. Sumado a lo anterior, quien resultara con el cargo sería una médica sin suficientes antecedentes, vinculada a la Asociación de Médicos Municipales y que fuera antes expulsada de la Asociación. La Asociación de Profesionales se opuso por unanimidad al concurso y entre otras medidas interpuso un recurso de amparo. El conflicto tuvo uno de sus momentos más virulentos cuando la nueva Directora intentó ingresar a la institución pese a que los profesionales realizaban una "sentada", debiendo pisarlos literalmente. El antiguo Director fue cesanteado, acusado de haber impedido el traspaso arrogándose facultades que no le eran propias. Finalmente, seguiría en su cargo hasta noviembre del 2010.

[123] Carta abierta del sanitarista Mario Rovere.

[124] Editorial de la Revista Topía, noviembre 2010.

[125] Se denomina "gentrificación" a aquellos procesos que tienen lugar cuando sectores con cierto poder adquisitivo encuentran en áreas degradadas de la ciudad una oportunidad de revalorizar su capital invirtiendo en propiedades o bien una ventaja comparativa para instalar allí su vivienda, desplazando en consecuencia a población pobre o empobrecida hacia hábitats de mayor degradación o informales (Prévôt Schapira, 2000 y 2002; Herzer, 2008).

ubicados hacia la izquierda del espectro político, éstas traslucen una orientación sesgada, que prioriza la apropiación privada de beneficios por sobre la calidad de vida de las poblaciones vulnerables -las cuales con frecuencia deben ser desalojadas a tales fines (Pírez, 2004). En otros términos: este tipo de propuestas tiende a ser criticada como neoliberal, al tiempo que entendida como contraria a la presencia social del Estado. En tanto Mauricio Macri era definido como representante de los intereses privados, su alianza con los capitales inmobiliarios fue denunciada por sus detractores como característica nodal de la gestión.

Por distintos motivos históricos los establecimientos monovalentes de salud tienden a concentrarse en la zona sur de la ciudad. Durante la primera gestión de Macri existieron una serie de declaraciones vagas respecto de una potencial fusión de establecimientos en aras de dejar terrenos vacantes, referidos por un lado al extenso terreno que alberga al Instituto Malbrán y el Hospital Muñiz, y por otro lado al predio que actualmente pertenece al Hospital Udaondo. Ante estas confusas iniciativas, la presunción de un negociado inmobiliario y un "plan de vaciamiento" aparecieron como términos de un continuo para los opositores al macrismo. Sin embargo este intento, en principio no concretado, careció de la resonancia que adquiriría otro proyecto en tierras cercanas cuya realidad fue mucho más allá de un simple enunciado, mostrando no sólo la orientación del macrismo sino también su peculiar modo de acción.

Lo que se dio a conocer bajo el nombre de "Centro Cívico" fue un proyecto para el cual el gobierno anunció destinar la cifra de doscientos ochenta millones de pesos. Esta iniciativa consistía en la instalación de la sede del Poder Ejecutivo y dos Ministerios en terrenos ocupados por efectores de salud mental en el barrio de Barracas. Si bien en un principio se dijo que esto sería en terrenos del Hospital Borda, distintos avances del proyecto fueron mostrando que en realidad la superficie considerada era bastante más amplia.[126]

La carencia de información oficial o unívoca fue parte sustantiva de este conflicto. De modo paralelo a la propuesta presentada en la Academia Nacional de Medicina que hemos referido arriba, había aparecido en los principales medios gráficos un llamado a licitación para el "Proyecto y precio para la construcción de nuevos recursos físicos para la atención de la salud mental".[127] A través de una resolución ministerial, el gobierno de la CABA habilitó la

[126] Estas 37 hectáreas, sobre las cuales también se ha planteado que no podrían ser utilizadas para otros fines en el marco de lo legal puesto que se trata de una donación, presentan una continuidad geográfica con el desarrollo del sector sur de la Ciudad liderado por la Corporación público-privada "Buenos Aires Sur". Uno de los conceptos centrales de tales emprendimientos es la realización de obras públicas en aras de revalorizar los terrenos aledaños, traccionando la inversión privada en esas zonas como mecanismo de desarrollo urbano.

[127] Publicado en el Boletín Oficial como Resolución N° 377 – MDUGC/08: aprobación de pliegos y llamado a Licitación Pública Nº925/08. Según allí se manifestaba, este proyecto comprendía la construcción de siete

contratación de clínicas privadas para internaciones prolongadas.[128] Ningún otro dato respecto de esta tercerización trascendió públicamente. De modo paralelo, mientras el viceministro de salud hacía declaraciones públicas de que no se preveía el cierre de los hospitales Borda y del Moyano, el Jefe de Gobierno declaraba que estos hospitales quedarían desafectados en dos años, y en la página *web* de la Sociedad Central de Arquitectos se publicaba el "Concurso Internacional de Ideas y anteproyectos: Parque Cívico Ciudad de Buenos Aires".[129] El hermetismo de la gestión fue tal que, cuando recién en el 2012 se presentaran en los medios gráficos aquellos proyectos que habían resultado ganadores de este concurso, se hizo notorio que el proyecto de Centro Cívico avanzaría hacia los terrenos lindantes, lo cual no solamente incluía a los hospitales monovalentes de Salud Mental -afectando a los tres existentes en la zona- sino también al terreno ocupado antiguamente por el Hospital Rawson, actualmente sede de otras dependencias.[130]

En un accionar que resultó para la oposición como arquetípico del macrismo, el 20 de abril de 2011 la empresa concesionaria de la red de gas natural en la Ciudad registró una fuga en uno de los caños centrales cercanos al Hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano". A partir de ese momento, el suministro quedó interrumpido para aquel nosocomio junto con el lindero Hospital Neuropsiquiátrico "José Tiburcio Borda". En la primera protesta, trabajadores del Hospital Borda convocados de modo independiente denunciaron que "manos anónimas rompieron la llave que dosificaba el gas hacia las distintas áreas del hospital".[131] Ante la falta de respuesta por parte de las autoridades, se fueron sumando al reclamo los distintos gremios presentes en el Hospital.[132] Pese a que inicialmente la cantidad de días transcurridos parecía

---

Centros de Internación de Adultos de cincuenta camas cada uno, un Centro de Evaluación y Derivación y cuatro Hospitales de Día -por la suma de ciento cincuenta y siete millones de pesos. Al respecto, representantes de la Multisectorial del Borda y el Moyano opinaban que "*este proyecto contiene en su interior un espíritu más manicomializador*" que el que existe en los hospitales, ya que "*refuerza la idea de peligrosidad del enfermo mental al planificar centros cerrados, donde los pacientes serán vigilados con cámaras de seguridad y en superficies que refuerzan la vivencia del encierro y la pérdida de la libertad*" -Citado por el Diario Página 12 en el artículo "Carrera demente en hospitales psiquiátricos" del 6 de junio del 2009.

[128] La resolución 52-MSGC/12 refería también al área de adicciones -pero como en el organigrama del Gobierno de la Ciudad esta problemática queda a cargo del Ministerio de Desarrollo Social, no ahondaremos al respecto.

[129] Con fecha 27 de marzo del 2008, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Sociedad Central de Arquitectos habían celebrado un contrato por el cual se encomendaba a esta sociedad la organización y realización de aquel concurso. El 6 de junio de aquel año era el mismo Gobierno de la Ciudad el que aprobaba las bases propuestas para la realización del concurso. Los ganadores se conocieron en el 2012.

[130] Como el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) número 10, la Oficina de Reconocimiento Médico de los empleados públicos municipales, un pabellón de oficinas del Ministerio de Desarrollo Social y otros donde funciona un hogar de ancianos.

[131] Según publicaba el 23 de abril del 2011 el Diario La Nación bajo la siguiente presentación "*Sigue el conflicto en el área de la Salud Mental: protestan por falta de gas en el Borda -un grupo de empleados denuncia que se cerrará el hospital; el gobierno porteño lo desmiente*".

[132] Nos referimos a la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN), el Sindicato Único de Trabajadores de la Ciudad de Buenos Aires (SUTECBA), la AMM y la

herir la sensibilidad general, diversos sectores del Hospital Borda permanecieron de modo irreversible sin luz ni gas.

En medio de la problemática por falta de agua y gas en el Hospital Borda, circuló una serie de denuncias respecto de la intimidación sufrida por quienes intentaron difundir públicamente aspectos vinculados a esta problemática u otro tipo de irregularidades.[133] Asimismo, organismos de contralor -como la Asesoría General Tutelar- fueron obstaculizados en sus funciones.[134] Contrapartida o indicador de las circunstancias reseñadas, la Dirección de Salud Mental resultaba sede de un continuo recambio de autoridades. Y de modo transversal a las distintas gestiones, el Consejo General de Salud Mental (COGESAM) denunciaba no ser convocado.

Como resultado de la falta de gas se habrían producido al menos dos incendios con víctimas fatales. Otras obras de mantenimiento en el mismo establecimiento se veían demoradas, presumiblemente debido a modificaciones en el organigrama ministerial. La fuerte precariedad de la situación llevó a que convergieran en un mismo frente distintos actores sociales existentes dentro del Hospital, los que gracias a su fuerte reconocimiento social lograron aumentar la visibilidad de lo que acontecía.[135] Habiendo perdido lugar en los medios masivos a medida que dejaba de ser novedoso, el conflicto adquiría nueva resonancia el

---

Asociación de Profesionales del Borda.

[133] El macrismo fue más de una vez acusado por una serie de "persecuciones" a profesionales que se mostrarían como opositores a las medidas de la gestión, tanto en el área de salud mental -como sucedía en el Hospital Alvear, en relación con la denuncia de "falsas inauguraciones" de salas-, como en el sector sanitario en general -como en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, donde la denuncia de persecución tuvo como protagonista en calidad de víctima al Presidente de la Filial de la AMM en dicho hospital, enfrentado con la cúpula de la gremial.

[134] La entonces directora adjunta de Salud Mental envió un memorándum a los directores de establecimientos, exigiendo que las visitas de inspección sólo puedan efectuarse en presencia del director del hospital ("*cualquier recorrido o visita del asesor tutelar bajo ningún punto de vista puede ser llevada a cabo sin la presencia del director o subdirector del hospital*" que, además, "*tiene la obligación de avisar a la Región Sanitaria y a la Dirección de Asuntos Judiciales la posible o actual presencia del asesor tutelar*"); prohibiendo al personal contestar preguntas sin previa consulta jurídica y disponiendo sumarios a quienes incumplan estas directivas. El reagrupamiento político que lo anterior habilitaba permitió la presentación de un proyecto legislativo -por parte de quien presidía la Comisión Especial de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental- para dejar sin efecto el memorándum, avalado por diputados del Frente Progresista Popular, del Frente para la Victoria, de Proyecto Sur, del Bloque Peronista y de Coalición Cívica. Calificando al accionar como de "*amordazamiento*", se lo comparaba con una dictadura. También la Asociación de Psicólogos Municipales y SUTECBA se expedían al respecto, apoyando la denuncia.

[135] La radio "La Colifata" fue creada en 1991, primera radio en el mundo en transmitir desde un neuropsiquiátrico y con pacientes; el "Frente de Artistas del Borda" funciona desde 1984 con el objetivo de contribuir a la desmanicomialización a través de la producción artística; "Cooperanza" es un espacio inaugurado en 1985 a modo de continuidad con la Peña Carlos Gardel, fundada por Pichón Rivière, en aras de trabajar lo vincular; el "Pan del Borda" es una fábrica artesanal de pan y pastas al tiempo que dispositivo terapéutico y nació en el año 2002 al calor de las asambleas barriales. Estos colectivos se aglutinarían bajo el nombre de "Borda en Movimiento" y con posterioridad, aparecerían públicamente con la denominación de "Vuelve Borda en Movimiento" en la marcha conmemorativa del 24 de marzo, junto con la gente del Encuentro Memoria, Verdad y Justicia. También asumiendo el formato de un actor social, emprendimientos hospitalarios como los denominados "Talleres Protegidos" se movilizaban, también, generando adhesión casi inmediata en un número importante de ciudadanos.

primero de marzo del 2012. Este día se habrían comenzado a realizar las obras para el "Centro Cívico" de modo sorpresivo, irrumpiendo con la presencia de la Policía Metropolitana en sectores del Hospital con la orden de comenzar las obras de demolición. La situación fue obligando a los movimientos sociales a acentuar su propia definición de lo entendido como desmanicomialización, bajo el lema "Sí al hospital público Borda, no al manicomio Borda". Mientras que la falta de información como modalidad operativa iba creando un clima de recelo, el marcado deterioro de los hospitales presuntamente afectados iba acrecentando la indignación.[136]

Si bien la gestión de Macri lograba concitar adhesiones amplias, al tiempo que conseguía limar resistencias en torno a distintos conflictos, lo sucedido con los hospitales monovalentes de salud mental ganó la censura general de la opinión pública. Así, mientras el macrismo crecía y se consolidaba en la CABA, la salud mental se convertía en uno de los íconos a través del cual sus opositores podían disputar este apoyo. El calificativo de "vaciamiento" era demostrado aludiendo a este caso, y luego utilizado reiteradamente para hacer referencia a la acción por omisión del gobierno municipal en las distintas agencias sociales de su ingerencia. Se denunciaba a aquel como un accionar consistente en trasvasar recursos del sector público al privado presentándolo bajo otros ropajes. Por un lado -se señalaba erigiendo al Centro Cívico como arquetipo- se proponían obras de elevado valor inmobiliario a expensas de tierras pertenecientes al ámbito de la salud. Por otro lado, se convocaba una licitación para contratar clínicas privadas.

De modo más estrecho, el problema quedó representado en la opinión pública como relativo a la falta de gas en el Hospital Borda. La legitimidad social de las protestas que se levantaron demandando una solución urgente a esta problemática contribuiría a coagular la equiparación entre "derechos humanos en salud mental" y "derechos de los pacientes internados en hospitales monovalentes".

2.3. Macri o la 26.657

La autonomía de la Ciudad de Buenos Aires trae aparejado el que en su seno se enfrenten acciones ejecutadas por la gestión local con discursos sostenidos desde quienes apoyan a las autoridades nacionales -dado que deslindar el impacto local de las acciones nacionales no resulta sencillo. La Ley 26.657 se presentaba en este marco como uno de los modos en que conferir eficacia práctica a los posicionamientos del kirchnerismo en cuanto al rol del Estado,

[136] Cabe señalar que si bien no adquirieron la misma resonancia pública (continuando la historia de su escasa visibilidad), las condiciones edilicias se encontraban de igual o peor modo afectadas en el Hospital Moyano.

presentándose como proyecto contrapuesto al imperante en la ciudad.

Según dónde y cómo construyeran su base social de apoyo, las fuerzas políticas que se iban perfilando como dominantes en Argentina tuvieron como una de sus arenas de enfrentamiento al campo que se iba consolidando cada vez más como relativo a la "salud mental". En sentido inverso, la red de política pública tejida en torno de este asunto elaboraba sus respuestas según el doble clivaje de su posicionamiento en el espectro ideológico (izquierda/derecha) y su ubicación en las relaciones políticas (gobierno/oposición). Alianzas y antagonismos resultantes contribuyen a explicar la persistencia de aquella definición que operaba como arena compartida de enfrentamiento.

El área de salud mental fue ocupando un lugar destacado en la agenda pública tal vez no tanto por el tenor de los asuntos problematizados como por el hecho de que quienes se oponían al PRO consideraron que allí se ponían en evidencia los modos de actuar, las retóricas y los intereses implícitos de la gestión macrista.[137] En un escenario de contornos cada vez más definidos, los *embates* del macrismo en este campo permitían a sus opositores argumentar claramente los motivos de su rechazo.[138] El área de salud mental permitía aglutinar a quienes denunciaban las medidas de gobierno como parte de una alianza con intereses privados. En este caso, la industria farmacéutica y la corporación médico-psiquiátrica quedaban fácilmente asociadas al encierro estigmatizante. Junto con lo anterior, el accionar del macrismo había contrariado los principios de la ley local de salud mental.

Aquel peculiar contexto configuraba un horizonte de lo posible para quien tuviera interés de posicionarse políticamente. Presentadas como extremos inconciliables, las alianzas entre actores coagularon lo entendido por "salud mental" como problema de orden colectivo. Desde quienes se consideraban progresistas resultaba al menos arriesgado discutir las concepciones en que se fundaba la cohesión con los grupos opositores al macrismo. La agenda política escenificó una competencia de argumentos donde la capacidad de hacerse oir en el espacio público permaneció atada a ciertos términos.

Las definiciones dadas a la "salud mental" como problema social se iban cristalizando al compás de la polarización política. Todo aquel que cuestionara la visión hegemónica defendida por el

[137] Un conflicto que no hemos mencionado, pero ante el cual fue similar lo ocurrido, refirió al Programa de Atención Comunitaria para niños/as y adolescentes (PAC), programa dependiente del CSM N°1 que databa de 1989. En este caso, las medidas de la gestión fueron cesantear en sus funciones a quienes dirigían el programa, y modificar su sede -estableciéndola en el hospital monovalente "Carolina Tobar García" en reemplazo de aquella institución de atención ambulatoria sin plazas de internación.

[138] La expresión "embates" aparece recurrentemente en los distintos documentos que fueron utilizados por parte del cúmulo de opositores para denunciar las distintas acciones del macrismo, apelando al sector salud de modo ilustrativo -nos referimos a volantes, gacetillas, comunicados vía correo electrónico, entre otros soportes materiales que fueron analizados.

kirchnerismo resultaba prontamente asimilado para con el proyecto macrista. La malla de visibilidad presentaba dos modalidades antagónicas de entender el rol del Estado, y se convertía en condición de enunciación para quien intentara difundir su concepción sobre la salud mental como problema social. La visibilidad dependía de mostrar cierta competencia en el manejo de aquellos términos preestablecidos, bajo el apercibimiento de no resultar convenientemente posicionado en el escenario público.[139]

La 448 había sido presentada por quienes la diseñaron como *una ley progresista que se caracteriza por el reconocimiento y defensa de los derechos humanos y, en segundo término, por el planteamiento moderno de concepciones teóricas y estrategias de intervención* (Rosendo, 2007: 16). Quienes se iban articulando en torno de su defensa compartían idéntica valoración. A pesar de que no había llegado a implementarse durante las gestiones anteriores, para quienes se encolumnaban bajo el progresismo el gobierno del PRO resultaba particularmente merecedor de la carátula de infractor. Dado que el gobierno porteño distaba de cumplir esta normativa, analizarlo desde el campo de la salud mental permitía calificarlo sin rodeos como "reaccionario". La rearticulación de una serie de actores sociales movilizados en contra del macrismo iba encontrando así en la 448 uno de los referenciales aglutinantes. Este signicante se deslizaba con extremada facilidad hacia la nueva Ley Nacional.

La CABA se había ido constituyendo como epicentro de la divulgación de la nueva normativa nacional, sobre todo a través de la gran cantidad de foros, charlas, jornadas y congresos en temas relacionados a la salud que tuvieron allí lugar. En estos ámbitos tendió a cristalizarse un sentido antagónico. La gestión macrista como gobierno de la derecha que no implementaba la 448, aliado de quienes venían demorando la reglamentación de la 26.657, era uno de los polos. La gestión nacional leída como gobierno progresista de izquierda (u orientado hacia la izquierda, según el matiz), defensor de los Derechos Humanos y en tanto tal mentor de la nueva normativa nacional, el otro.

La Ley Nacional de Salud Mental, ubicada como ejemplo de los logros de la gestión de la Presidencia, tendió a ser presentada como un hito más en la lista de una garantización ampliada de derechos. Los medios masivos oficialistas reforzaron esta clave de lectura.[140] Así, por ejemplo, un artículo del Diario Página 12 declamaba

[139] Las afirmaciones vertidas en este párrafo remiten a la propia experiencia investigativa, encontrando su fundamento en lo que en nuestro Capítulo Introductorio hemos presentado como un giro etnográfico en nuestro análisis y nuestra concepción del "campo".

[140] El diario Página/12 realizó una sostenida promoción de estos términos, contribuyendo a cristalizar cierto sentido común en tal dirección. Resulta de interés notar que este medio construye una agenda bipolar: toda publicación de notas relacionadas, por ejemplo, con la problemática del Hospital Borda es acompañada por artículos relacionados con la defensa de la 26.657.

> A la reforma del Banco Central y la recuperación de YPF siguieron las leyes de muerte digna e identidad de género, la propuesta de reforma de los Códigos de fondo, la citación a indagatoria del poderoso Señor del Apagón y el juicio por la precursora masacre de Trelew. A un ritmo de vértigo y con intervención de los tres poderes se afirma una política de reparación y expansión de derechos, que vuelve a colocar en la agenda el constitucionalismo social abrogado en 1955.[141]

En tal escenario, la oposición al macrismo iba convergiendo con la defensa de las normativas en salud mental. En la red de política pública así delineada confluían una serie de actores y movimientos sociales cuya presencia dibujaba con mayor precisión el escenario. A los organismos de Derechos Humanos -todos ellos con sede en la Ciudad Autónoma- y a los colectivos sociales existentes dentro del Hospital Borda, se agregarían distintas agrupaciones y sectores atraídos por los ribetes más claramente políticos que el tema presentaba. Emergente del cuadro de situación, no resultó extraña aquella ecuación por la cual la nueva normativa en salud mental se colocaba como equivalente de apoyar a la gestión en que se había sancionado, o al paradigma de los Derechos Humanos. Era así que la temática de salud mental conseguía entrar con paso firme en la agenda sanitaria -de la cual había sido habitualmente relegada. En consecuencia, el apoyo de la 26.657 se convertía en uno de los ejes de las demandas de colectivos como el "Movimiento Sanitario Argentino ´Néstor Kirchner´"[142], del "Frente Nacional Peronista"[143], el "Frente Metropolitano de Técnicos y Profesionales Peronistas", o la agrupación local "Frente de los trabajadores de salud de la Kba". En esa línea, este último afirmaba en un comunicado

> (...) hemos avanzado mucho, con éste gobierno, en relación a la ampliación de Derechos: Matrimonio igualitario; Identidad de género; Derecho a una muerte digna.., por mencionar sólo algunos temas que fueron tabú durante años, y que, gracias a la activa militancia de grupos minoritarios, que lograron incluirlos en los debates públicos y en la agenda política, fueron consagrados en Leyes que los garantizan. (...) Tenemos un proyecto nacional en marcha, que nos ha devuelto la dignidad como Pueblo.[144]

---

[141] El mismo artículo continuaba: "*La denominada ley de la muerte digna interesa al conjunto de la población, la de identidad de género a un porcentaje menor. Pero en ambos casos se evidencia la misma concepción de derechos, que también inspiró las de migraciones, salud mental y medios de comunicación audiovisual. El desafío pendiente es vencer la inercia burocrática que tiende a perpetuar los usos y costumbres tradicionales, con indiferencia por los nuevos marcos normativos*". La Reparación (2012, mayo 13). *Página 12: El País.* Recuperado de http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-193898-2012-05-13.html

[142] Agrupamiento de referentes en el campo del sanitarismo -como José Carlos Escudero, Horacio Barri y Hugo Spinelli, entre otros- a través del cual estos plasman la necesidad de encolumnarse públicamente en apoyo de la gestión nacional.

[143] Más particularmente, desde la "Corriente Sanitaria Nacional", lanzada por este movimiento en julio del 2001 y conformada principalmente por autoridades de la cartera sanitaria pertenecientes a la coalisión gobernante "Frente para la Victoria".

[144] Mayúsculas en el original. Nora Cappelletti "Leer: Gracias! Peña de la Salud: Charla debate con MARTA VASALLO: debate: ABORTO- Éste VIERNES 18/05, 21hs- Tucumán 1735- organiza: FRENTE DE TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA KBA". (en línea). Mesaje para: Mirta Watermann. 15 de Mayo de 2012 (consulta: 15 de Mayo de 2012). Mensaje personal.

Apareciendo como correlativa a la promoción de un sistema nacional de salud integrado diseñado, conducido y monitoreado por el Estado, el "Foro Ramón Carrillo"[145], el Foro de Políticas Públicas de Salud del Espacio Carta Abierta[146], y la mesa de salud del "Frente Transversal Nacional y Popular"[147] retomaban la mención a la normativa como uno de los puntos de sus propuestas. También esta formó parte de uno de los "22 puntos por la Salud Pública en la República Argentina", plataforma que movilizaba los reclamos progresistas de un amplio conglomerado de organizaciones y personalidades del sector sanitario[148]. En consonancia con lo anterior, se conformaba también una nueva asociación de médicos psiquiatras urgidos por desmarcarse de sus colegas.[149]

Si bien las unidades académicas no participaron de los debates públicos en tanto tales, sí lo hicieron actores internos. Entre estos encontramos tanto cátedras como agrupaciones estudiantiles, comités organizadores de distintas jornadas con origen académico, así como equipos de investigación abocados al área de la salud, cursos de actualización y seminarios de postgrado. Conformándose así una poderosa dinámica de divulgación, la nueva Ley se difundía como medida favorable a los Derechos Humanos. El costo de esta publicidad fue la conservación de la problemática del encierro como equivalente al problema de la "salud mental".

Arrastrando tras de sí a la anterior 448, la referencia a las leyes de salud mental permitía un posicionamiento político automático. Manifestarse en contra de la gestión de la CABA y

[145] Surgido a fines del 2006 en la Legislatura porteña en el marco de unas jornadas convocadas a modo de homenaje de los cien años del nacimiento de aquel sanitarista. El doctor Ramón Carrillo (1906-1956), había sido el primer Ministro de Salud Pública en el país, ejerciendo su mandato como tal desde 1946 hasta 1954.

[146] En marzo del 2008, en contextos de crisis institucional por el que fuera denominado como "conflicto del campo" y en apoyo a la gestión presidencial, surgía esta reunión de intelectuales que se caracterizaría en adelante por redactar y difundir públicamente cartas abiertas expidiéndose sobre la coyuntura política.

[147] Fracción de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) alineada con el kirchnerismo.

[148] Promovida fundamentalmente desde el "Foro Social de Salud y Ambiente", esta plataforma de veintidós puntos refería fundamentalmente al sistema sanitario en aras de lo que mencionan como garantizar el derecho a la salud, y supo concitar gran número de adhesiones y debates. Este Foro había surgido en octubre del 2002 a inspiración del Foro Social Mundial, inicialmente como espacio de encuentro derivado de las Comisiones de Salud de las Asambleas Barriales, en el ámbito de la Facultad de Medicina de la UBA. Bajo la bandera de "*Otra Salud es posible y necesaria en Argentina tanto como en América Latina*", el cuarto encuentro nacional incluía en lugar catorceavo el punto "Salud Mental", en el que comenzaba haciendo referencia a "la suma de sufrimiento colectivo provocado por las reformas neoliberales de los ´90" y por el terrorismo de Estado, la desigualdad en las condiciones de atención a lo largo del país, y continuaba proponiendo una sanción urgente de la ley nacional y una aplicación inmediata de la ley local. Pese a lo cual continuaba refiriéndose a los determinantes de la salud mental y la necesidad de políticas intersectoriales de promoción de la misma. Los "Veintidós Puntos" circularon con la adhesión de gran número de ONGs, no sólo del área de la Salud y del de los Derechos Humanos, sino también del ámbito académico, así como de movimientos piqueteros, campesinos, culturales, y de pueblos originarios, entre otros.

[149] Así nacía, en el mes de diciembre de 2011 la Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos (APADH), "*asociación científica y social, interdisciplinaria e intersectorial, sin fines de lucro, que no acepta financiamiento por parte de laboratorios medicinales*".

apoyar las leyes de salud mental fue muchas veces un mismo gesto. Así, el "Colectivo 448 de Salud Mental" se movilizaba insistentemente por la nueva normativa, tanto como esta era tema continuo de debate en las reuniones del local COGESAM. Idéntica dinámica tenía lugar en las legislaturas -tanto la porteña como la nacional-, donde los apoyos se desanclaban de la referencia juridisccional, apoyando legisladores nacionales a la ley local y a la inversa.

En el juego de la competencia política, la nueva Ley Nacional de Salud Mental proveía una serie de ventajas tácticas. Dado el incumplimiento de las autoridades locales respecto de una normativa considerada similar, aludir a su defensa facilitaba ubicarse como antagonista. Posibilitaba en consecuencia apelar a aquello que buscan destacar los gobiernos interesados en posicionarse a la izquierda: su interés por las políticas sociales. Vale decir que permitía a un mismo tiempo ampliar los apoyos recibidos y destacar las diferencias para con sus adversarios, denunciándolos. Todo esto, sin necesidad de expandir la agenda o retraerla, evitando así el costo político que estas acciones siempre arriesgan.[150] En el marco de la disputa entre liderazgos, el desplazamiento entre escalas permitía al oficialismo nacional obtener réditos al tiempo que abonaba al discurso de oposición en la Ciudad.

Siguiendo a Menéndez (1985; 1990; 1992; 1993; 1994; 2004; Menéndez y Di Pardo, 1998) entendemos que la predominancia de determinadas concepciones nunca se consolida de modo definitivo (Adissi, 2010a). Su carácter incompleto, conflictivo y provisorio, señala la necesidad de historizar y contextualizar la dinámica a partir de la cual se va produciendo y sosteniendo. Dinámica que obedece tanto a los contextos históricos en que se produce como a las constantes transacciones que se producen entre las posiciones jerarquizadas y las rezagadas. Se denominan *transacciones* a los procesos de reapriopiación, reposicionamiento y rearticulación que posibilitan la supervivencia de lo hegemónico y lo subordinado en base a su adaptación recíproca (Adissi, 2010a)[151.]

El análisis de aquel contexto particular en términos de hegemonía/subalternidad nos presenta la convivencia de dos planos relacionales. La institucionalización de la definición del encierro psiquiátrico como problema social resulta de una transacción que requiere ser remitida al

[150] Vale aclarar que según Surel (2007), la influencia de las dinámicas políticas en las políticas públicas se produce menos por voluntad o accionar conciente que por mecanismos indirectos fundados en las reglas del juego político. Las elites políticas anticipan consecuencias posibles de sus acciones en vistas de la coyuntura electoral, en términos de costos y beneficios tanto de los momentos elegidos como de las soluciones adoptadas. Las estrategias resultantes derivarían, así, de la interiorización de la exigencia electoral por parte de los titulares del poder en un momento dado.

[151] En algunos de sus escritos, Menéndez utiliza el concepto de *transacciones* en sentido restringido, haciendo referencia sólo a las reapropiaciones y articulaciones que son generadas desde los saberes y prácticas subalternos. Hemos elegido utilizar aquí el sentido ampliado, dado que estamos presentado un esquema general del pensamiento del autor sin diferenciarlo etápicamente.

marco de la distribución social de recursos de poder (Blumer, 1971; Bourdieu, 1997). Su capacidad de imponerse como legítima resultó del peso que le confiriera su articulación con actores gravitantes en la arena estatal. Merced a tal alineamiento, posiciones históricamente subalternas -y también subalternas al interior de la gestión local- pasaban a ocupar un rol dominante. El problema de la "salud mental" refracta un proceso histórico mayor, en que como resultado de una modificación en las relaciones de hegemonía/subalternidad valoraciones otrora rezagadas pasaban a disputar su centralidad en la agenda pública. En la arena de disputas estructurada por los debates sobre "la salud mental", quienes consiguieron para sí el punto de vista oficial sobre la temática fueron quienes históricamente han ocupado posiciones desventajosas. La contrapartida de este logro fue la conservación de aquellas definiciones que habían permitido el reposicionamiento. De tal manera, el trasfondo político electoral determinaba la sustancialización del concepto "salud mental", asimilándolo para con la problemática del encierro. En otras palabras, la cristalización de la problemática del encierro como tema fundamental del campo de la salud mental admite ser analizada en tanto transacción necesaria para que cuestiones y perspectivas subalternas pasaran a ocupar un lugar hegemónico -tanto en la agenda pública como en la estructura de gobierno.

Desde nuestra perspectiva de análisis, en tanto obedece a una dinámica relacional continuamente actualizada, la hegemonía no puede reducirse a lo hegemónico sino que debe tomar en consideración tanto las formas en que unas prácticas y concepciones se imponen ideológica y jurídicamente por sobre otras, como el modo en que se condicionan e influyen recíprocamente. La hegemonía existe porque existen *otras* cuestiones permaneciendo en el lugar de lo subalterno.

Conclusiones preliminares

Hemos planteado nuestra intención de realizar una operación de ruptura respecto de la "salud mental" como problema social y asunto de política pública, evitando con ello trasponer el resultante de procesos históricos en nuestro análisis -ratificando con ello el punto de vista de los actores. Al historizar la trayectoria por la que se ha ido consolidado un énfasis singular del concepto, hemos encontrado la órbita de lo político-electoral como una de las principales dimensiones estructurantes.

Estando el gobierno de la CABA y el nacional a cargo de líderes que fueron delineándose como antagónicos, incluir implicancias de escala permite comprender los resortes fundamentales en la configuración de la agenda pública de debate. Conjugando la posición en la relación política (gobierno/oposición) para con el clivaje ideológico (izquierda/derecha), lo definido como salud

mental apareció como fuertemente vinculado a dos proyectos de Estado en contraposición. La malla de visibilidad en torno de la "salud mental" como cuestión permaneció cristalizada en la CABA básicamente por dos motivos. Por un lado, al hecho de ser este espacio sede principal del debate a nivel nacional respecto de una nueva normativa en la materia. Por otro lado, a que el propio gobierno de la Ciudad tuvo un accionar específico sobre esta temática que operó dialógicamente, permitiendo consolidar su entrada en agenda. Esta distinción es analítica: existió una fuerte correspondencia entre las posiciones que los actores de esta red de política pública ocuparon en uno y otro caso. Entendida como un eslabón más en la cadena de ampliación de derechos, la defensa de la Ley Nacional de Salud Mental se solapó en gran medida con el apoyo a la gestión nacional. Como contrapartida, el macrismo iba siendo asimilado tanto a poderosos intereses como a los opositores de la nueva normativa.

Dada la coincidencia de las redes locales y nacionales de política pública, en la problemática de la "salud mental" la CABA jugaba un rol político tanto como arena de disputa como en términos de resultar escenario privilegiado de rivalidades. En tal escenario político-electoral, una de aquellas fuerzas definió la disputa en términos del rol del Estado, atribuyéndose la representación de un modelo intervencionista interesado por la inclusión social y, en consecuencia, por la defensa de los derechos de los más vulnerables. La problemática del encierro psiquiátrico como tema de agenda posibilitó, en aquel contexto, un posicionamiento casi automático en tanto su mención permitía ubicarse a la izquierda de quienes más notoriamente asumían una línea de gobierno de tinte neoliberal. En una cadena de analogías, el progresismo y los Derechos Humanos aparecieron amalgamados con la defensa de las normativas en la materia. Se abría así una oportunidad histórica para que distintas posiciones otrora subalternas lograran consagrarse como hegemónicas a través de las orientaciones de Estado -debiendo para ello dar la disputa en los propios términos con que públicamente aparecían planteadas las alternativas. Amalgamándose con aquella cristalización de sentidos, emergió la convicción -entre participantes y observadores- de que en este campo, como en otros, estaban en juego dos proyectos antagónicos respecto del rol del Estado. Fue en tal contexto donde ciertos asuntos cayeron por fuera de la malla de visibilidad pública.

Este recorrido también admite ser realizado de modo inverso. ¿Qué tipo de prácticas vigentes en la cotidianeidad de los establecimientos públicos ocuparon un lugar subordinado en aquellos debates? ¿Qué establecimientos fueron mencionados por las normativas específicas de manera imprecisa y por qué motivos? ¿Por qué estas realidades permanecieron al margen de la agenda política? ¿Qué pudo haber llevado a que no surgieran actores con la suficiente fuerza como para visibilizarlas? ¿Por qué los estudios sociales relegaron el análisis de

aquellas prácticas que no se vinculan de manera directa con el encierro psiquiátrico? Buscaremos contribuir a responder lo anterior en el siguiente Capítulo.

-Capítulo 3-

Construyendo un problema de investigación en tensión con los términos de la política pública. El área de salud mental de los CeSACs

Introducción

Retomar cuestiones que permanecen relegadas por la malla de visibilidad pública permite incluir nuevas dimensiones determinantes en el análisis del rol del Estado. Es nuestra hipótesis que ellas forman parte de las condiciones inadvertidas de las políticas públicas, gravitando por ende en sus consecuencias no buscadas.

Culminando con nuestra operación de ruptura, nos detendremos en la presentación de un espacio de prácticas cuya realidad cotidiana quedaría por fuera de consideración en caso de retomar la malla de visibilidad vigente en las políticas públicas sobre la materia. Insistiendo en nuestro enfoque relacional, apelaremos nuevamente a las nociones de hegemonía y subalternidad gramscianas, siguiendo la tradición inaugurada por Eduardo Menéndez en su aplicación al campo de la salud (Adissi, 2011; 2012; Menéndez, 1985; 1990; 1992; 1993; 1994; 2004; Menéndez y Di Pardo, 1998).

El área de salud mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) es uno de los ámbitos que ha quedado sin consideración específica por parte de las leyes en la materia. Nos interesará aquí describirla al tiempo que vincular su posición subalterna en la agenda pública de debates con la posición que estructuralmente ocupa en sus distintos contextos institucionales. Para ello apelaremos a la historización de las distintas propiedades que en ella convergen -el tratarse de un espacio conformado básicamente por psicólogos que atienden en establecimientos pertenecientes al subsector público de salud y relacionados con la estrategia de atención primaria de la salud nos llevará a descomponer cada uno de estos atributos en tal indagación. En segundo lugar, buscaremos aprehender qué características inherentes a aquella área le confieren ciertas propiedades que facilitan o dificultan su consideración diferenciada, tanto a modo de objeto empírico como de objeto analítico.

A través de las nociones de hegemonía/subalternidad subrayaremos el carácter de punto de mira de aquella área, en tanto permite poner en visibilidad cuestiones distintas a las predominantes en la agenda pública. En otras palabras, es a través del gesto analítico de ubicar al área de salud mental de los CeSACs relacionalmente que propondremos que aquella área admite ser aprehendida como punto de mira de dinámicas más amplias. Dinámicas en las que el rol del Estado se pone en juego de modos al mismo tiempo más ubicuos y elusivos, más paradojales y complejos, que los considerados al analizar la implementación de políticas.

De esta manera buscaremos a un mismo tiempo describir los procesos histórico-institucionales que convergen en esta área particular, y contribuir con nuestra propuesta heurística señalando condiciones y potencialidades de indagar cuestiones que permanecen por fuera de la malla de visibilidad pública.

3.1. El área de salud mental de los CeSACs en su contexto relacional

El área de salud mental de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) ha permanecido por fuera de la malla de visibilidad pública en contextos donde la "salud mental" como tópico entraba fuertemente en la agenda política. Esta afirmación nos lleva a buscar factores que consigan explicar por qué aquél área quedaba por fuera -independientemente de cuáles fueron las cuestiones efectivamente incluidas. Entendemos que analizar la posición que ocupa en su contexto institucional ampliado contribuye con aquella explicación.

3.1.1. El sistema de salud en la Argentina

Los debates de agenda respecto de las normativas en salud mental tendieron a la coagulación de sentidos y posicionamientos al tiempo que el manicomio como institución condensaba las miradas. Sin embargo, prácticamente no surgieron referencias concretas al sistema sanitario que pretendía ser ordenado a través de las normas en discusión. Hemos creído necesario, en aras de resituar nuestro campo fenoménico, describir aquel contexto institucional.

Un dato estructural del sector salud en Argentina es la organización tripartita del sistema sanitario. Los subsistemas que lo conforman son el estatal (o público), el de obras sociales (también llamado de seguridad social) y privado (crecientemente, de medicina prepaga).[152] Cada uno de ellos remite a un sistema con normas diferenciales y vinculadas a lógicas particulares de financiamiento y gestión, definidas en estrecha correlación con los distintos beneficiarios de cada uno de ellos.

La oferta de los subsectores posee un carácter estratificado. Existen capas móviles de beneficiarios que se desplazan de un sistema a otro según la coyuntura económica -fundamentalmente, según el aumento o disminución del mercado de trabajo informal. Se produce como resultado una interdependencia entre las coyunturas socioeconómicas y la

[152] La Ley 448 dice abarcar los tres subsectores; por su parte, la Ley 26.657 menciona a los sectores público y privado, sin mayor especificación al respecto. Desplazándonos del terreno declarativo al de la realidad concreta de las instituciones, debemos mencionar que no existe capacidad instalada para coordinar una orientación unificadora. Se carece de una instancia que opere como ordenadora del sector en su conjunto, no sólo por el acotado rol del Ministerio de Salud nacional sobre todo a partir de la década del ´90 sino también por la dificultad de normatizar a los tres subsistemas (Acuña y Chudnovsky, 2002). La fragmentación resultante se ha ido profundizando, además, a medida que la asistencia en salud es permeada por la lógica de mercado (Isuani, Tenti et al, 1989).

realidad sanitaria, marcada por el hecho de que la población tiende a volcarse al subsector público cuando no consigue acceder a alguno de los otros. Así, en el marco de una cobertura sanitaria fuertemente desigual, los efectos no buscados de la organización sanitaria tienden a retroalimentarse para con los vaivenes socioeconómicos de la población, en una dinámica pro-cíclica. En los momentos de mayor crisis económica cuando el subsistema público de salud tiende a recibir un mayor afluente de demanda -al mismo tiempo que ve dificultado su financiamiento (Cohen, 2009). Proveedor residual o de última instancia, si bien lleva el nombre de "universal" el subsector público de Salud ha tendido a abocarse a la atención de las capas poblacionales más pobres (Barbeito y Lo Vuolo, 1995). Esta tendencia se ha acentuado a partir de la década del ´90, cuando el implante de políticas neoliberales ha ido provocando el desfinanciamiento de las instituciones públicas (Chiara y Di Virgilio 2005).

Converge con aquello otro vector de contradicción entre la realidad del subsector público de salud y el discurso universalista bajo el que se legitima. Nos referimos al hecho de que desde sus orígenes la falta de visiones globales sobre la red asistencial llevó a que los establecimientos se conformaran en base a la sedimentación de prácticas inconexas (Barbeito y Lo Vuolo, 1995). Las sucesivas reformas del sector repitieron aquel gesto inicial de superposición de marcos forjados en aras de formalizar correlaciones de fuerza que tomaban de manera aislada a algunos de sus elementos (Barbeito y Lo Vuolo, 1995; Idiart, 2008; Sidicaro, 2009).

Belmartino (1993) analiza que la viabilidad de las políticas sanitarias se encuentra fuertemente comprometida por la falta de cohesión interna que ha caracterizado a los funcionarios del subsector público. Según esta autora, existe una propensión a realizar diagnósticos de situación falaces al descuidar este aspecto sustancial del sector. En tanto los sucesivos diseños políticos se mantienen en estado de proyecto, la capacidad reguladora de las autoridades resulta irregular y poco efectiva. Como resultado, existen una multiplicidad de aparatos y agencias estatales que operan de forma fragmentaria, configurando áreas descoordinadas, con funciones superpuestas, mecanismos de regulación poco coherentes y sin criterios uniformes (Isuani y otros, 1989). La oferta de atención realmente existente respondería exclusivamente a reglas informales y locales, que surgen y se consolidan de manera aislada (Belmartino, 1993; 1999; 2003; 2005; 2006; 2010).

Conjugando aquellos elementos, podemos concluir que en el marco de la estratificación sanitaria la oferta de salud con que cuentan los sectores socialmente más vulnerables manifiesta de modo agudo la dificultad que históricamente han mostrado las agencias sociales para llevar adelante desempeños mínimamente previsibles, calculables y racionales

(Andrenacci y Soldano, 2005; Barbeito y Lo Vuolo, 1995; Idiart, 2008; Isuani 1991; Isuani y otros, 1989; O´Donnell 2004; Sidicaro 2009). El origen social de sus destinatarios ha llevado a que en el marco de las preocupaciones de los actores más influyentes en la agenda mediática lo atinente al subsector público ocupara un lugar subalterno.

3.1.2. Qué implica ser un Centro de Salud y Acción Comunitaria

El artículo catorce de la Ley 448 establece la existencia de una red de efectores de salud mental.[153] La atención en salud mental en los CeSACs se explicita como parte de aquella. No obstante, las características específicas de los CeSACs y el tipo de prácticas que cotidianamente tienen lugar en ellos no han sido aludidas por los debates de agenda pública. Esto no constituye una novedad en su historia. Por el contrario: estos establecimientos se han ido configurado al margen de toda visibilidad pública. Incluyendo la que podría proveer la formalización de sus orientaciones.

Desplazar el análisis desde la modelización implicada por la problematización política (Jobert, 2004) hacia la realidad de las instituciones públicas nos posibilita aprehender el funcionamiento concreto de las agencias estatales. Derivada de motivos más fragmentarios e imprecisos que aquellos que suelen dar por supuesto las redes de política pública y los referenciales del debate, la conformación histórica de los CeSACs admite ser comprendida como emergente paradigmático de la dinámica del subsector público de salud. El hecho de que, debido a sus objetivos y modo de funcionamiento, permanecen relegados de las principales arenas de disputa -en tanto no representan establecimientos de interés para los actores con mayor peso en el sector salud- ha contribuido con su escasa visibilidad. Tomar a los CeSACs como punto de mira implica una oportunidad analítica en cuanto requiere descentrarse de los lineamientos formales -puesto que no se encuentran orientados por una política pública sistemática. En consecuencia, muestra la necesidad de un rastreo intersticial,

[153] Conformada por (en orden de mención) Centros de Salud Mental; atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria; dispositivos de atención e intervención domiciliaria respetando la especificidad en salud mental; consultorios externos; equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica; prestaciones en hospital de día y hospital de noche; un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos; un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva; áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas (sic) y hospitales generales pediátricos; residencias protegidas de hasta veinte camas; hospitales monovalentes de salud mental; casas de medio camino; centros de capacitación sociolaboral promocionales; talleres protegidos; emprendimientos sociales; atención especializada en salud mental infanto-juvenil; equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría; hogares y familias sustitutas; granjas terapéuticas. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires Nº 448. (2000, 27 de julio) *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires* 1022, Septiembre 7, 2000

adaptado al carácter subordinado de este objeto empírico.

3.1.2.1. Crónicas de los orígenes

En la década del ´70 organismos internacionales, entre los que se encuentran principalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), comenzaron a promover formas territoriales desconcentradas como modelo de gestión en los sistemas de salud. Se propugnaba como deseable la articulación de establecimientos con distinto nivel de complejidad en un modo de organización que integrara la tradicional práctica de atención individual y a demanda con una estrategia poblacional y preventiva. Un hito fundamental en tal sentido fue la Conferencia de Alma Ata realizada en 1978. En ella se consagró a la Atención Primaria de la Salud (APS) como enfoque bajo el cual promover aquella reestructuración.

En un contexto de reapertura democrática, una serie de países emergentes otorgaron impulso renovado a estos principios. Entre estos países se encontraba la Argentina. Si bien aquella Declaración había sido suscripta por funcionarios del gobierno dictatorial de Videla, quedó asociada en nuestro país a experiencias y conceptualizaciones de corte progresista -sentando así las bases de una orientación lo suficientemente amplia como para dar cabida a perspectivas antagónicas. Estando el sistema de salud dividido en tres subsectores, el desarrollo de la estrategia quedó limitado al funcionamiento del subsistema público. De tal modo, la APS quedó asociada a la atención de los estratos sociales más vulnerables, reforzando aquellas versiones de la APS que la entendían como un mecanismo de asistencia a la pobreza (Homedes y Ugalde, 2005; Testa, 1993).

En el ámbito de la Capital Federal, las autoridades sanitarias decidieron asignar a cada Hospital General de Agudos (HGA) un área geográfica. Tal asignación implicaba constituir estos establecimientos en "Hospitales de Base" o cabecera, otorgándoles a partir de ese momento la responsabilidad de programar actividades en aquellos territorios que -a falta de nominaciones específicas- tomaron por denominación provisoria un término utilizado previamente: el de "Áreas Programáticas".[154] Esta modalidad de gestión inicialmente pensada como transitoria aparejaba el sesgo de considerar a los establecimientos descentralizados y de baja complejidad como "periféricos" -adjetivo con que eran aludidos en la legislación respectiva (Lemus, 1995). Lo cual reproducía la centralidad de los HGA, ubicando a los

[154] Esta denominación, si bien pareciera haberse acuñado en la década del ´60 (Lemus, 1995), era un concepto recurrentemente utilizado en la década del ´70. Arquetipo de las actividades realizadas en estos ámbitos fueron las campañas de vacunación y los controles de embarazo y primera infancia -acciones poblacionales de bajo costo y alta incidencia estadística en términos de mejora de indicadores de salud.

efectores de menor complejidad como subalternos en el mismo gesto con que se fragmentaba su conjunto.

El año 1984 marcó la firma del decreto que cambiaba la estructura de la llamada entonces Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente municipal, incorporando una "Dirección General Adjunta de Áreas Programáticas" (Lemus, 1995). Los que pasaban a llamarse Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs), reforzaban aquel carácter subalterno con la herencia de su anterior modo de funcionamiento. Es que no se trataba de establecimientos creados *ad hoc*, sino que fueron montados sobre Centros de Salud que ya estaban funcionando, o bien sobre los cuatro Gabinetes Psicofísicos dependientes del Programa Nacional de Sanidad Escolar. En el primer caso, creados por Decreto en el año 1967 con la intención manifiesta de apoyar las actividades de salud *en zonas de riesgo social o villas de emergencia* (Lemus, 1995), aquellos centros de salud eran establecimientos precarios de atención básica materno-infantil desligados del acceso a servicios de mayor nivel de complejidad.[155] En el segundo de los casos, la impronta del trabajo con población infantil escolarizada permanecería tanto desde los recursos humanos como desde la representación de las poblaciones aledañas.

3.1.2.2. La sedimentación de modalidades decisorias

El primer problema que se presentó al momento de crear las Áreas Programáticas fue la delimitación geográfica. Los barrios carecían de límites precisos y existía una diversidad de parcelamientos reñidos entre sí (los distritos escolares –y electorales por añadidura-, los códigos postales, las jurisdicciones policiales, entre otros). Un dato significativo es que tampoco se disponía de cifras epidemiológicas que brindaran fundamento sanitario a tal división. La solución práctica fue utilizar como criterio demarcatorio la zonificación del sistema de emergencias y catástrofes (CIPEC, Centro Informativo Permanente para Emergencias y Catástrofes; actualmente Sistema de Atención Médica de Emergencias - SAME), cuyo fundamento remitía a las arterias de circulación vial que agilizaban los recorridos por parte de las ambulancias. La ventaja de esta solución era que permitía rápidamente conformar tantas Áreas Programáticas como HGA existían.[156] No obstante, este

[155] Dependían del Departamento de Centros de Salud que integraba la Dirección General de Atención Médica en el marco de la Secretaría de Salud Municipal. Cabe señalar que, estando los Centros de Salud asociados a asentamientos que se tenía como meta erradicar, una característica prácticamente general era la de estar construidos con materiales fácilmente desmontables, y sin presupuesto para tareas de refacción o mantenimiento. Pese a aquellas características, la creación de los Centros de Salud en Ciudad de Buenos había sido recibida dentro de algunos grupos médicos como una medida progresista.

[156] La única modificación se debió a la postrera transformación del Hospital Tornú -hasta aquel momento

gesto evidenciaba que la creación de los CeSACs no remitía formalmente a diagnósticos poblacionales (Lemus, 1995).

Otras decisiones respecto del modo en que se gestionarían los CeSACs continuaron con aquella impronta. En vistas de que la creación de Áreas Programáticas implicaba la distribución de una serie de recursos, principalmente cargos públicos, las distintas autoridades hospitalarias comenzaron a utilizar su capacidad de veto en la dilación de las decisiones que afectaran sus intereses (GCABA, 2002). Un escollo fundamental para la institucionalización surgió entonces en torno de la disputa sobre el lugar que las Áreas Programáticas ocuparían al interior de la estructura hospitalaria. El conflicto estribaba en si el lugar que cada una de ellas ocupara al interior de la estructura hospitalaria equivaldría jerárquicamente al rango de un Servicio, o si bien se trataría de una instancia coordinadora de actividades extramurales. La diferencia entre uno y otra es que para el primero corresponde al Hospital de Referencia la asignación de recursos físicos y humanos. Se sumaba a lo anterior el disenso respecto de qué lugar otorgar a la interdisciplinariedad y la intersectorialidad dentro de los principios rectores de los CeSACs, puesto que esto era percibido como una amenaza a la hegemonía médica. Las disputas fueron demorando cada uno de los pasos requeridos para legislar estos establecimientos, desde la sanción inicial hasta las subsiguientes normativas reglamentarias.

Mientras ellas tenían lugar, los CeSACs se multiplicaban de modo independiente, en base a arreglos locales.[157] Siendo un hecho su creación, lo obstaculizado era el concurso abierto de cargos jerárquicos, lo cual contribuía con la discrecionalidad con que operaban estos

---

Hospital Especializado de Neumotisiología y a partir de entonces HGA. El Hospital Rivadavia, integrado a la red de hospitales municipales en la década del ´90, sería el único que quedaría sin Área Programática.

[157] Si tras la demolición sufrida durante la dictadura por el programa de erradicación de villas, la democracia se había inaugurado en una Ciudad que poseía ocho Centros de salud, en el ´89 ya eran diecisiete en total, y continuarían aumentando. Un indicador de esto es la existencia de Centros de salud que funcionan en terrenos y/o edificios que no pertenecen al Ministerio de Salud (o anteriormente, a la Secretaría) e incluso al Gobierno de la Ciudad. La situación de tenencia del terreno y del edificio resulta importante cuando se deben encarar inversiones, pues legalmente resulta objetable invertir fondos del GCBA en un terreno que no es de su propiedad. Esta fue la situación de los CESACs 8, 16, 18, 20, 21, 29, 31 y 32. Otros de los actuales CeSACs comenzaron siendo UNASAD, Unidades de Atención en Salud Desconcentradas, cuya característica era estar ubicados en escuelas del GCBA luego de un convenio firmado en 1991 entre las Secretarias de Salud y de Educación (CESACs 17, 25, 26, 27 y 28). Convenio nunca actualizado y con poca claridad, que ha derivado en múltiples conflictos de funcionamiento. Existen otros centros que comparten edificios con otras reparticiones del GCBA (CESAC 1 en un polideportivo de la Dirección General de Deportes y CESAC 22 en un edificio de la Dirección General de Infraestructura y Renovación de Edificios), también con una coexistencia dificultosa. Varios centros fueron construidos en barrios o sectores donde actuaba la Comisión Municipal de la Vivienda en terrenos de su propiedad (CESACs 3, 6, 7, 14, 19, 20, 24 y 30). Un caso especial se planteó en el CESAC 23 que funcionó en una empresa recuperada, siendo luego cerrado como resultado de los conflictos suscitados. El CeSAC 38 se encuentra funcionando en un terreno expropiado, perteneciente a una clínica que supo ser parte, también, de las quiebras que dieran origen al movimiento de empresas recuperadas por sus trabajadores a principios de los años 2000. Sumado a sus génesis diferenciales, existe una rémora en la aprobación de la estructura funcional: resulta frecuente encontrar que administrativamente "no existen" (GCABA, 2002). De hecho, al momento de redactar esto no existe un dato unificado respecto de la cantidad de CeSACs existentes -hemos contabilizado cuarenta y tres pese a que distintos documentos oficiales señalan la existencia de cuarenta y cinco.

establecimientos. Dichos concursos empezaron a tener lugar a partir del año 1987.

La atomización de los CeSACs se condecía con la falta de cohesión del conjunto de establecimientos sanitarios. Reflejando lo anterior, al tiempo que contribuyendo a reproducirlo, el marco legal de los CeSACs se fue conformando en base a una serie de decretos sucesivos que hacían referencia a ítems separados, sin enmarcarlos en orientaciones globales (Lemus, 1995). Dada esta dinámica, resultaba frecuente que tales decretos consagraran decisiones ya tomadas. Ante esto se fue descuidando en la normatización la referencia a mecanismos de control que garanticen el cumplimiento de las normativas. El carácter de irrelevancia que permeó la concepción de los marcos formales se plasma en algunos descuidos de la letra oficial, donde esta muestra vaguedades y contradicciones ostensivas.

Como indicador de lo conflictivo de este proceso, no existe consenso respecto de en qué año ubicar la creación de las Áreas Programáticas, puesto que este varía según cuál sea el evento que se tome como referencia. El año 1988 resulta frecuentemente aludido, en tanto durante él se dictaron los decretos que ponen en funciones a los Jefes de División de Áreas Programáticas en la mayor parte de los Hospitales y el decreto 786, que estableció la denominación, nivel y dependencia orgánica de los efectores denominados periféricos. Al año siguiente tendría lugar el último hito normativo: el de creación de las Áreas Programáticas bajo la figura de un Servicio Hospitalario.[158] Tal estatuto posee cierta ambigüedad puesto que equipara las actividades asistenciales intramurales -deslindables por especialidad médica- a la responsabilidad sobre un área geográfica. Es decir, sobre una serie de establecimientos polivalentes, y sobre una serie de acciones en salud dentro de las cuales la asistencia intramural es sólo una entre otras posibles.

[158] Refiere Lemus (1995) que se trataba de una solución de compromiso que venía a compensar consecuencias de políticas efectuadas en otras áreas. Principalmente, al hecho de que habiéndose municipalizado el área educativa en la ciudad –que anteriormente estaba bajo la injerencia de la Nación- había comenzado a implementarse el Programa de Salud Escolar, a cargo de los Departamentos de Pediatría y Consultorios Externos de cada Hospital. Al crearse la figura de Áreas Programáticas, los jefes de estas habían quedado a cargo transitoriamente –aunque no de forma clara- de los profesionales de ejecución de este programa. Ante la falta de personal para responder a las exigencias de la tarea, principalmente en lo que a profesionales no-médicos respecta, se le habían empezado a asignar sobre la marcha a las Áreas Programáticas una serie de recursos humanos flexibles -instructores de residentes, residentes y becarios de programas especiales. Dada la discrecionalidad de la que gozaba cada Hospital, y la particular constelación de poder que se formaba en su interior en base a las correlaciones de fuerza entre los que ocupaban cada puesto jerárquico, en algunos casos estos recursos humanos habían sido asignados ya al desarrollo de actividades por fuera de aquel programa. De tal modo, en el momento de sanción definitiva de las Áreas Programáticas (fines de 1988) estas ya se encontraban manejando recursos propios, si bien existía gran confusión sobre su real alcance, su continuidad y sus responsabilidades. Fue así que hubo que consagrar esto de algún modo y así obtuvieron el rango de Servicio, bajo el supuesto de que en un futuro próximo estas desaparecerían al crearse los distritos de salud –redes que articularían los subsectores público, privado y de seguridad social- y allí se abriría la ocasión de pensar un modo más racional de organización jerárquico-administrativa.

En el mismo año se publicó una resolución estableciendo un protocolo sobre las denominadas actividades de APS. Pese a que la mayoría de las interpretaciones sanitarias entienden que la APS como estrategia debe atravesar todo el sistema de salud dado que se basa en el buen funcionamiento de los caudales derivatorios, los CeSACs quedarían asimilados a tal denominación. En 1990, con los primeros resultados de un incipiente sistema de vigilancia epidemiológica, se asignaron por decreto más funciones a las Áreas Programáticas y se consagró por completo la dependencia de los CeSACs a aquellas. La Dirección Adjunta de Áreas Programáticas sería disuelta en el año ´91, tras un cambio de estructura en la Secretaría de Salud Pública.

3.1.2.3. La historia reciente refractada en la configuración de los CeSACs

El contexto histórico ampliado imprimía sobre lo sanitario una nueva impronta: debido a la pauperización de sectores medios de la población, al deterioro de los servicios sociales y, fundamentalmente, al impacto de la recesión sobre los crecientes índices de desempleo y precarización laboral, se iba produciendo un incremento de la demanda sobre el subsector público de salud. La precipitación de aquel marco confería otra eficacia a la disputa por la asignación de recursos, dado que nuevos sectores tomaban así contacto con los efectores estatales.[159]

El contexto político también iría acercando nuevas definiciones. Declarándose autónoma la Ciudad de Buenos Aires, su Constitución -de octubre de 1996- y su Ley Básica de Salud Nº 153 -de febrero de 1999- otorgaron un lugar clave a la propuesta de descentralización y descongestión de unidades administrativas. La Ley Básica de Salud fue reglamentada parcialmente por el Decreto N° 208-01, con una cláusula transitoria según la cual en vistas de demorada sanción de la Ley de Comunas, se implementaban áreas de salud en relación con los actuales Centros de Gestión y Participación de la ciudad.[160] Estos cambios incluyeron a su vez una nueva modificación del organigrama según la cual se creó la Dirección General

[159] Esto estaría en la base, a su vez, de otras medidas sanitarias, como la creación en 1997 del Plan Médicos de Cabecera, el cual también se propone como un primer nivel de atención pero que sólo funciona asistencialmente y a demanda en especialidades básicas (médica, pediátrica y ginecológica, inicialmente; más tarde también odontológica). Luego se sumarían a esta propuesta, que se caracteriza por brindar las comodidades de la atención en consultorios particulares en forma gratuita merced a convenios por fuera del sector público, los Centros Médicos Barriales. Pese a depender del Área Programática, estas modalidades no llegaron a articularse con los CeSACs debido a diversos motivos –ninguno vinculado a una motivación estratégica (GCABA, 2002).

[160] Las Comunas son áreas geográficas que prevén una descentralización político-administrativa, según lo establecido en el Título Sexto de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Aun no implementadas, pero reafirmando el carácter provisorio de las instancias decisorias existentes, las Áreas de Salud se plantean como sedes administrativas de las competencias locales en salud, con la responsabilidad de analizar las características socio-epidemiológicas locales, pudiendo proponer cantidad y perfil de los servicios de atención.

Adjunta de Atención Primaria de la Salud (DGAAPS), que incorporaba nuevas líneas presupuestarias bajo el concepto de diferentes programas de APS.

Nuevos CeSACs se inauguraban como parte de aquel clima. En muchos casos, absorbiendo el Gobierno de la Ciudad pequeñas salas comunitarias de salud surgidas por iniciativas de asociaciones vecinales. El grueso de estos establecimientos se localiza en el sur de la ciudad, sector en donde se concentra la población con peores indicadores sociosanitarios. Tal inserción geográfica -en gran parte, al interior de barrios precarios, complejos habitacionales o "villas miseria"- lleva a que tengan como destinatarios privilegiados a las poblaciones más vulnerables.

La DGAAPS fue disuelta por la gestión macrista, quedando sus atribuciones subsumidas por la actualmente denominada Dirección de Redes y Programas. Una nueva figura territorial, la de Regiones Sanitarias, dividiría a partir de entonces la ciudad en cuatro zonas, modificando las dependencias en formas aun no especificadas.[161] Contrariando las expectativas de quienes vieran con agrado la asunción como Ministro de Salud de un tradicional defensor de la APS, sólo se inauguraron dos CeSACs cuya construcción ya estaba en marcha; junto con la mudanza de un establecimiento -también programada con anticipación- estos establecimientos fueron presentados como realizaciones de la gestión. En la actualidad existen en la CABA cuarenta y tres CeSACs con distintos perfiles y capacidad resolutiva.[162]

3.1.3. Salud mental en la Ciudad de Buenos Aires

Recortando a fin de nuestro interés las prácticas que surgen en su nombre -dejando por fuera de nuestro análisis lo que remita a una concepción sustantiva de este problema- analizaremos lo atinente a la salud mental en la Ciudad desde una perspectiva sociológica apelando al concepto de campo (Bourdieu, 1988; 2000; 2007). Ubicaremos de tal modo un campo científico profesional, con sus reglas de pertenencia, de consagración y sus principios de legitimidad, dentro del cual existen posiciones jerárquicas diferenciales. Articularemos aquello con la perspectiva relacional que venimos trabajando. Esto implica que rehusamos tomar partido en la definición de qué resulta adecuado o apropiado para considerar que es históricamente, a través de una lucha por la imposición de sentidos, que el campo remite a determinados

[161] Al momento de escribir esto, permanece un ordenamiento considerado transitorio, donde las Áreas Programáticas deben responder a cada una de las Regiones, sin modificar sus límites previos. No existen precisiones respecto de las implicancias de esta nueva modalidad. Volveremos sobre estas dependencias en el Capítulo Seis.

[162] Debido a que la numeración no tiene carácter de inventario, puesto que han ocasionalmente cerrado CeSACs más antiguos mientras que otros han cambiado su numeración al ser trasladados, no se ha podido constatar de forma certera la cantidad de establecimientos realmente existentes, oscilando entre cuarenta y cuarenta y cuatro en el mes de octubre del 2012.

contenidos.

El campo de la salud mental no es un espacio social discreto, sino que está caracterizado desde sus orígenes por la constante pugna respecto de su objeto diferencial, su autonomía y sus límites (Bourdieu, 1990). En consecuencia, necesita ser analizado en el marco del campo más amplio de la salud, del cual forma parte. En nuestro país aquello cobra coloraciones particulares, dado que resulta distintiva la conformación del área de la salud mental por un sector mayoritario y creciente de profesionales provenientes de la psicología (Dagfal, 2009; Noailles, 2010). La psicología como profesión, más allá de su pluralidad interna, ocupa numéricamente un lugar destacable cuando recortamos como escenario a la CABA y como eje temporal las últimas décadas.[163] Vale decir que mientras la literatura proveniente de otras partes del globo tiende a asimilar "salud mental" a "psiquiatría", en la Argentina esta equivalencia no resulta a priori tan sencilla. Por el contrario: para comprender las prácticas que tienen lugar en este campo es necesario considerar los intereses y rivalidades específicas que surgen en la lucha por el monopolio de la nominación legítima (Bourdieu, 1990). Los derechos adquiridos por cada una de las profesiones -medidos en términos de consagración, prestigio y poder- remiten a relaciones de fuerza variables. La sanción oficial del Estado ha sido siempre objetivo y arena de las pugnas. El proceso de profesionalización de los psicólogos resulta elocuente respecto de tensiones que continúan vigentes (Dagfal, 2009; Balán, 1991; Plotkin, 2003; Carpintero y Vainer, 2004; Noailles, 2010).

No exenta de resonancias del difícil proceso de legitimación de la psiquiatría como rama de la medicina, la psicología en Argentina no contó con un status científico claro ni con un dominio disciplinario definido (Plotkin, 2003).[164] El psicoanálisis había ido llenando un vacío teórico preexistente en los primeros programas de psicología dictados en la Universidad de Buenos Aires, fundamentalmente en la Facultad de Medicina.

Mediante un peculiar proceso de divulgación a través de los medios masivos de comunicación, el sentido común local prontamente embebido de terminología psicoanalítica iba a asimilar psicología y psicoanálisis –tomando a ambos como patrimonio de "lo culto", sinónimo de modernización y progreso (Plotkin, 2003). Sin embargo, quienes ejercían el psicoanálisis hasta los ´60 provenían exclusivamente de la profesión médica. Como gesto

[163] Algunos datos del año 2010 indican que el 49,2 % de los más de 67.000 psicólogos del país se encontrarían en la Ciudad de Buenos Aires, lo cual arroja unos índices de 101 habitantes por profesional recibido (Alonso, 2010). En los CeSACs, en el mismo año, era la primera profesión no-médica, con 94.021 prestaciones (elaboración propia en base a Informe Anual 2010, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires). Las estadísticas oficiales para la misma área geográfica, disponibles hasta el año 2010, ubican a las consultas psicológicas entre aquellas más frecuentes entre las consultas profesionales (disponibles en http://www.buenosaires.gov.ar).

[164] El señalamiento refiere a que en otros lugares del mundo la psicología como disciplina permaneció más ligada a otros campos (Danziger, 2005).

fundante de su ambigüedad, la carrera de psicología había sido creada en Buenos Aires en el año 1957 en la Facultad de Filosofía y Letras, pero con un Director médico (Carpintero y Vainer, 2004). La indefinición del perfil profesional de sus egresados tenía como indicador la prohibición explícita de realizar psicoterapia.[165] En Buenos Aires, donde la mayoría de los psicólogos vivía y trabajaba, esta imposibilidad estaba además consagrada por una serie de legislaciones sucesivas.[166] Con el correr de los años, las propias expectativas profesionales colisionaban con la obstaculización de que eran objeto tanto por parte de los médicos en general como de los psiquiatras de orientación psicoanalítica en particular. Los psicólogos que se iban recibiendo oscilaban entre abocarse a la clínica cargando con el estigma de la ilegalidad, y el cumplimiento de un rol no menos ambiguo: el de "agente de cambio". Este último –propugnado fuertemente por referentes claves en aquellos ámbitos- implicaba matizar la negativa a ejercer como terapeutas apelando a un discurso progresista.[167] Según este último, el rol del psicólogo consistía en promover la salud mental, asistir a gente sana en situaciones críticas cotidianas, prevenir enfermedades mentales a través de la psicohigiene, planificar políticas públicas y trabajar en ámbitos comunitarios e institucionales. En definitiva, se trataba de habilitar algún campo evitando interferir en la prerrogativa exclusiva de curar que poseían los médicos.

Por fuera de la formación universitaria, unos pocos psicólogos lograban acceder a la formación psicoanalítica en la única institución considerada legítima en este sentido en aquellos años –la APA, Asociación Psicoanalítica Argentina. Dentro de la cual, no obstante, se les impedía asociarse formalmente dada su pertenencia disciplinar. Los psiquiatras intentaban así monopolizar el psicoanálisis, visto como una práctica prestigiosa por algunos círculos de elite porteños.

Aun a pesar de este contexto, el campo de acción de los psicólogos se fue diferenciando del de los psiquiatras con el correr del tiempo. Paulatinamente, iban siendo "licenciados" y no "doctores" aquellos a quienes se identificaba con la administración de terapias psicoanalíticas (Plotkin, 2003).[168] Su inserción universitaria, al tiempo que los alejaba de la medicina, había

[165] De alguna manera, esto estaba legitimado por haber sido el mismo Freud quien consagrara esta jerarquía, llamando "analistas profanos" a los que no tenían título médico, y propugnando que, para considerar a los sujetos de modo integral, era necesario contar con conocimientos biológicos y orgánicos.

[166] La gestión de Carrillo durante el segundo gobierno peronista había promulgado una resolución en 1954 que limitaba la práctica de la psicoterapia, especialmente del psicoanálisis, a los médicos. En 1967 el gobierno militar aprueba la ley 17.132, en la que se restringe su status profesional al de "auxiliar de psiquiatría" en los territorios de jurisdicción federal, formulando la prohibición explícita de practicar psicoanálisis. En 1980 esta ley era corroborada legalmente.

[167] Arquetípicamente, José Bleger, Director posterior de la Carrera en la UBA.

[168] Esta distinción cumple la función de un verdadero ritual de demarcación. Se ha observado en distintas Jornadas organizadas desde instituciones públicas como tanto en el programa como en los certificados este

contribuido al acercamiento con la sociología y filosofía, proximidad que tuvo su piedra de toque con la recepción de la obra psicoanalítica francesa, más afín a la lingüística que a la biología.[169] De tal modo, la identidad profesional se fue asemejando a la de un intelectual, en una configuración que distingue al contexto local del resto del mundo.

En Argentina se había caracterizado al psicoanálisis como antípoda de la psiquiatría clásica. Esto había habilitado el camino a las perspectivas más progresistas. Psicoanálisis y militancia comenzaron a alimentarse el uno al otro en distintos círculos porteños durante los ´60 y ´70. La disputa por la hegemonía que distinguió a los psicólogos llevó a que resultara sencillo asimilarlos con las corrientes más críticas; la carrera de psicología se fue configurando en consecuencia como un espacio particularmente permeable a la politización que atravesó el ambiente universitario durante aquellos años (Visacovsky, 2002).[170] Similar impronta adquirirían otros ámbitos colectivos donde la participación de los psicólogos era protagónica. Como contrapartida, los psicólogos eran vistos por los médicos más tradicionalistas como jóvenes impertinentes, que querían burlar un límite institucional infranqueable (Plotkin, 2003). Aunque deberíamos haber escrito "psicólogas", puesto que la mayor parte de quienes se sentían convocados por esta disciplina eran mujeres. Este consistió de hecho en un elemento agregado que consolidaba la posición subalterna de la psicología dentro del campo de la salud (Balán, 1991).[171]

Los efectos de la última dictadura militar sobre lo anterior fueron complejos (Visacovsky, 2002). A partir de la reapertura democrática el número de psicólogos recibidos ha ido en ascenso, así como han ido ganando espacios crecientes en el ámbito de lo público. No obstante, su posición subalterna no ha sido sustancialmente modificada. En términos laborales, lo anterior se plasma en inserciones más precarias que las de los profesionales médicos -siendo la profesión con más trabajadores ad honorem en el ámbito público.

En 1985 se sancionó finalmente la legislación que habilita a los psicólogos a ejercer psicoterapia; distintas fuentes indican que a partir de aquel momento la demanda ha ido

---

detalle insume una preocupación aguda por parte de los organizadores y administrativos. Si alguien tiene su doctorado completo pero no es médico, es probable que le anteceda "Lic.", mientras que para un médico apenas se recibe de tal le corresponde el título honorífico sin correlación académica; los médicos -desde un jefe de servicio a un concurrente recién ingresado- quedan así diferenciados de los que no lo son –incluso de un jefe de servicio "no-médico".

[169] Recepción llamativa por su magnitud, facilitada a su vez tanto por la escisión entre psicología y medicina que tenía lugar en el contexto local donde más numerosos eran los primeros, como por la tradicional recepción ampliada de nuestro país a las obras y autores franceses.

[170] Algunas figuras intelectuales (como el mencionado José Bleger, además de Oscar Masotta, León Rozichner, entre otros) resultaron clave para esta convergencia entre preocupaciones teóricas y políticas.

[171] La masa profesional estaba así en un lugar de doble subordinación: los escasos varones psicólogos eran quienes iban ocupando las jerarquías académicas, profesionales y gremiales. Este factor tuvo un peso simbólico fundamental en las luchas del colectivo profesional por adquirir nuevos (Plotkin, 2003; Balán, 1991).

constantemente en ascenso. Argentina se ha convertido en el centro mundial de un lacanismo ya despojado en gran parte de sus apropiaciones más politizadas (Plotkin, 2003; Visacovsky, 2002), y el psicoanálisis continúa siendo la corriente hegemónica al interior de la carrera en la Universidad de Buenos Aires. Sin embargo, no sólo se trata de un campo heterogéneo y con una abundante proliferación de prácticas y perspectivas, sino que -diferenciándose de una corporación en sentido tradicional- una de sus características distintivas es la explicitación abierta y recurrente de las disidencias.

En la actualidad, las prerrogativas que poseen los psiquiatras en tanto provenientes de la medicina compensan su rol subalterno frente al resto de los especialistas médicos.[172] Muchos de los recursos diferenciales de poder que maneja se relacionan con el monopolio legal de la prescripción medicamentosa -lo cual les permite entrar en vinculación para con la farmacología, uno de los mercados mundiales más poderosos.[173] En el plano de lo simbólico, son quienes están oficialmente autorizados a sancionar aquello que Talcott Parsons (1984) analizara como una de las funciones básicas de la medicina: el rol del enfermo.[174]

En el campo ampliado de la salud, la corporación médica ejerce un poder sobre la definición estructural del sistema sanitario que no ha sido siquiera amenazado (Belmartino, 2005). Las agencias profesionales y gremiales se encuentran divididas entre las calificadas de "médicas" y las definidas por su negativa ("no-médicas"). Las primeras, institucionalizadas y cohesivas, tienen rutinizado el acceso a la negociación con las autoridades -tanto en cuanto a condiciones laborales como en lo relativo a instancias de planificación y gestión. Los actores colectivos que encarnan la defensa de los intereses de los psicólogos, en cambio, se caracterizan por su continua proliferación y por sus rivalidades internas -dado que las múltiples perspectivas teóricas tienden a constituirse en el principal vector de los agrupamientos. Vale decir que si bien la mayoría de los psicólogos en el ámbito público tiende a definirse como analista, esto no implica una convergencia. Por el contrario, los distintos modos de comprender -teórica y prácticamente- lo implicado por aquella definición, que históricamente caracterizaron al psicoanálisis en nuestro país, se refractan aún más en las propuestas de reapropiación de estos abordajes, tradicionalmente privados (Carpintero y Vainer, 2004; Plotkin, 2003; Visacovsky,

[172] Desde sus orígenes como disciplina, la psiquiatría, dado el carácter no inmediato ni evidente de su vinculación para con la esfera de lo biológico, estuvo en constante amenaza de revisión por parte de la medicina (Freidson, 1978; Galende, 2008).

[173] Según la legislación argentina en vigencia, sólo los profesionales médicos están autorizados a prescribir medicación.

[174] Dando cuenta de la posición subalterna en términos de capacidad de sanción legítima, las licencias otorgadas por los ámbitos laborales y educativos por problemas de salud mental llevan el nombre de "psiquiátricas" -pese a que eventualmente, como resultado de las disputas en este campo, pueden llevar la firma de un psicólogo. En relación con la capacidad de sanción autorizada, nos remitimos a las conceptualizaciones de Austin (1982).

2002). En tal sentido, el psicoanálisis opera débilmente como aglutinador al referir, de modo conflictivo y contradictorio, a propuestas notoriamente disímiles.

La relación de subalternidad con la medicina lleva a pensar la psicología no sólo en términos de diferencias sino también de transacciones (Adissi, 2010a; Menéndez, 1985; 1990; 1992; 1993; 1994; 2004; Menéndez y Di Pardo, 1998). Su inclusión en Hospitales Generales ha provocado una suerte de medicalización de la psicología (Visacovsky, 2002). El lugar subordinado que ocupa le permite tanto recibir una transferencia de autoridad por parte de la medicina como contribuye a sostener la legitimación de esta última ocupándose de aquellas cuestiones que los abordajes biomédicos no consiguen resolver.[175] En consecuencia, el lugar subalterno de la psicología queda consagrado a través del carácter residual con que suele recibir las derivaciones -se suele acudir a ella fundamentalmente cuando otros abordajes no obtienen éxito.

Cabe señalar que la subordinación no es meramente impuesta desde el exterior, sino que la propia asunción de esa posición forma parte de la misma dinámica relacional. Los contenidos de lo subalterno no pueden ser deducidos a priori, dado su carácter dinámico. De tal manera, mientras que las nuevas normativas de salud mental se propusieron subvertir aquel estado de situación, concentraron su disputa en las incumbencias específicas de los médicos psiquiatras. Fueron estas las que colonizaron en el sentido común lo definido como "salud mental". La jurisdicción propia de los psicólogos así como su modo de trabajo específico permanecieron por fuera del espectro de lo puesto en cuestión. Los propios psicólogos -individual y colectivamente- contribuyeron con la reproducción de una malla de visibilidad donde las prácticas que los singularizan permanecían relegadas. Es que la posición subalterna de la psicología no sólo se verifica en su inserción institucional. Los propios movimientos sociales y colectivos progresistas suelen asimilar la salud mental para con aquellas prácticas que históricamente han sido prerrogativas de la medicina.[176]

Ligados a su condición subalterna, los problemas que enfrentan los psicólogos del subsector público en su quehacer cotidiano han quedado al margen de las definiciones explícitas.

3.1.3.1. Aprehender la psicología en Buenos Aires

El lugar subalterno de la psicología se corresponde con la equivalencia entre el campo de la

[175] En la cotidianeidad de las instituciones de salud, esto se manifiesta tanto en las actividades de interconsulta como en las propuestas de trabajo interdisciplinario: los psicólogos tienden a tomar las temáticas biomédicas casi sin excepción, mientras resulta frecuente que releguen otros niveles explicativos. También los psiquiatras tienden a controlar los cargos de Residencias y Concurrencias en el ámbito de lo público –en los que muy gradualmente pudieron irse incorporando los psicólogos en un rol subordinado.

[176] Al respecto, véanse los capítulos anteriores.

salud y el de la medicina.[177] Creemos necesario introducir algunos rasgos básicos del problema que estamos aquí construyendo, aludiendo a las prácticas que suelen llevar adelante los profesionales psicólogos en distintos ámbitos.

En sus múltiples versiones locales, la psicología encuentra sus distintos ámbitos de prácticas mayormente entre aquellas problemáticas que no se consideran susceptibles de recibir una internación como medida terapéutica. Desde las perspectivas psicoanalíticas -mayoritarias en la CABA- su ingerencia, potencialmente omniabarcativa, se desprende de la demanda que cualquier sujeto puede realizar. Sin remitir de modo necesario a un cuadro patológico, tal demanda aparece ante la angustia y se vincula con la dimensión subjetiva de la existencia -independientemente de las circunstancias.[178]

En continuidad con ser en principio potencialmente universalizable, los abordajes clínicos más comunes en psicología plantean algunas diferencias fundamentales en relación con los abordajes médicos. No se corresponden con la atribución de enfermedad, no se consideran como algo indeseable, ni disculpan de proseguir con sus tareas a quienes los reciben (Parsons, T., 1984).[179] Por el contrario, poseen una continuidad con la esfera de lo cotidiano. Tan es así que la propuesta de tratamiento más frecuente consiste en proponer un espacio de encuentro de frecuencia semanal, encuadrado en espacio y tiempo prefijados, cuya duración óptima es como mínimo treinta minutos. En este encuentro, escuchar la singularidad de lo que aqueja al consultante es, generalmente, el objetivo fundamental. Lo cual plantea una relación profesional/sujeto bien diferente a la relación médico/paciente -elemento tradicional de la bibliografía socioantropológica en salud.[180]

En estrecha correlación con lo anterior, conceptos del campo de la salud pública adquieren una nueva coloración. Puede resultar incluso dificultoso utilizar sin más muchos de los términos habituales en el ámbito sanitario. Esto sucede, por ejemplo, en cuanto al diagnóstico, o a la diferenciación entre necesidad y demanda -con su correspondencia en conceptos como "detección precoz".[181] También, lo relativo a la autoatención o autocuidado requiere ser re-

[177] Lo cual equivale a afirmar que no es la única profesión que ocupa un lugar subalterno en el campo de la salud.
[178] Utilizamos el concepto de patología en el sentido sociológico de aquello que se desvía de la norma. La concepción que desde el psicoanálisis se tiende de las neurosis, como algo universal, lleva a que cualquier demanda sea legítima y amerite la oferta de un tratamiento.
[179] Los discursos preponderantes, con anclaje en el psicoanálisis, utilizan el concepto de responsabilidad en una clave distinta, casi opuesta. Al mismo tiempo, desde lo sedimentado en el sentido común lo "psicológico" suele ocupar muchas veces un lugar cercano a la sugestión, o a lo modificable por propia voluntad.
[180] Cabe recordar lo arriba mencionado, en el sentido de que una de las particularidades del contexto local es que las psicoterapias –del tipo a describir- se encuentra en su mayor parte llevadas a cabo por psicólogos. Respecto de la relación médico-paciente pueden consultarse Ayres (2008) y Barry et al (2001).
[181] Proyectos políticos de corte eugenésico o xenofóbico argumentados en la detección precoz de trastornos mentales (Talak, 2005).

examinado, al igual que la relación entre consulta profesional e incapacitación para el desempeño cotidiano.[182] Finalmente, en la asociación de salud y medicina el modelo es la cura como objetivo central, mientras que desde distintas conceptualizaciones psicoanalíticas se lo otorga a tal concepto un significado bien diferenciado al médico –entendiéndola como dirección a la vez que, muchas veces, como meta imposible.[183]

Lo anterior lleva a que al apelar a desarrollos teóricos y analíticos que han tomado a la medicina como objeto, suponiéndola equivalente con el campo de la salud, las particularidades que distinguen a las prácticas cotidianas de los psicólogos permanezcan invisibilizadas.

3.2. El área de Salud Mental en los CeSACs como espacio subalterno

Establecimientos comparativamente pequeños, de carácter polivalente, y conformados por especialidades básicas, los CeSACs poseen una misión difusa. Esta consiste en complementar sus actividades asistenciales y a demanda con otras tareas de orden intersectorial e interdisciplinario, extramural, con participación comunitaria, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, no existen especificaciones respecto de qué implica lo anterior.

La localización, el tamaño y la baja complejidad tecnológica de los establecimientos de Atención Primaria de la Salud llevan a que habitualmente resulten desjerarquizados como establecimientos sanitarios (Menéndez, 1988; Testa, 1993; Wilner y Stolkiner, 2007). Las dinámicas que llevan a la pregnancia de lo hegemónico se fundamentan en la distribución estructural de recursos materiales y simbólicos. Sin factores de peso como la normatización o la acción colectiva, difícilmente pueda disputarse una jerarquización de aquello que sigue otros parámetros. Vale decir que el hecho de que las normativas sanitarias que enmarcan a los CeSACs no especifiquen para ellos funciones o metas precisas, no propongan mecanismos explícitos para la instauración, sostenimiento o monitoreo de prácticas que los particularicen, contribuye a que en su accionar cotidiano estos establecimientos reproduzcan los parámetros hegemónicos. Subalternidad e indefinición normativa son dos características definitorias de los CeSACs. También, dos rasgos que se retroalimentan.

---

[182] Para desarrollos sobre autoatención o autocuidado consúltese Menéndez (1992; 1993; 2004). La relación entre incapacidad para el desempeño cotidiano y consulta médico ha sido clásicamente desarrollada en Boltanski (1975); en Argentina véase Llovet (1989).

[183] Si bien se ha objetado que aquel modelo deja sin conceptualizar lo relativo a enfermedades crónicas y gerontológicas (Castro, 2011), detenernos en esto excedería los objetivos aquí propuestos.

Pese a que sus rasgos estructurales los unifican, los CeSACs suelen ser considerados de modo aislado, contribuyendo a reproducir a través de tal intelección su fragmentariedad. Resulta difícil encontrar documentos oficiales que tomen a su totalidad por objeto. No obstante, el lugar desventajoso que ocupan dentro de la distribución de recursos resulta ostensivo. Un Informe del año 2002 -el único que hemos podido encontrar- indica que los CeSACs contaron en ese año con la asignación de recurso físico más baja del sistema sanitario, con el 2% del total de la superficie cubierta y produciendo el 7% de las consultas, aun bajo la aclaración de que esas cifras presentaban subregistro de sus prestaciones. Las consultas de los CeSACs representaban para ese año el 9,4 % de la totalidad de la producción de los Hospitales Generales de Agudos.[184]

Hablar de hegemonía médica requiere a su vez hacer alusión a los contenidos concretos que predominan en su orientación. Vale decir, aludir a la biomedicina (Menéndez, 1988; 1990a; 1990b; 1992). La formación de pre y posgrado de los profesionales médicos en nuestro país, y particularmente en la CABA, se define de acuerdo a un modelo asistencial tradicional. Este modelo, a su vez, resulta en la actualidad funcional a la dinámica del mercado de la salud. Así, la especialización creciente, y la priorización concomitante de la atención de patologías complejas, con incorporación de tecnología instrumental de alta complejidad, suelen ser las que gozan de mayor prestigio en el campo de la salud -o más precisamente, en el campo médico. Íntimamente vinculada con tal estatus se encuentra la remuneración elevada que tales prácticas prometen.

Mientras que la atención ambulatoria en el subsector público es tenida como una práctica menor, este carácter subalterno se acentúa en los establecimientos descentralizados y de baja complejidad. A su vez las prácticas extramurales, las interdisciplinarias, las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ocupan el lugar más desjerarquizado -acentuado en la medida que superpongan aquellos elementos.

Dado el tamaño reducido de los CeSACs, estos no poseen una división interna que los organice en Servicios, tal como la que existe en los Hospitales. De tal manera, no existe la posibilidad de un ascenso jerárquico. Al mismo tiempo, las fronteras entre especialidades pueden volverse borrosas. Y finalmente, un hecho que pareciera ir de la mano con lo anterior al tiempo que radicalizar la distancia para con lo hospitalario: las funciones a cumplir no se encuentran especificadas. El margen de libertad para definir la propia tarea es particularmente

[184] Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Secretaría de Salud, Dirección General de Atención Integral de la Salud, Subprograma de Modernización, componente de modernización de los procesos estratégicos, Proyecto de fortalecimiento de la capacidad de gestión del GCABA en planeamiento del recurso físico en Salud, Etapa A, *Informe Final "Diagnóstico del recurso físico en Salud del GCBA"* agosto, 2002

amplio. Casi como justificación del carácter subalterno, esta autodeterminación suele ser vista como ventaja fundamental de la inserción en los CeSACs.[185]

En tal contexto, los cargos profesionales de los CeSACs suelen cargar con sentidos que oscilan entre lo estratégico, lo aleccionador y lo reivindicativo. Así, se encuentra quienes visualizan su inserción como un plataforma inicial necesaria y coyuntural en vistas de ingresar a la carrera municipal. También, quienes han llegado a un CeSAC descendiendo de categoría desde una inserción hospitalaria, a raíz de haber sido *castigados* por alguna autoridad hospitalaria. Finalmente, quienes ocupan estos espacios bajo una impronta ideológica que tiende a asimilar el trabajo en estos efectores a una *militancia.*[186]

El carácter subalterno de los CeSACs es asumido también por la población consultante, la que contribuye a producir y reproducir el prestigio de los establecimientos más complejos. Al no estar ordenados los flujos de consulta y derivación en niveles de complejidad -lo cual desde una perspectiva sanitaria llevaría a que el contacto inicial y longitudinal sea para toda la población el primer nivel de atención, en este caso, los CeSACs- la consulta espontánea de baja complejidad suele resolverse en el marco de los Hospitales Generales.[187]

El carácter subalterno de las posiciones provistas por los CeSACs se agudiza cuando se trata de profesionales no-médicos. Como resultado de la relación hegemonía/subalternidad, la tendencia es una jerarquización implícita de las acciones que repitan modelos médicos y hospitalarios. Esto confiere una impronta acentuada tanto a la elección de llevar adelante prácticas con rasgos hegemónicos -como la asistencia individual, intramural y a demanda- como a la decisión de realizar actividades de otro tipo.

La falta de precisión respecto de las ingerencias para el caso de los profesionales no médicos de salud mental en el marco de la Atención Primaria de la Salud encuentra su piedra de toque en el carácter marginal que ocupa dentro del marco de los derechos formalmente consagrados. Por su cuantía y por los rasgos relativamente estables que su desempeño adquiere a falta de lineamientos, las prácticas de los psicólogos en los CeSACs se vuelven un punto de mira interesante para acceder a aquellas realidades no comprendidas por las políticas públicas. Al mismo tiempo, su carácter subalterno se vuelve causa y resultado del haberse escabullido de la agenda pública de debate.

---

[185] Desarrollaremos este punto en el Capítulo Seis.

[186] En itálicas la terminología de los actores, según se fue encontrando a lo largo del trabajo de campo.

[187] Sobre el ordenamiento deseable para el sistema sanitario la referencia clásica es a los desarrollos de Barbara Starfield (2001). Respecto de la mirada que lo población posee al respecto en la Ciudad de Buenos Aires, puede consultarse el Informe "Diagnóstico del recurso físico en Salud del GCBA" (GCABA, 2002).

3.3. La inespecificidad del área de salud mental de los CeSACs

Nuestra hipótesis de partida es que el carácter subalterno del área de salud mental de los CeSACs determinó que permaneciera por fuera de la malla de visibilidad pública en contextos donde la "salud mental" como tópico entraba vigorosamente en la agenda política. Según hemos descripto, retroalimentándose con la subalternidad, la inespecificidad forma parte de las características distintivas de aquel espacio. Reforzaremos nuestra hipótesis al postular que la dificultad implicada por tomar como objeto investigativo o político un área cuyos contornos borrosos y sus características imprecisas gravitan directamente en su escasa visibilidad, en tanto los intereses que permite articular son vagos y difusos.

Los problemas públicos existen en función de una representación mediada por múltiples selecciones (Blumer, 1971; Sabatier y Mazmanian, 1993). Entre los principios de selección que llevan a que un tema prevalezca sobre otros, hay algunos que son específicos de cada arena política. Y hay otros que generalmente son comunes. Entre estos últimos se incluye la condición de novedad, el carácter espectacular o dramático con que el problema puede ser presentado, y la permeabilidad de éste para escenificar creencias y valores socialmente generalizados. También, la facilidad con que puedan identificarse causas y responsabilidades. En consonancia con lo anterior, Sabatier y Mazmanian (1993) enumeran una serie de requisitos que hacen a lo que conceptualizan como *tratabilidad* -o no- de ciertos problemas. Según estos autores, las propiedades constitutivas de ciertos problemas llevan a que estos resulten más escurridizos para el ordenamiento que puede impartirse desde los marcos normativos. La intratabilidad comprende básicamente aquellas situaciones cuya heterogeneidad constitutiva dificulta la formulación de reglamentaciones claras. También, aquellas donde resultan poco claros los cambios a implementar o donde no se dispone de teorías suficientemente consensuadas sobre lo deseable. Finalmente, reglamentar el funcionamiento de unidades organizacionales dispersas y con una tradición de autonomía relativa resulta una tarea sumamente compleja.

Desde esta aproximación el área de salud mental de los CeSACs resulta a priori con pocos atributos de tratabilidad. Pero no sólo tal caracterización la vuelve propensa a quedar rezagada de la agenda pública. En contraposición con la internación como medida terapéutica, la definición de aquello que sucede en los CeSACs como un problema tiende a resultar contraintuitiva, puesto que resulta a priori más visible la dispersión de prácticas y perspectivas que tienen lugar en su seno. Desde el sentido común de los actores, la interdisciplina real o potencial licúa sus fronteras. Ni siquiera son equipos diferenciados los que en ella se desempeñan -en ocasiones pueden conformarse a modo de tales, pero mayormente se trata de

profesionales aislados entre sí. Subalterna y reducible a una unidad sólo merced al ejercicio analítico, los límites del área de salud mental en los CeSACs son escurridizos.[188]

3.4. El rol de las ciencias sociales

Construir un problema investigativo cuyos límites no coinciden con el de un problema social implica una serie de desafíos. En el caso que nos ocupa, los posicionamientos presentes al interior de las ciencias sociales no sólo son referencias teóricas que posibilitan un planteo al señalar aquello que aún no ha sido suficientemente abordado. Sino que al mismo tiempo han gravitado en las definiciones presentes en la agenda pública.

Los cientistas sociales gozan del poder de la eficacia simbólica en tanto capacidad de construir visiones del mundo. Es que el referencial de las políticas públicas encuentra un insumo fundamental en los diferentes foros profesionales que hacen a la formación del saber que le sirve de sustento (Jobert, 2004). La influencia de las ciencias sociales se juega fundamentalmente en los términos de referencia a partir de los cuales surgen las orientaciones generales, las estrategias consideradas, y las posiciones legitimadas. Al mismo tiempo, su producción depende de los contextos que la habilitan tanto como la condicionan. En tanto productores culturales, los cientistas sociales poseen el poder simbólico de hacer ver, de llevar al estado explícito experiencias más o menos confusas, imprecisas, o no formuladas (Bourdieu, 1988). Asimismo, la capacidad de declinar este poder por otro: el de otorgar consenso a ciertas opciones políticas en detrimento de otras.

3.4.1. Cuestiones de Estado y estados de la cuestión

Nuestro posicionamiento teórico-investigativo aconseja una relectura crítica del campo en que nos inscribimos (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1975). Dado que el área de salud mental en general ya ha sido abordada por otros trabajos, nos resulta necesario explicitar la relación que con ellos guarda nuestro recorrido.

Tal como hemos mencionado en el Capítulo Introductorio, resulta habitual que aquellos

[188] Lo que en principio podría modelar al área de salud mental de los CeSACs como objeto es un deber ser sanitario. De acuerdo con conceptualizaciones de índole técnica, debería tratarse del primer nivel de atención. Es esta una calificación relacional: se recomienda la existencia de tres niveles de complejidad creciente. Ahora bien, si en el campo de lo biomédico existe cierto consenso respecto de qué implicaría cada uno de estos niveles, en el ámbito de la salud mental se vuelve difícil circunscribir cada uno. Algunos autores coinciden, sin embargo, en suponer que el primer nivel debería corresponder a prácticas extramurales, de prevención y promoción, interdisciplinarias e intersectoriales, vinculadas con la posibilidad de referir a aquellos sujetos que requieran de asistencia psicoterapéutica (Díaz Arana, 2008; Rosendo, 2009, 2010). Desde esta perspectiva, aquella miríada de prácticas diseminadas, heterogéneas y sin conexión entre sí realmente existente es vista como un desvío de lo esperado. Creemos, sin embargo, que pueden encontrarse otros rasgos en el área de salud mental de los CeSACs, en base a los cuales pensarla en términos distintos a los meramente negativos.

trabajos se presenten a sí mismos alineándose con una perspectiva de derechos. En consecuencia, tienden a explicitar su compromiso de contribuir con metas de índole social -básicamente, con relación al acceso al sistema de salud, y la calidad y oportunidad de los servicios. Entendemos que los aportes que desde allí pueden hacerse son innumerables, y que existen trabajos valiosos que así lo demuestran. No obstante, creemos que aquel punto de partida confiere a su vez ciertas limitaciones.

En el contexto particular que describiéramos en el Capítulo Dos, donde los valores con los que desde las perspectivas de derechos se comulga aparecían como amenazados, la urgencia por participar en su defensa tiñó las producciones investigativas. Definido dualmente el escenario, los trabajos académicos producidos en la CABA tendieron a priorizar como objetivo la contribución a quienes rechazaban la orientación de la gestión local. Esto convergió con la reciente incorporación bajo distintos formatos de una parte de los cuadros intelectuales críticos en la administración pública nacional.

Siendo que el kirchnerismo propuso como uno de los ejes de su gestión el desarrollo de políticas sociales, éstas no sólo se convirtieron en objeto habitual de los cientistas sociales sino que a su vez estos últimos fueron convocados para colaborar con los diagnósticos, diseños, la implementación y la evaluación de planes, programas y proyectos. Junto con la circulación de los científicos sociales por espacios institucionales ministeriales y académicos, las categorías de percepción y apreciación forjadas en unos y otros se iban mixturando.[189] Se entrecruzaban así dos ámbitos con lógicas disímiles de funcionamiento y validación.

Condición y resultado de lo anterior ha sido compartir una serie de supuestos sobre el rol del Estado. La problematización de este último, de sus contornos y funcionamientos efectivos, dejaba de ser objeto de indagación volviéndose escenario. Entender que su tarea es la integración social trajo aparejadas propuestas para subsanar las que de tal modo eran entendidas como fallas de su accionar. La preocupación por realizar recomendaciones tendió a subordinar la generación de categorías analíticas que permitan dar cuenta de los funcionamientos institucionales reales y cotidianos -principalmente, de aquellos que se apartan de los lineamientos formales.

Junto con lo anterior, se instaló la tendencia a reproducir las formulaciones iniciales de los distintos problemas. Con ello se repetía la operación de recorte y acentuación plasmada en la agenda pública y las políticas. Al mismo tiempo, llevaba a que cada problema así definido

[189] Tal como se ha mencionado en el Capítulo Uno, en el caso particular bajo estudio, las perspectivas de los estudios sociales no sólo estuvieron presentes en el debate sobre las nuevas normativas en salud mental, sino que además contribuyeron a configurarlos. Muchos de los términos presentes en las normativas sobre salud mental provenían de las ciencias sociales.

fuera remitido a su correspondiente sector administrativo de intervención. En este marco, lo catalogado como relativo a la salud tendió a ser abordado con un arsenal teórico proveniente del mismo campo, y presentado en instancias de discusión y debate sobre esta misma materia. En consecuencia, encontraría escasas ocasiones de ser discutido de manera transversal -es decir, a partir del diálogo con quienes investigan en otras áreas.[190] Las conexiones entre tramas heterogéneas, entre problemas pertenecientes a áreas institucionales disímiles tendieron a quedar relegados.

Dar por hecha la aparente coherencia de un problema es uno de los obstáculos epistemológicos que se le presentan habitualmente al sociólogo en su quehacer (Bourdieu et al, 1975). La oportunidad que los intelectuales encontraron de participar en las políticas de Estado no estuvo exenta de transacciones: ella implicaba limitar la potencialidad crítica en aras de ceñirse a las prenociones necesarias para la formulación de orientaciones públicas (Bourdieu, 1997). De tal manera, el singular contexto histórico acrecentaba el riesgo de transferir a los objetos las características requeridas por las soluciones disponibles. Vale decir, de descuidar que los dominios de intervención no se corresponden *bis a bis* con los contornos reales de los fenómenos.

Al repetir los términos con que aquellas fueran formuladas, la riqueza de estos estudios encuentra un límite cuando se pone de manifiesto que sus formulaciones no agotan la realidad existente. Lo cual sólo queda evidenciado mediante la indagación empírica concreta, es decir, al analizar la cotidianeidad de un determinado dominio de prácticas. Merced a una operación de ruptura, vigilando los preconceptos, se llega a entrever que lo que cotidianamente se realiza en nombre de una determinada cuestión -el cuidado de la salud, pongamos por caso- puede en la realidad guardar relaciones insospechadas para quien sólo incluye en su rastreo una dimensión sustantiva. Para vincular prácticas y significados con totalidades distintas a las del dominio oficial de emergencia se requiere de una batería conceptual distinta a la que estructura los términos de las políticas públicas.

Nos propusimos indagar un área que ha quedado por fuera tanto de los términos formales como de las discusiones de agenda. Analizado lo anterior, nos interesa abrir la posibilidad de replicar la modalidad de análisis hacia otros espacios donde el Estado se hace presente de distintas maneras -por acción u omisión, directa o indirectamente, por la superposición de

[190] Parte importante de lo que sucede en un campo disciplinar se sigue de su afán de legitimarse (Vezzetti, 2007). El rol hegemónico de la medicina en el campo de la salud la ha vuelto a su vez referencia de los términos en boga. Como resultado, la vasta producción académica derivada del encuentro entre las ciencias sociales y el campo de la salud ha tendido a nuclearse en torno del eje salud-enfermedad (Castro, 2011), en pugna con las definiciones de corte más biomédico pero en el mismo gesto, ratificando la arena de disputa.

intervenciones de sus distintas agencias- sin mediar orientaciones formalizadas en términos de políticas públicas. Al mismo tiempo, nos interesa abrir el interrogante respecto del vínculo entre aquellas dinámicas en que el rol del Estado se juega por fuera de la malla de visibilidad pública, y la posición estructural de los distintos espacios sociales en términos de hegemonía/subalternidad.

Conclusiones preliminares

La malla de visibilidad pública ha recortado la problemática del encierro como preocupación principal dentro del campo de la salud mental. Mientras tanto, al interior del subsistema público de salud, en el marco de una serie de establecimientos polivalentes, ambulatorios y descentralizados -CeSACs-, profesionales de la salud mental, principalmente psicólogos, entran en contacto día a día con sujetos socialmente vulnerables. Las prácticas en las que unos y otros se vinculan, sus determinantes y externalidades, han quedado rezagadas tanto de la mirada pública como de los análisis de las ciencias sociales. ¿Qué desafíos e implicancias plantea convertir este espacio en objeto de indagación? ¿Serán análogos para todo aquel que construya un problema investigativo allí donde no existe un problema social?

Hemos considerado que lo anterior requiere en primer lugar de una operación de ruptura que permita deslindarla. En segundo lugar, dada la ausencia de instancias formales que coincidan con el recorte de la indagación, requiere desarrollar un abordaje empírico de carácter intersticial. Como contrapartida, su fortaleza resulta de la potencialidad de convertirse en punto de observación de fenómenos y dinámicas comúnmente no tematizadas.

Mientras que en el contexto político rivalizaban dos proyectos estatales contrapuestos, ¿qué contornos de lo estatal se ponen de manifiesto en la cotidianeidad de las instituciones, por fuera de todo proyecto? Desprendido de lo anterior, puesto que aquellos modelos rivales presentaban distintas orientaciones respecto de la relación entre el Estado y los sujetos socialmente vulnerables, ¿qué tipo de relaciones tienen lugar allí donde el vínculo no está mediado por las políticas públicas? Nos proponemos describir la cotidianeidad del área de salud mental de los CeSACs de la mano con el análisis de los modos en que en ella se presenta lo estatal. Creemos necesario complementar el análisis de las políticas en salud mental con este nivel de indagación provisto por lo que ha permanecido por fuera del recorte. Entendemos que los efectos específicos de esta exterioridad se vuelven asequibles al ubicarlos estructuralmente en términos de hegemonía/subalternidad, y al adoptar una mirada que trasvase la tradición de estudios vigente en el campo de la salud. Consideramos que el hecho

de que a través de esta área entren en contacto agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables permite una clave de lectura forjada en el diálogo con las políticas sociales urbanas -dejando de lado lo específicamente vinculado a la órbita de la salud. Al mismo tiempo -sostenemos- analizar un área de prácticas que se identifica como perteneciente al campo de la salud mental, poniendo en tensión las formulaciones resaltadas por la malla de visibilidad pública, puede ofrecer líneas de análisis que sugieran aspectos a indagar en otras áreas de intervención estatal, haciendo extensiva la problematización aquí forjada. De tal modo, puede servir como oportunidad de aprehender un modo de funcionamiento estatal que queda sin conceptualizar cuando se reducen las intervenciones estatales a aquello que tiene lugar como consecuencia de orientaciones fijadas por políticas públicas.

El área de salud mental de los CeSACs admite una lectura en términos heurísticos, respecto de qué dimensiones del accionar estatal que no obedecen a orientaciones explícitas de las gestiones gobernantes se ponen de manifiesto al abordar un espacio subalterno. Creemos que en el carácter no regulado y, de modo concomitante, no problematizado de este espacio reside su fertilidad investigativa. No obstante, esta afirmación es sólo el punto de partida de una serie de nuevos interrogantes ¿Hay algo característico, que distingue a todo aquello que queda por fuera de la mirada pública, o lo que se observan son nuevas conexiones entre los fenómenos? ¿Es condición de lo subalterno el carácter borroso, inespecífico, desestructurado? ¿Marca una diferencia en la cotidianeidad de las agencias aquel carácter de subalternidad, o sería indistinto tomar cualquier área de prácticas siempre que se evite partir de una mirada normativa? ¿Qué tipo de dimensiones tienden a caer por fuera de los análisis que repiten las formulaciones de las políticas públicas? ¿Acaso desde el carácter complejo y errático de lo que emerge al análisis desde un espacio subalterno se pueda acceder de modo más directo a aquellas condiciones inadvertidas -en tanto no respetan los contornos de la definición de políticas públicas? De ser así, habríamos tal vez encontrado una vía para indagar aquellos determinantes de sus consecuencias no buscadas. Habremos quizás encontrado así un modo de contribuir con la política pública distinto al habitual. Los próximos capítulos se desarrollarán en las tensiones generadas por estas preguntas.

- Sección II -

La cotidianeidad en las agencias estatales

-Capítulo 4-

Prácticas y valoraciones cotidianas en el área de salud mental en los CeSACs

Introducción

Hemos propuesto que la existencia de realidades que han quedado por fuera de las especificaciones normativas admite ser interpretada a la luz del concepto de "malla de visibilidad" -en lugar de como un mero problema de diseño. Esto nos conduce a indagar el cariz productivo y la eficacia específica de las acciones que tienen lugar en el seno de instituciones públicas, evitando una mirada normativa.

Discutiendo o complementando a quienes abordan la capacidad estatal, preocupados por la probabilidad de que las organizaciones estatales obtengan los resultados que se proponen a través de sus políticas, algunos autores han planteado el interés de indagar aquello que efectivamente sucede poniendo en cuestión tales orientaciones explícitas. Así, mientras la capacidad estatal se ubica de modo fundamental en la demarcación entre los ámbitos públicos y los intereses privados, se ha sostenido la fecundidad investigativa de rastrear aquello que pone en cuestión la imagen misma de tales esferas diferenciadas (Gupta, 1995; Helmke y Levitsky, 2006; Migdal, 2011; Mitchell, 1991). Desde otra línea de desarrollos, los análisis de políticas públicas han aportado la desustancialización del Estado, señalando la necesidad de aprehender cómo su rol se juega de modo distinto en cada área concreta de políticas (Aguilar Villanueva, 1993; Bachrach y Baratz, 1963; De León, 2007; Jobert, 2004; Jordana, 2007; Padioleau, 1989; Parsons, W., 2007; Sabatier y Mazmanian, 1993; Subirats, 1989; Surel, 2006). Desde una tercera corriente teórico-investigativa, quienes han conceptualizado y analizado aquello entendido como *burocracia al nivel de la calle* (*street level bureaucracy*) han considerado que el análisis de las normativas estatales no agota la realidad de las políticas públicas, sino que para comprender las relaciones concretas que se establecen entre el estado y la sociedad, aquel debe ser complementado con la observación de los niveles microsociales de interacción, que es donde se materializan las prácticas públicas (Aguilar Villanueva, 1993; Evans, 2009; Evans y Harris, 2004; Finlay y Sandall, 2009; Haney, 1996; 2002; Hupe, 2007; Korteweg, 2003; Lipsky, 1969; 2010; Martín Pérez, 2010; May y Winter, 2009; Wells, 1997; Winter, 2003). Desde esta perspectiva *desde la base* (*bottom-up*) estos autores han aportado un acercamiento más enraizado e interactivo al estado a través de sus agencias.

En la convergencia de ambos aportes, entendemos que tomar como punto de mira un área que ha quedado subordinada por las políticas públicas en la materia puede llevar a profundizar las implicancias y dimensiones de análisis de aquellas propuestas. Alejadas de las definiciones

presentes en la agenda política y de regulaciones específicas, las prácticas en salud mental que se llevan adelante desde los CeSACs no son, sin embargo, azarosas. Resulta entonces posible realizar una lectura sociológica de lo ofrecido cotidianamente desde estos espacios.

Construyendo el carácter del área de salud mental en tanto punto de observación de dinámicas estatales, nos interesa explorar las prácticas y relaciones que tienen allí lugar. Nos proponemos con ello revisitar la cuestión del Estado partiendo de tomar por objeto la cotidianeidad de las instituciones.

Nuestro acercamiento a la cotidianeidad tendrá como meta ubicar regularidades en el comportamiento habitual de los agentes (Giddens, 1995). Entendemos que es el carácter recursivo de ciertas prácticas y valoraciones el que permite observar los modos en que los ámbitos microsociales son condición y resultado a la vez de procesos macrosociales (Giddens, 1995; Heller, 2002). De tal manera, más que describir situaciones en su singularidad nos interesaremos por presentar analíticamente lo que el campo nos ha ido mostrando como estable en tiempo y espacio. Buscaremos con ello sostener la tensión entre acciones intencionales y aquellas otras que, sin necesidad incluso de ser concientes, remiten a la estructuración de instituciones sociales y son tanto resultado como medio de las prácticas de los agentes. Es la persistencia tanto de aquello más habitual como de lo menos frecuente la que nos muestra las relaciones cotidianas entre prácticas hegemómicas y subalternas.

Situándonos en la intersección entre los aspectos estructurales y la perspectiva de los agentes, analizaremos los motivos de tal pregnancia en términos de condiciones iniciales y mecanismos de producción y reproducción. En cuanto a estos últimos, nuestro interés partirá de concebir el carácter tan pragmático como moral de las motivaciones cotidianas (Giddens, 1995; Schutz, 1995) y con él el rol central jugado por la configuración de una peculiar *lógica de lo apropiado* (March y Olsen, 1997), según la cual ciertos decires y actuares tenidos por correctos cumplen la función de demarcar la membresía, sirviendo de mecanismos de cohesión. Entendemos que de esta manera nos acercaremos a dinámicas cotidianas de funcionamiento con consecuencias en el rol jugado por el Estado.

4.1. Los sujetos de las leyes

Nos interesa describir en primer lugar aquellas regularidades que nos han llevado a insistir en que el área de salud mental de los CeSACs ha quedado por fuera de la malla de visibilidad pública en contextos donde la "salud mental" ocupaba un lugar central en la agenda. Siendo que la problemática del encierro hegemonizaba las disputas, comenzaremos mencionando qué tipo de relaciones se establecen en estos espacios con aquellos sujetos pasibles de sufrir una

internación como respuesta terapéutica.

En aras de que resulte comprensible la descripción que presentamos, debemos anticipar que los CeSACs no poseen un reglamento unificado de funcionamiento, por lo cual el modo cotidiano de afrontar las demandas se resuelve de manera aislada en cada uno de los establecimientos (Adissi, 2010). Profundizaremos esto en el Capítulo Seis.

4.1.1. "Pacientes psiquiátricos"

Los psicólogos que trabajan en los CeSACs deciden casi en su totalidad no atender pacientes psiquiátricos. Esta coincidencia no surge de un posicionamiento colectivo -de hecho, muchos de estos profesionales se han manifestado públicamente en defensa de las nuevas normativas, de las que se desprende que sí les competería tal tarea. Por el contrario, emerge como resultado de lo que cada quien va encontrando como natural realizar en su propio ámbito de trabajo (Marques, 1983). Pese a que esto muchas veces aparece como resultado de un posicionamiento personal, el modo en que se encuentra cargado de valoraciones de sentido común lleva a entrever el peso de la intersubjetividad en la delimitación inicial -al ingresar a un CeSAC- y la confirmación cotidiana de las propias injerencias (Schutz, 1995).

Los psicólogos de CeSACs suelen emplear el término de "pacientes psiquiátricos" al aludir a la demarcación de los límites de su injerencia. Experimentado como algo lógico, el mecanismo interpretativo que subyace a esta tipificación se produce apelando al conocimiento mutuo (Giddens, 1995; Schutz, 1995). Vale decir que utilizar aquel etiquetamiento es una de las competencias requeridas por la cotidianeidad de las agencias, y remite a la utilización de una serie de reglas implícitas (Becker, 1966; Giddens, 1995; Schutz, 1995). Es que los psicólogos insertos en ámbitos ambulatorios suelen trabajar con sujetos considerados estructuralmente distintos de aquellos pasibles de internación.

Sin detenernos en disquisiciones internas a las disciplinas en torno de categorías nosológicas sobre las que no hay consenso, y apelando a una mirada estrictamente sociológica, diremos que la definición práctica dada a tales problemáticas asimila "problemáticas psiquiátricas" y "atención psiquiátrica".[191] Si bien el resultado es en términos lógicos una tautología, a fines pragmáticos permite operar bajo el supuesto de que ambos términos poseen una dependencia recíproca -evitando poner en cuestión el contenido de uno y otro. Aquellas expresiones suelen

[191] No desconocemos la falta de acuerdo respecto de los límites de esta categoría, por ello apelamos a la noción de etiquetamiento, de neta raigambre sociológica. Al indagar con mayor insistencia en torno a la categoría de "*pacientes psiquiátricos*", lo primero que se obtuvo fue la remisión a sujetos que padecen lo denominado como psicosis. Algunos profesionales mencionaron en segundo término a lo que denominaron como perversiones -dando cuenta con ello de la difusión de concepciones psicoanalíticas en el campo- y sólo en escasas ocasiones se incluyeron en esta categoría lo definido como autismo o trastornos severos de la infancia.

implicar de modo explícito o tácito la referencia a un tercer vértice constitutivo de aquella tipificación: la necesidad de estos pacientes de ser medicados. *"*Te mandan como psiquiátricos casos que no son para medicar*"* -fue una queja recogida en la Dirección de Salud Mental donde aquello se pone de manifiesto al expresar el desacuerdo con un criterio de derivación.

En ocasiones la delimitación de injerencias no se fundamenta de manera mecánica sino remitiendo a consideraciones éticas o políticas. Una psicóloga entrevistada hizo hincapié en que el hecho de tratar problemáticas complejas le parecía un modo de restar importancia a la delicadeza que ese trabajo requiere. Otra, que implicaba una degradación del trabajo, en tanto se presta una atención de menor calidad y que no se está en condiciones de brindar. Mientras que existen divergencias en cuanto al modo de concebir la función de los CeSACs, los distintos argumentos tienden a encontrar una convergencia práctica: en los CeSACs no se suele atender a quienes fueran catalogados como pacientes psiquiátricos.

> (…) la idea del centro de salud, pensando en lo que es APS, el laburo concreto, y sería lo mismo en salud mental, me parece que es con cuestiones que no sean a veces tan complejas, por eso no hay psiquiatras… (Psicóloga de CeSAC K, entrevista personal, 5 de marzo del 2009)[192]

> En el Centro X no tenemos psiquiatra, los turnos en el [Hospital de Base] son muy escasos, necesitaríamos más horas de psiquiatría, pero yo iría más atrás, ¿por qué necesitamos tantas horas de psiquiatría? Porque tenemos muchas problemáticas que son muy complejas, por eso necesitamos tanto psiquiatra y tanta medicación y tanta cuestión. Vendría bien que hubiera unas horas más ¿no?, porque estamos haciendo derivaciones al Borda porque por ahí el [Hospital de Referencia] no tiene tantos turnos de psiquiatría y no da abasto (Psicóloga de CeSAC B, entrevista personal, 22 de abril del 2008)

> ¡Nosotros somos un Centro de Salud! ¿Por qué tenemos que atender pibes del Centro de Trastornos Emocionales severos? ¿Nos dedicamos a eso? Yo digo, ¿nos dedicamos a atender eso? Entonces decimos, "somos un equipo que se va a dedicar a atender Trastornos Emocionales severos, necesitamos tanta plata en material, y nos dedicamos a atender esto". Pero no nos pidan después que atendamos esto, lo otro, aquello, aquello, porque no se puede todo... (Psicóloga de CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

Tal como mencionamos en el Capítulo Tres, en Argentina sólo los médicos se encuentran legalmente habilitados para prescribir medicamentos. La inserción de psiquiatras en los CeSACs aparece de modo concomitante a la incipiente distribución de medicación psiquiátrica en estos efectores. Como consecuencia lógica, también a la correlativa posibilidad de atender "pacientes psiquiátricos".[193] El etiquetamiento de una determinada problemática

[192] En adelante, los códigos de los CeSACs de referencia remiten a los cuadros presentados en el Anexo Metodológico.

[193] La trilogía paciente psiquiátrico/medicación psiquiátrica/médico psiquiatra reconoce algunas excepciones

como "psiquiátrica" implica atribuciones de gravedad y complejidad, las que a su vez vuelven necesaria una experticia particular.[194] Si bien no siempre el conocimiento experto es atribuido de modo exclusivo a los psiquiatras, sí tiende a ser considerado como antítesis de la atención general o inespecífica que brindan los psicólogos de los CeSACs. Esto remite lo descripto al vínculo más amplio de hegemonía/subalternidad entre disciplinas que mencionáramos en el Capítulo anterior.

En los CeSACs la inserción de los psiquiatras, incipiente y limitada, suele ser de unas pocas horas semanales.[195] Además puede ser transitoria, siendo un paso necesario pero no deseado en el camino hacia la obtención de un cargo de planta hospitalaria.[196]

Bajo la gestión macrista la medicación psiquiátrica -particularmente onerosa- estuvo más de una vez en falta en los CeSACs. Frente a esto, resultó frecuente encontrar psiquiatras que decidían no atender, bajo el argumento de temer una acusación penal por mala praxis. En el marco de una coyuntura donde los hospitales monovalentes no recibían derivaciones, este temor se acrecentaba al suponer que llegado el caso de necesitarlo, no se lograría gestionar una internación.[197] Es que si a la clasificación de un sujeto como "paciente psiquiátrico" le proseguía de modo recurrente la remisión directa a un efector de mayor complejidad, los efectores monovalentes tenían restringida su admisión. Al mismo tiempo, habiendo disminuido el lapso de las internaciones, daban el alta a sus pacientes sin procurarles alternativas de asistencia. No sólo los profesionales se quejaban de las derivaciones efectuadas por distintos motivos desde Hospitales Monovalentes de Salud Mental hacia los CeSACs. En la Dirección de Salud Mental se han recogido valoraciones respecto de esto como un despropósito y como muestra de lo mal que funcionan aquellas instituciones o bien, de la intención de desmantelarlas. En ocasiones, lo anterior era acompañado de comentarios respecto del poco altruismo que distinguiría a los psiquiatras, motivo al que se imputaba la

---

respecto de los sujetos atendidos con la distribución de ansiolíticos y antidepresivos en algunos CeSACs: en estos casos, se trata de pacientes que no suelen coincidir con aquellos que eslabonan sus carreras de enfermedad (Goffman, 1988) para con el paso por algún neuropsiquiátrico.

[194] Atribución que por momentos parecería estar reproduciendo sentidos que se desprenden de las posiciones de hegemonía/subalternidad, puesto que llega a deslizarse de tal modo que termina ubicando a los psicólogos como autorizados sólo a intervenir en casos leves, bajo una impronta jerárquica de inferioridad.

[195] No existe un registro unificado de recursos humanos en el sistema de salud. Se han obtenido distintas versiones acerca de cuántos serían por parte de los distintos actores consultados al respecto. Datos proporcionados por funcionarios del Ministerio de Salud y correspondientes al año 2008 consignan 12 psiquiatras en la red de CeSACs; no obstante este documento carece de referencias, motivo por el cual no resulta una fuente confiable.

[196] Remitimos a las valoraciones respecto de la complejidad como valor imperante en la medicina que se desarrollaron en el capítulo anterior.

[197] Esta dificultad se la atribuían los profesionales a lineamientos emanados de la gestión de gobierno. Desconocemos si esto era efectivamente así.

escasez de estos profesionales en los CeSACs.[198]

Casi sin excepción y a modo de actitud natural (Schutz, 1995), en aquel escenario de escasez de recursos, quienes se manifestaban preocupados por cuidar la seguridad de los consultantes señalaban la necesidad de evitar los circuitos formales para remitir a un repertorio de referencias "amigables". Tal repertorio incluía recomendar ciertos establecimientos -incluyendo en ocasiones la recomendación de falsear algún dato, como el domicilio o la existencia de una consulta profesional previa, para ser allí admitido- o bien remitir a través de una nota personal hacia algún profesional con quien lo uniera una relación personal. Como contrapartida, se sabía que quedaba a merced de la voluntad de quien recibiera a los pacientes el atenderlos efectivamente ("ahí si están con onda los atienden; cuando no, les dicen andate al Borda" -relataba un profesional al que se le pidió que detallara los circuitos de derivación). La consideración de que las rutas informales son las más efectivas es a un mismo tiempo interpretación y mecanismo de reproducción de las condiciones iniciales. Entre los sentidos que los profesionales atribuyen a este rol de lo informal se encuentra un correlato con conceptualizaciones disciplinares que a su vez contribuye con la naturalización (Marques, 1983).

> (…) la verdad que derivamos más que nada a los lugares adonde nosotros tenemos algún tipo de vínculo transferencial, digamos: no por área programática sino por vínculo transferencial, personal, estee… o si conocemos a alguien de tal lugar, tiene mucha más llegada. Yo por ejemplo trabajé muchos años en el Centro Uno: derivo muchos pacientes al Centro Uno… estee… y bueno, no está dentro de nuestra área programática, digamos. Pero me es más fácil llegar, hacer un trabajo conjuntamente con ellos, mucho más que con el [Hospital de Referencia] que es con quien correspondería, digamos. Estas cosas son también difíciles de que se produzcan por estructura, digamos: en general se producen o no se producen, ¿no? Sobre todo en el área de Salud Mental, es muy complicado digamos, ¿no? Tener que trabajar con alguien con quien no coincidís en supuestos básicos… Y bueno, es medio un cortocircuito (Psicóloga de CeSAC N, entrevista personal, 15 de febrero del 2009)

Vale tal vez aclarar que junto con la naturalización de lo informal como resorte por antonomasia, muchos psicólogos experimentan preocupación por su posicionamiento personal ante la escasez de recursos disponibles. Más de uno ha hecho referencias a lo que podría plantearse como dilema ético, entre dejar sin asistencia o asistir de modo paliativo -dado que no se cuenta con el conocimiento apropiado para ello.[199]

[198] Se desconocen los itinerarios resultantes de esta falta de coordinación; sólo se ha tomado conocimiento de que, en ciertos CeSACs aledaños a los neuropsiquiátricos, la cantidad de demandas insatisfechas comenzaba a ser vista como un problema.

[199] Nótese en los testimonios citados a continuación que la medida de excepción refiere a destinatarios infantiles. Esto será desarrollado más abajo.

> Mirá: yo… yo admití un chico de cuatro años en franco despliegue psicótico, o sea estaba armando una psicosis. Cuando llega este niño, yo empiezo, con las herramientas que tengo, lo empiezo a atender con la idea de que es un pibe que requiere ser atendido YA [énfasis] ¿no? Entonces trabajo con la madre y le digo "bueno, mirá: este chico…" (…) si uno piensa en un niño, intervenir a tiempo (…) es importante. Bueno, yo lo empiezo a atender, ya te digo; voy, me siento con la madre y le digo "mirá: este chico requiere atención, pero una atención especializada, fijate de ir al Tobar García, tenés que pedir un turno, yo mientras tanto, para que él mientras tanto tenga algún tipo de atención, lo voy a atender yo el tiempo que sea necesario, vos andá a pedir un turno, te ponen en lista de espera, seis meses, mientras tanto en esos seis meses lo atiendo yo, bla bla bla bla…". Bueno. En ese tiempo, yo hago el trabajo que puedo… hago un trabajo, te quiero decir, trabajoso, pero te estoy diciendo un Centro de Salud que atendía (…) en ese momento, que por ahí al pibe lo atendía sin puerta, en el CEAMSE, en el jardín del CEAMSE como lo hacemos nosotros en los Centros de la Villa: en cualquier lado, como podemos, con los recursos que tenemos… y en el Tobar no le daban un turno, no le daban turno, le decían que lo atendamos nosotros, que lo atendamos nosotros. Hasta que yo llamé por teléfono al Tobar, y pedí hablar con la División de Niños, bla, bla, bla. Me atendió una persona y yo le dije "mirá, yo te quiero decir algo: yo estoy atendiendo este niño, le dije a la madre que pida un turno, la madre me contestó que no había turnos, que lo sigamos atendiendo nosotros, y yo te quiero aclarar que yo no sé atender niños psicóticos, entonces te pido que… ustedes, se supone que saben de eso…". "Ah, bueno". Y le dieron un turno. A partir de [se ríe] llamar y decir… Le dieron un turno, trabajaron con él un año. Buenísimo, ¿no? Pero bueno: ahora de nuevo nos lo mandaron, y lo está atendiendo Rosa en las mismas condiciones que antes (Psicóloga de CeSAC E, entrevista personal, 14 de agosto del 2008)

> Es una locura, es una locura. O sea, es una locura que, digamos, nosotras, en realidad, lo que hacemos es responder ahí sabiendo que ni María ni yo tenemos formación en la psicosis, que para eso lo ideal es que el niño tenga una atención especializada, que lo ideal sería que habiendo una enfermedad neurológica que quizás tenga algún tipo de relación con el neurólogo, la verdad que yo no sé qué de lo que le pasa a esta niña tiene que ver con su neurofibromatosis, que a esta altura ya ni me interesa, en realidad trabajo con ese sujeto que está ahí más allá de la neurofibromatosis (Psicóloga de CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

Hasta aquí hemos descripto el modo en que más habitualmente es procesada en los CeSACs la demanda de atención de quienes fueran tipificados como "pacientes psiquiátricos". Se han relevado dos CeSAC cuyos equipos profesionales sostenían otra perspectiva. Argumentando el carácter integral y cercano al domicilio de los CeSACs tanto como su misión de atender problemáticas prevalentes, los psicólogos allí insertos consideraban pertinente incluir en la atención a los etiquetados como tales. Si bien en la actualidad ambos CeSACs cuentan con sendos psiquiatras designados, esta operatoria los antecede. La asistencia psicológica se articulaba entonces con la supervisión que de la medicación realizaba un clínico o un enfermero, o bien se intentaba que esta sea administrada por el Hospital de Base. El eje de la intervención estaba puesto en acompañar a las familias en su convivencia o bien en el camino hacia una eventual internación.

> (…) nosotras nunca pusimos un cartel que diga "acá se atienden psicóticos", pero a la vez los psicóticos, al atender a cualquiera… Te digo esto porque en otros centros de salud,

> directamente, cuando el paciente era psicótico le decían "no, acá no lo puedo atender, porque este es un centro de atención primaria y es de alta complejidad y no nos corresponde atenderlo". Nosotras consideramos que no es de alta complejidad…estee… y siempre nos encargamos de que el paciente psicótico, pacientes o no, cuando eran pacientes que venían brotados o… (…) venía la gente que tenía a alguien brotado o alguien que se había querido suicidar, y nosotros nos encargábamos también de la internación. Eso si. Desde que vinimos, aprendimos a hacer internación nosotras. Todo fue muy a los ponchazos, te diría, acá. No tuvimos…referentes psicólogos… no teníamos referentes psicólogos con experiencia en este laburo, sino que lo fuimos haciendo… (Psicóloga de CeSAC L, entrevista personal, 22 de abril del 2009)

El carácter subalterno de estas respuestas no sólo se explica desde el sentido común sedimentado, sino fundamentalmente desde las condiciones de producción y reproducción del acervo de conocimiento a mano (Schutz, 1995). Es que no existen instancias concretas en que los profesionales se pongan en contacto y puedan ser comunicadas estas experiencias. Tampoco, como veremos, las dependencias jerárquicas otorgan oportunidades de trascendencia a estas iniciativas aisladas.

4.1.2. "Pacientes adictos"

En los CeSACs aquello asociado con la problemática de adicciones ocupa un lugar muy similar a aquel referido en torno de los etiquetados como pacientes psiquiátricos: resulta habitual considerar que requiere de profesionales especializados para su atención.[200] Psicólogos y autoridades del área han referido que por este motivo quienes son etiquetados como "adictos" no pueden ser atendidos en el marco de un CeSAC.[201] De hecho, la mayor parte de esos agentes cree que esto no se hace. Unos pocos entienden que porque no llegan pacientes adictos a los CeSACs. La mayoría, porque no corresponde.

Algunos conocen la existencia en algún CeSAC de equipos especializados, que por decisión propia se han capacitado en la temática y se abocan a su asistencia. No sólo de equipos, sino también de un CeSAC donde funciona un "Centro de Día para el Tratamiento de las Adicciones" y de otros dos "Centros de Día" cuyo estatus formal tiende a ser confundido con

[200] Tal como mencionáramos anteriormente, en los debates públicos la Ley 26.657 fue más de una vez presentada como "*Ley de salud mental y adicciones*", tal vez en referencia a que la autoridad de aplicación que ella crea es la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Sin embargo, este segundo término tiende a ocupar un lugar borroso en la normativa, además de haber permanecido como tangencial en la mayor parte de las discusiones. Sin alterar la configuración previa de actores, los debates que hicieron referencia a las implicancias de esta normativa en lo referente a adicciones fueron aquellos que ya tomaban la temática por objeto -como las Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas, organizadas en el Congreso de la Nación por la Asociación Civil Intercambios.

[201] Debe señalarse que en este caso la nominación es más fluctuante. Así, puede oscilar entre el rótulo más común, "adicto", uno algo caído en desuso y con cierto sesgo despectivo -"drogadicto"- y una serie de categorías políticamente correctas -"usuarios problemáticos de sustancias" o "usuarios de drogas", entre otros.

el de un CeSAC.[202] En estos casos, dada la existencia de especialistas -tienden a sostener los agentes- resulta pertinente atender la temática. No obstante, hay quienes atienden sujetos clasificados como adictos sin especializarse en ello. En general, esta práctica coincide con un desacuerdo respecto de la necesidad de tal especificidad.

Sea cual fuere la situación, la *presentación de sí mismos* (Goffman, 2006) a la que apelen los consultantes resulta el factor determinante. Independientemente del grado de afectación, tal presentación prefigura el itinerario de los sujetos no sólo por cómo los profesionales procesan este dato. Habitualmente el primer espacio con que se suele tomar contacto al ingresar a un CeSAC a fin de ser informado sobre el sistema de turnos es la "administración" o mesa de entradas y recepción. Según se mencione en esta instancia que su problema se relaciona con el uso de drogas o se omita esta referencia se le responderá que corresponde o no ser atendido. En los casos donde los profesionales realizan directamente una primer entrevista -denominada "de admisión"- la lógica es idéntica (Adissi, 2010). Cuando este problema emerge en una entrevista ulterior es posible que no se derive al sujeto salvo en caso de que él mismo lo solicite.[203]

Llegados a este punto, debemos aclarar que tampoco en estos casos existen circuitos de derivación formalmente establecidos y que también, como en lo referente a quienes fueran tipificados como pacientes psiquiátricos, se recurre a mecanismos de orden informal.

Con anterioridad a la Ley Nacional 26.657 los recursos presupuestarios relacionados con la temática estaban afectados al Ministerio de Desarrollo Social porteño.[204] Los vínculos entre varios de los establecimientos que atendían problemáticas relacionadas con el uso de drogas y los efectores de salud se veía así afectado por esta dependencia dispar. Si bien en términos de circuitos formales esto no marcaba demasiada diferencia respecto de los casos donde los establecimientos estaban bajo la órbita del Ministerio de Salud -dada la inexistencia de circuitos preestablecidos de referencia y contrarreferencia- tal afectación se derivaba de la menor posibilidad de conocer personalmente a algún profesional hacia quien encauzar informalmente las derivaciones.

---

[202] En el primer caso, la relación formal entre este Centro de Día para la Asistencia de las Adicciones y el CeSAC no está demasiado claro, siquiera para las propias autoridades. Uno y otro comparten edificio y pertenecen al Área Programática, pero es confuso deslindar si se trata de entidades autónomas o si, por el contrario, la Jefatura de CeSAC incluye bajo su injerencia al Centro de Día bajo el formato de programa. En los otros casos, se trata de Centros de Día que ocupan instalaciones que otrora pertenecieron a CeSACs y que dependen del Área Programática de los mismos Hospitales de Base.

[203] Si bien esto no sucede de modo exclusivo con la problemática de adicciones, sino también con situaciones relacionadas con intentos de suicidio y violencia doméstica por ejemplo.

[204] Con posterioridad a esta Ley, aquello fue puesto en cuestión. Sin embargo, hasta fines del año 2012 no había tenido lugar ninguna modificación al respecto.

Al interior de los CeSACs, la existencia de equipos especializados en la problemática de adicciones se desprende exclusivamente del interés de los profesionales de dedicarse a ella. Dependiendo de la voluntad de los profesionales el abocarse o no a esta temática, la oferta en la materia posee un carácter tan aleatorio como volátil. En tanto iniciativas personales, los equipos especializados suelen ser defendidos como propuestas "militantes".[205] En correspondencia con esta valoración, resulta habitual encontrar que los abordajes allí ofrecidos resultan contrarios a la perspectiva de las autoridades.[206] Esto no resulta casual, en tanto se corresponden, en cambio, con las valoraciones colectivas vigentes como resultado de la malla de visibilidad a la que hemos aludido en los Capítulos anteriores. Vale decir que encuentran consonancia con las perspectivas terapéuticas que finalmente fueron plasmadas por la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

4.2. Sobre lo que efectivamente hacen los psicólogos en los CeSACs

Desde los niveles ministeriales se sostiene que los CeSACs como establecimientos descentralizados poseen la virtud de adaptarse a las distintas realidades barriales o comunitarias. Ahora bien, en rigor de verdad resulta incorrecto referir a una adaptación dado que en cada establecimiento las prácticas surgen de modo aislado, sin conexión con la red asistencial. De tal manera, las regularidades obedecen a razones distintas de la existencia de marcos normativos o lineamientos formales, y resultan fértiles para acercarnos a uno de los modos en que cotidianamente funciona lo estatal. En tal sentido, describiremos algunos contenidos de la *lógica de lo apropiado* (March y Olsen, 1997) entendida como marco valorativo que rige las motivaciones y orienta en consecuencia las prácticas -sea en su carácter de predominancia o subalternidad.

4.2.1. La asistencia

En los CeSACs la actividad predominante para los profesionales de salud mental es la asistencia clínica. Los actores entienden por tal a la atención en consultorio o intramural, individual, a demanda, y con un encuadre que plantea su sostenimiento sistemático a lo largo del tiempo.[207] Tal tarea no sólo ocupa en sí misma la mayor parte del tiempo a la mayor parte

[205] Profundizaremos el carácter de lo "militante" en el Capítulo Seis.
[206] Nos referimos al modelo denominado como "de reducción de daños", que propone intervenir en términos de prácticas de cuidado a quienes utilizan sustancias psicoactivas en oposición al modelo "abstencionista", cuyas intervenciones se centran en la evitación de todo tipo de uso de aquellas. Cabe simultáneamente señalar que aquellas dos orientaciones tienden a corresponderse con las respuestas terapéuticas ambulatorias o de internación, respectivamente.
[207] Ocasionalmente existe oferta en asistencia intramural y a demanda de tipo familiar, grupal, o de pareja.

de los profesionales, sino que también incluye actividades aledañas realizadas en pos de cualificarla. "Supervisiones" y "ateneos" son los nombres otorgados a espacios que habitualmente reúnen a profesionales de la salud mental en los CeSACs. Con menor frecuencia, pueden también encontrarse capacitaciones y -más raramente- proyectos de docencia o investigación. En ocasiones, estos espacios reúnen a psicólogos de distintos establecimientos, siguiendo redes de afinidad personal.

Tal predominancia de lo asistencial se corresponde con motivaciones tanto disciplinares como institucionales.[208] Entre los primeros, puede señalarse la impronta asistencial de la formación de grado (Rosendo, 2009). Ella tendería a generar un proceso de sustancialización que hace aparecer como esperable una modalidad entre otras posibles.

> Uno está formado para la clínica asistencial individual, o sea: y no se te ocurre que puede haber otra cosa. Entonces, cuando uno llega a un centro de salud -y esto nos pasa a la gran mayoría- ehhh…decís "bueno, ¿y qué se hace en un centro de salud?" y empezás a atender igual que si atendieras en cualquier otro lado, digamos… (Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 11 de mayo del 2008)

Sumado a lo anterior, siendo que los psicólogos suelen desempeñarse de modo paralelo en ámbitos públicos y privados, y que en estos últimos realizan asistencia clínica, el ejercicio de una misma práctica puede contribuir tanto a capitalizar lo aprendido de modo rentable, como a hacer menos costoso el trabajo profesional.[209]

Entre los motivos institucionales, encontramos en primer lugar que los profesionales tienden a ubicar la pregnancia de la asistencia individual sostenida en el tiempo como ocasionada por la gran cantidad de demandas recibidas.[210] En segundo lugar, y fundamentalmente a partir de la

---

Respecto de las terapias familiares y de pareja, resulta habitual que los profesionales no coincidan en términos epistemológicos con sus planteos, o bien que consideren que el CeSAC por diversos motivos no es un ámbito apropiado para desarrollarlas. Respecto de las terapias grupales, se tiende a señalar la falta de anonimato entre los distintos concurrentes a los CeSACs -mayormente vecinos- como motivo que imposibilita llevar adelante este tipo de abordajes. Cabe señalar que, siendo el de los psicólogos un accionar en salud subalterno, que suele quedar por fuera de análisis al centrarse las miradas en los formatos médicos, puede operar como punto de mira de otras prácticas subalternas dentro del campo de la salud y aún no suficientemente indagadas en sus implicancias -como las de los trabajadores sociales, los fonoaudiólogos, los kinesiólogos, o las obstétricas, entre otras.

[208] Nos referimos aquí a motivos que están presentes en la *conciencia discursiva* o en la *conciencia práctica* de los agentes (Giddens, 1995). Vale decir, a lo que ellos pueden conocer respecto de las condiciones de su propio accionar, sea que puedan expresarlo verbalmente o no. Siguiendo las distinciones de Schutz (1995) diremos en cambio que se trata tanto de *motivos para* como de *motivos porque*.

[209] Debemos aquí anticipar que una parte de los psicólogos que se desempeñan en los CeSAC lo hacen a modo de concurrentes, es decir de modo honorario -véase el Capítulo Seis.

[210] Cabe subrayar que lo anterior remite a la perspectiva de los profesionales, puesto que no desconocemos que las demandas admiten en ocasiones ser satisfechas a través de distintos dispositivos. No obstante, debemos mencionar cierto condicionamiento experimentado por los profesionales en cuanto una parte importante de ellas no proviene de los propios sujetos a ser atendidos, sino de derivaciones provenientes de otros sectores. Abordaremos lo relativo a las derivaciones intersectoriales en el próximo Capítulo.

gestión macrista, aspectos relativos a la oportunidad de mejoras en cuanto a la inserción laboral (como la solicitud de una extensión horaria, de apertura de cargos, de modalidades menos precarias de inserción, o de traspasos) encuentran fundamentación en las estadísticas de productividad, las que a su vez remiten al monto de asistencia de cada profesional.[211] Esto reforzaría y jerarquizaría la asistencia como actividad inherente a los psicólogos de CeSACs.

En cuanto a la vinculación que los profesionales encuentran entre esta modalidad asistencial y la función que atañe a los CeSACs, los sentidos que pueden encontrarse son múltiples y carecen de definiciones formales que organicen un punto compartido de referencia. Así, mientras que algunos profesionales argumentan que la atención clínica se corresponde con los principios de la Atención Primaria de la Salud, otros sostienen lo contrario (*acá no se hace trabajo de atención primaria* -es una frase que puede recogerse al recorrer efectores en los que sólo se realiza asistencia).

4.2.1.1. Qué es lo que se asiste

Las denominadas "guías de recursos" son compendios oficiales donde se presenta la oferta de atención en salud. Oficiales, en tanto siguen los protocolos de toda publicación inherente a la gestión de gobierno -como la jerarquía de autoridades ministeriales referida en las primeras páginas. A través de ellas podemos acercarnos a un primer dato respecto de las injerencias del área.

La primera especificación que obtenemos para los CeSACs obedece a criterios de base biológica: los profesionales -ya sea en equipo o individualmente, según el efector- ofrecen atención particularizada según etapas del ciclo vital. Se asiste a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Este *principio de visión y división* (Bourdieu, 2007) respecto de la población a asistir, de corte biologicista, podría analizarse como resultado de la transacción para con el campo de inserción -donde lo biomédico resulta imperante. En ellas figuran, además, otras especificaciones eventuales que pueden corresponder tanto a la delimitación de una problemática particular -adicciones, violencia familiar- o bien a un tipo de abordaje -terapia grupal, familiar, de pareja-.

Estas guías nos muestran aún más propiedades estructurales que las que se derivan de aquellas formulaciones con que se estructuran. El grado de representatividad de lo que allí es presentado -valga la redundancia- resulta asimismo indicativo de las dinámicas de funcionamiento institucional.

[211] Profundizaremos esto en el Capítulo Seis.

En los CeSACs se toma contacto con realidades que no siempre coinciden con lo que las guías especifican. Es que la información recabada para la conformación de estas guías procede del contacto más bien errático que los miembros de la Dirección de Salud Mental poseen para con una porción de los profesionales. Contacto que se desprende de quienes por iniciativa personal acuden a reuniones en la Dirección, y de quienes poseen algún vínculo informal para con alguno de tales miembros.

Lo que sí coincide es la predominancia de la asistencia y su oferta dividida en edades. Al indagar un poco más respecto de qué es lo que se asiste en los sujetos de tales edades la respuesta que puede obtenerse remite a una definición general: "problemáticas neuróticas".[212]

Si bien existen casos en los que algunos profesionales atienden indistintamente a más de una franja etárea, el principio de estructuración posee analogía con divisiones presentes en el ámbito de la salud, que contribuyen a determinarlos. Los postgrados de capacitación en servicio – denominados "residencias" y "concurrencias"- diferencian "salud mental infanto-juvenil" de salud mental a secas, extendiendo certificados de especialización en consonancia. Resulta frecuente encontrar que los concursos para cargos de planta se ordenen siguiendo la misma especificidad. Sin embargo se trata de sólo una propensión, puesto que no todos los profesionales están concursados, ni todos ellos ha pasado previamente por una instancia de formación en servicio.[213]

En líneas generales, la especificación del puesto a ocupar se debe a la elección personal de quien en él se desempeña. La auto-atribución de un grupo etáreo puede obedecer a la formación y trayectoria del profesional, pero no necesariamente. Sólo será así en caso de que el psicólogo lo considere deseable o pertinente.

> (…) yo ya tenía un nombramiento: yo lo tenía de trabajar en un jardín maternal…ehhh… Yo quería trabajar acá, (…) pasarme me convenía, además de… de… no sé, otras situaciones que se dieron, qué se yo, de otra índole que no tenía que ver con lo profesional, en el lugar donde yo estaba, entonces bueno: como estaba en comisión, y yo siempre había trabajado con niños, acá empecé haciendo lo mismo (…).Yo particularmente sentía que no era mi campo el campo de los niños. Entonces arreglé con los concurrentes para empezar a atender adultos, y que

[212] Indagando aún más en profundidad, en aras de evitar sustancializar principios disciplinares, se encuentra que, en primer lugar, esta definición delimita sujetos diferentes de aquellos definidos como "psicóticos" -que son aquellos a los que arriba referíamos como pasibles de ser internados debido a sus problemas de salud mental. En segundo lugar, se encuentra una enumeración de situaciones no excluyentes, entre ellas duelos (pérdidas, muertes); conflictos familiares (conyugales, con los hijos) y otras problemáticas vinculares; dificultades en la crianza de niños y púberes (principalmente en lo que respectaría a la puesta de límites); trastornos entendidos como típicos de la adolescencia o del pasaje de la adolescencia a la adultez -sin especificar-; padecimientos actuales o pasados de situaciones de abuso o violencia; dificultades para sostener obligaciones (estudio, trabajo, familiares a cargo); problemas en relación con diferentes consumos; soledad y aislamiento (principalmente en relación con adultos mayores). También fueron mencionados, en mucha menor medida, ataques de pánico y depresión.

[213] Profundizaremos esto en el Capítulo Seis.

> ellos tomaran a los niños. Después me fui cansando, y dejé de atender (…) Ahora que volví a la asistencia, con la población que trabajo mucho, que eso fue una decisión mía, que me gusta, es con adolescentes… (Psicóloga CeSAC M, entrevista personal, 19 de febrero del 2009)

Puesto que depende de la voluntad de los actores locales, el que en cada CeSAC se encuentre o no cubierta la atención de las distintas franjas etáreas resulta contingente. Idénticos resortes de creación y sostenimiento de dispositivos que los mencionados respecto de los sujetos especificados por las nuevas normativas llevan a que a lo largo de los CeSACs exista una variedad de equipos especializados en otras temáticas.

> Recientemente tenemos una nueva adquisición, de hará un mes a esta parte, que es una psicóloga… ehhh… con mucha experiencia en violencia, porque trabajó en el equipo de mujer, en Acción Social, que se pasó a trabajar con nosotros, a partir de…de vínculos, de conocimiento previo, ehhh… si que está organizando el tema de violencia como un tema… particular (Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 26 de noviembre del 2008)

El modo atomizado en que se originan las prácticas encuentra correspondencia con el modo abigarrado en que circula la información al respecto. No resulta infrecuente toparse con la afirmación categórica de que algún tipo de destinatarios o prácticas no corresponde a las incumbencias del área de Salud Mental en los CeSACs, y luego tomar conocimiento de que existe en algún otro CeSAC.

4.2.1.2. Derivaciones internas en los CeSACs

No existe un consenso entre los profesionales acerca de lo entendido por "derivación", pudiendo ésta referir tanto modalidades informales como formales de recomendación de asistencia. Entenderemos aquí por tal a la remisión de un paciente por parte de alguien al que se le supone algún tipo de competencia. Dado que pocas veces se pone en duda la competencia de quien deriva, se tiende a dar por supuesta la pertinencia de aquella derivación. Mediante este acuerdo tácito, las injerencias de los psicólogos en los CeSACs quedarían delimitadas de modo pragmático y relacional. En el marco de su posición en términos de hegemonía/subalternidad, resulta frecuente encontrar que las derivaciones poseen cierta impronta residual: el primer profesional al que se consulta es un médico, y en caso de que éste encuentre algo que no consigue resolver lo derivará a un psicólogo.[214]

La cercanía personal entre profesionales pareciera aumentar la frecuencia derivatoria. En tales casos, los psicólogos tienden a cumplir el rol de abordar aspectos subjetivos de otras

[214] Una lógica similar suele asumir la relación entre psicólogos y trabajadores sociales.

intervenciones -sean biomédicas o provenientes del servicio social.[215] Por otro lado, siendo que la población que acude a los CeSACs no posee el mismo origen social que los profesionales que allí atienden, las concepciones que estos últimos posean respecto de la vulnerabilidad tiende a trasparentarse como resorte de estas derivaciones (Adissi, 2010). Pero ante todo lo más frecuente resulta encontrar que la derivación tiene lugar al tomar conocimiento de determinadas problemáticas relacionadas fundamentalmente con la sexualidad y las relaciones familiares. Hemos resumido en un cuadro información sistematizada en el marco del trabajo de campo en un CeSAC al respecto, la cual presentamos de modo ilustrativo.[216]

	Derivado por	**Motivo de la derivación**
Ana, 24 años	Asistente Social	Su hija de cuatro años fue víctima de abuso sexual, lo mismo que ella de pequeña.
Julia, 52 años	Médica clínica	Relata haber sufrido abuso sexual en su infancia.
Virginia, 32 años	Trabajadora Social (TS)	Su marido, con exclusión del hogar por violencia doméstica, se acercó al CeSAC sabiendo que su hija de tres años concurre a control pediátrico allí. Dice que su mujer no la cuida de modo conveniente. La TS fue a la pieza de hotel en que viven y encontró todo lleno de autopartes del hombre, no pudiendo localizar objetos, juguetes o pertenencias de la niña.
Nora, 27 años	Pediatra	Llegando la niña a control pediátrico muy sucia, la madre dice "*recién la bañaron en el jardín*".
Irma, 44 años	Médica Clínica	Ha dado positivo su test de VIH
Susana, 25 años	Ginecóloga	Embarazada actualmente, su hijo anterior murió de pequeño. No tiene otros hijos.
Lucía, 28 años	Pediatra	Madre de niño pequeño con retraso madurativo, no da muestras de reconocer la condición excepcional de su hijo.
Estela, 44 años (aproximadamente)	Trabajadora Social	Migrante con dificultades de habla, habitante de un asentamiento bajo autopista, tiene catorce hijos en estado de abandono.
Rocío, 18 años	Enfermería	Cursando un embarazo de dos meses, duda en proseguir con el mismo.
Aylén, 17 años	Ginecóloga	Se escapó de su casa hace tres años porque recibía golpes constantes por parte de su padrastro. Desde

[215] Como afrontar el padecimiento de una enfermedad crónica o evitar la reiteración de una situación relacionada con la sensación subjetiva de desvalimiento.

[216] Esta información fue relevada en reuniones de equipo interdisciplinarias correspondientes al turno mañana y al turno tarde, en el CeSAC 54 entre el 26 de mayo y el 8 de septiembre de 2011 (para precisiones sobre el establecimiento, consúltese el anexo). Los nombres utilizados son ficticios y las edades muchas veces presuntivas; nótese sin embargo el carácter femenino de la mayor parte de las consultantes. Cabe advertir que se consignan en el cuadro los motivos iniciales de la derivación, pero que luego al profundizar había casos en que había una complejidad mucho mayor en juego. Puesto que no todas las derivaciones ocurrían en tales contextos, la información presentada no posee pretensión de exhaustividad.

		entonces, vive con su novio. Consultó porque deseaba quedar embarazada.
Cintia, 13 años	Ginecóloga	Llegó a la consulta con su tía, está embarazada.
Mabel, 29 años	Psicóloga de niños	Su hija de 6 años -derivada a su vez desde pediatría por eucopresis- parece estar siendo abusada sexualmente por familiares convivientes.
Luis, 28 años	Enfermero	Cartonero, en situación de calle, dice querer reconstruir su vida. Fue traído inicialmente al CeSAC por alteraciones producto del consumo de cocaína en zona aledaña.
Gladys, 15 años	Pediatra	Llega a consulta pediátrica manifestando querer desmayarse, y estar escapándose de su casa.
Esther, 30 años	Pediatra	En una consulta por otitis de su hija, relata que su marido es alcohólico.
Elsa, 43 años	Nutricionista	Madre de dos adolescentes obesos (de más de cien kilogramos), a los que no dejan salir de su casa. Antecedentes de violencia doméstica.
Eric, 12 años	Pediatra	Derivado inicialmente por una institución barrial, dice haber sido abusado por un familiar cercano.
Federico, 14 años	Pediatra	Su madre ha concurrido con él y su prima de doce años, con sospechas de haber sido abusada por el niño.
Daiana, 14 años	Pediatra	Llega por control para su bebé. Vive con él en una casa tomada, sin condiciones mínimas de higiene. Consume “pasta base”.
Guadalupe, 16 años	Trabajadora Social	Vive con su novio de diecisiete años en un asentamiento, hasta hace poco tiempo y desde muy pequeña, a cargo de sus ocho hermanos más chicos.
Milena, 15 años	Ginecóloga	Está en situación de calle, se acercó porque quiere ser madre.
Pablo, 39 años	Trabajadora Social	Acaba de enterarse que su padre había fallecido hace algunos años.
Mirta, 42 años y José, 41	Nutricionista	Su hijo padece el síndrome de Klinefelter (más conocido como “XXY”).
María, 25 años	Pediatra	Teniendo su hija tres años, aún la sigue amamantando.
Teresita, 31 años	Pediatra	Relata ante el pediatra dejar a su hijo solo tres veces por semana, encerrado en su pieza de hotel, para realizar un curso de corte y confección. Una vecina ha comentado en el CeSAC haber sacado al niño por la ventana de la pieza porque éste gritaba y lloraba.
Julia, 16 años	Trabajadora Social	Derivada por institución barrial, tuvo un intento de suicidio hace algunos meses. Internada, se enteró que estaba embarazada; tiene ahora un bebé de tres meses.
Emilia, 16 años	Ginecóloga	Manifiesta no estar conforme con su cuerpo de mujer, sentirse gorda y fea.
Melina, 23 años	Pediatra	Recientemente muertos sus padres, ha quedado a cargo de sus cuatro hermanos.
Julieta, 20 años	Médica Clínica	Abusada por quien creía su padre hasta los quince

		años, acaba de enterarse por su madre que era su padrastro.
Sandra, 39 años	Pediatra	Llega relatando que su hija de dos años fue víctima de abuso sexual en el Jardín de Infantes. Había anteriormente denunciado al padre de la niña y a su hermano por el mismo motivo. A la niña no se le encuentran señales de haber sido abusada.
Emilse, 54 años	Médica Clínica	Relata conflictos recurrentes con sus dos hijas por cómo éstas crían a sus nietas.
Analía, 14 años	Pediatra	Se acerca diciendo que está embarazada. La pediatra la observa como perdida y la deriva por entender que es "medio tonta". Luego se enteraría de que no maneja bien el idioma, puesto que habla guaraní.

El cuadro anterior pudo ser conformado gracias a que en ese CeSAC se realizaban reuniones interdisciplinarias semanales. Pero tal modalidad de puesta en contacto entre los profesionales no resulta habitual. Por el contrario, las relaciones que entre ellos se tejen obedecen a encuentros de carácter contingente y a la afinidad personal (Adissi, 2010).

Pese a su carácter contingente, podemos encontrar regularidades en las situaciones que estructuran los encuentros remitiendo a las *plataformas de interacción* (Laraña, 1999) que los habilitan. Estas pueden ser casuales aunque partir de la proveniencia de un mismo sector socioeconómico -tener un domicilio cercano, concurrir a un mismo lugar de esparcimiento, poseer algún grado de parentesco-. Pueden estar relacionadas con la trayectoria -haber coincidido en instituciones laborales o educativas de modo directo o a través de algún pariente cercano-. O pueden, de manera no excluyente, remitir a adscripciones políticas e ideológicas. A partir de la asunción de Mauricio Macri, las movilizaciones en oposición a sus distintas medidas funcionaron como lugar de convergencia para muchos profesionales. En la mayor parte de los casos, la referencia a los temas de agenda como uno de los resortes principales de conversación tiende a permitir considerar como afines a quienes dan muestras de compartir similares definiciones sobre la materia.

Dada la constitución dinámica de redes de afinidad, que organizan la derivación de pacientes, es necesario señalar como consecuencia no buscada la configuración de redes de evitación. Al no interactuarse con profesionales a los que no se conoce personalmente o que no resultan afines, tampoco se les derivan pacientes. Atadas a lo informal, las trayectorias de los sujetos consultantes quedan aleatoriamente inmersas en circuitos paralelos sin conexión entre sí.

Existen también derivaciones impersonales. En ellas aparece más claro el lugar ubicuo de la psicología, puesto que no existe un vínculo previo que respalde el supuesto de criterios análogos. Es en estos casos donde tiende a ponerse en cuestión la actitud natural (Schutz,

1995), articulándose en este caso con concepciones disciplinares que consideran requisito para un abordaje psicoterapéutico (o psicoanalítico) a la demanda subjetiva.

> Esta cuestión del imaginario popular del psicólogo como un médico, que se va una vez… hay mucho de esto, mismo en los médicos. Por ahí tenés un médico que mand…que derivan "interconsulta con psicología", ¿qué es "interconsulta con psicología"?... eso es algo que tiene que ver con el imaginario porque lo que sea poner a jugar la persona de uno ahí… no es para todos, o no están dispuestos todos. Porque alguien viene sin armársele ninguna pregunta y tampoco se puede así sostener un tratamiento... (Psicóloga CeSAC C, entrevista personal, 13 de agosto del 2008)

4.2.2. Prevención y promoción en la periferia

A lo largo de los CeSACs puede encontrarse que, salvo excepciones, la actividad preponderante es la asistencia tradicional o clínica. En varios casos, esta puede complementarse de modo más o menos esporádico con algún dispositivo de trabajo comunitario, de prevención de enfermedades o promoción de la salud, en el que tienden a participar sólo algunos de los psicólogos del CeSAC generalmente en forma conjunta con profesionales de otras disciplinas.

Se trata fundamentalmente de "talleres" y "charlas", brindados en su mayoría a poblaciones cautivas -en salas de espera o en establecimientos educativos- sobre una variedad de temáticas que incluyen tanto asuntos de orden biomédico (dengue, tuberculosis, cólera, rubéola, diabetes, entre otros) como otros ligados a lo vincular (entre las más frecuentes, salud sexual y reproductiva, y prácticas de crianza). Tanto en un caso como en el otro, las destinatarias privilegiadas -de modo explícito o implícitamente delimitado- son mujeres.

También pueden encontrarse en menor escala espacios de "consejería" o "consultoría", consistentes en entrevistas individuales que si bien pueden repetirse no comprometen al destinatario en su sostenimiento. Estos espacios se abocan mayormente temáticas puntuales, entre las que también posee un lugar importante lo referido a salud sexual y reproductiva, muchas veces vinculados de distinto modo a la entrega de métodos anticonceptivos o al testeo de VIH. En ocasiones éstos son vistos como una negociación con la realidad de las poblaciones que dificultaría el sostenimiento de los tratamientos.[217]

También existen diferentes grupos coordinados interdisciplinariamente, destinados a pacientes que padecen problemáticas de corte biomédico (tuberculosis, diabetes, hipertensión, tabaquismo, etc.). Asimismo, pueden encontrarse espacios de mayor inespecificidad ofrecidos

[217] "Hicimos una encuesta, y a partir de una encuesta… ehhh… con una muestra muy chiquita…leímos las necesidades, y lo que implementamos fue, lo único que podíamos hacer, que era un espacio de consulta psicológica" relataba una psicóloga entrevistada (en entrevista grupal en CeSAC E, 14 de agosto del 2008).

generalmente a grupos delimitados a priori como de mayor vulnerabilidad según criterios etáreos -a saber, niños, adolescentes y adultos mayores. Respecto de ellos las propuestas tienden a ser de índole lúdico-recreativa (juegotecas, espacios de promoción de lectura, encuentros de recreación, entre otros). La finalidad de estos espacios es brindar oportunidades asociadas por los profesionales a modos de vida saludables habituales en otros sectores sociales. Tal orientación compensatoria de las condiciones de vida puede incluir también acciones relativas a la escolarización -como orientación vocacional o propuestas para prevenir la deserción escolar.

Asumida bajo distintos argumentos como injerencia directa o indirecta, algunos profesionales participan eventualmente en la organización de actividades barriales (tanto puntuales como en el caso de algún festejo o conmemoración como sostenidas en el tiempo, relativas a la gestión de algún espacio compartido -un parque, por ejemplo).

En cada uno de los casos mencionados, los sentidos atribuidos a las prácticas permanecen íntimamente ligados a lo que cada profesional considera atinente a su inserción en un CeSAC. Ocupando el lugar de un sobreentendido, no resulta sencillo encontrar materiales escritos que aporten a la conceptualización de estas prácticas (sea planificaciones, ateneos, ponencias, artículos, u otros). A su vez, la indefinición tiende a ser vista por los profesionales como una virtud de estos espacios puesto que los vuelve permeables a recibir sus propias inquietudes. Es habitual que distintos profesionales participando en una misma actividad posean visiones diferentes acerca de su finalidad y sentido. La transmisión de experiencias es escasa y tienden a conocerse sólo aquellas actividades en las que se han participado personalmente.

Las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad arriba descriptas poseen un carácter subalterno. Este se pone de manifiesto a través de los discursos de los profesionales, en los que de distintas maneras son presentadas en contrapunto con la atención clínica, más que como fin en sí mismas: sea para presentarse ante los vecinos o como estrategia de detección temprana, se las tiende a ubicar como medio de generación de demanda.[218] En consecuencia, consagrando su lugar subalterno en el mismo gesto de promoverlas, se las interpreta como dependientes de la disponibilidad de asistencia, llegando a suspenderlas en aras de "no generar demanda insatisfecha". Del mismo modo, se evita abordar temáticas en las que se considera necesaria una formación especializada para su

[218] Cabe anticipar, prefigurando los temas que abordaremos en los Capítulos Siete y Ocho, que según lo recabado en campo la presentación en estos casos sería personal ("Soy Ana, la nueva psicóloga"). No se encontraron referencias a la explicación de en qué consiste el trabajo de un psicólogo en estas actividades de difusión. Por el contrario, según apareció en las entrevistas, parecería darse por supuesto que la población conoce de qué se trata. Sin embargo, considerando la diversidad de perspectivas existentes, resulta infundado creer que los sujetos destinatarios hayan tenido referencias anteriores que coincidan con la propuesta actual del profesional.

atención clínica -violencia doméstica y uso de drogas son dos ejemplos de temas frecuentemente evitados en los abordajes comunitarios por este motivo.

Por otra parte, en algunas versiones del psicoanálisis -perspectiva a la que la mayor parte de los profesionales adscribe- resulta desaconsejado encarnar ante los sujetos un rol distinto al de terapeuta. Volviéndose la asistencia inconciliable con el desarrollo de actividades de otro tipo ante una misma población, las relegadas suelen ser estas últimas. Para quienes así lo sostienen, los principios de la Atención Primaria de la Salud deberían ser readecuados en función de reorientar la inserción de los profesionales en salud mental. Si esto no se realiza -entienden- es por motivos de prescindencia política.

> (...) Lo que no está bien es, primero, que sea la misma persona la que atiende a la madre, al niño o esté atrás de la juegoteca. Eso no está bien. Esa persona no puede responder de una manera tan… neutra lo que son… posiciones distintas, trabajos. Porque eso es suponer que son boludeces "total…". Porque termina siendo eso, y la verdad que no es así. Este es un trabajo que tiene que tener ciertas condiciones si querés hacerlo bien, una misma persona no lo puede hacer (Psicóloga de CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

Pese a la ausencia de conceptualizaciones compartidas sobre las actividades de promoción y prevención, un concepto que aparece regularmente en su justificación es el de interdisciplina. Considerada como inherente a la inserción en un CeSAC, la interdisciplina tiende a convertirse en una valoración internalizada que pocas veces se problematiza.[219]

No son normativas o lineamientos formales las que propician que la asistencia clínica sea la principal actividad de los psicólogos que se desempeñan en un CeSAC, o que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Pero no por ello dejan de ser reglas. Las regularidades no sólo se producen de hecho, sino son internalizadas en la socialización que de manera aislada y espontánea cada profesional va realizando en su ámbito de inserción. Estas reglas informales se articulan con propiedades estructurales (la formación disciplinar, las relaciones de hegemonía/subalternidad, entre otras) enmarcando las percepciones y por tanto la consideración de alternativas. En definitiva, dando forma a la acción. Es esto lo que determina que pueda hablarse de instituciones independientemente de lo formal (March y Olsen, 1997; Peters, 1999). La *lógica de lo apropiado* que así se configura prevalece sobre la lógica de la consecuencia. Los proyectos de acción que organizan la cotidianeidad en términos de motivos remiten a los repertorios personales de experiencias, actualizados intersubjetivamente.

[219] De tal manera, se ha encontrado incluso quienes dedicándose exclusivamente a la asistencia clínica individual argumentan que su tarea es interdisciplinaria, puesto lo interdisciplinario es algo que se produciría de hecho en los CeSACs donde la necesidad de interactuar con otros profesionales de modo informal por lo reducido del espacio, sumado a que la población consultante tiende a ser la misma a lo largo del tiempo, provocaría espontáneamente el intercambio de pareceres acerca de los consultantes.

> En los comienzos yo tenía unos objetivos producto de la otra formación que yo tengo: yo soy profesora de danzas israelíes y trabajé mucho tiempo en recreación, producto de esta profesión y mucho tiempo con niños y trabajé en instituciones sociodeportivas entonces cada vez que había algún proyecto que uno podría decir comunitario, yo era la primera en sumarme (Psicóloga CeSAC A, entrevista personal, 18 de marzo del 2008)

Pese a que los profesionales tienden a experimentar como autónomas sus decisiones respecto de la utilización de su tiempo de trabajo, la posibilidad concreta de destinar horas profesionales a estas prácticas depende de las autoridades de los CeSACs y de las Áreas Programáticas. Si bien esto tiende a no ponerse de manifiesto en los orígenes de las prácticas de promoción y prevención, suele resultar ostensivo en la decisión de concluirlas.[220]

> -Hay un discurso, esto realmente me parece un problemón, hay un discurso que se sostienen con más o menos acento en la prevención y la promoción pero cuando vos te ponés a trabajar en prevención la lógica que esto conlleva de ninguna manera es aceptada por la jefatura.
> -¿Cuál es esa lógica?
> -Y, bueno… que la gente utiliza el Centro de salud de otra manera, que se acerque mucho más, que los adolescentes ingresen al Centro de Salud con más confianza…. cuando esto empieza a suceder, ahí la promoción y prevención se terminó, digamos.
> (Psicóloga CeSAC G, entrevista personal, 9 de abril del 2008)

Las acciones de promoción y prevención pueden plantear dificultades. En primer lugar, debido a que tienden a agrupar habitantes del barrio cuya cotidianeidad -a diferencia de lo que la apelación a la "comunidad" tiende a presuponer- dista de ser armónica. Sumado a lo anterior, estas actividades pueden despertar expectativas que no llegan a cumplirse. O también, pueden implicar la exposición de los profesionales ante eventuales agresiones o robos. Pero las dificultades que estas actividades pueden acarrear no sólo remiten a los avatares que pueden tener lugar ante la población o ante otras instituciones barriales, sino también a la necesidad de trabajar en equipo que conllevan. Ante estos costos, la asistencia aparece como un refugio.

> -La Jefatura del Área no es que pone palos *per se*. O sea, cuando uno va con el proyecto está "¡Bárbaro, genial!" Ahora, cuando empieza a aparecer lo que un proyecto conlleva ahí ya no estás tan bárbaro ahí hay que empezar a defenderlo y se han caído proyectos por eso, se han caído mucho proyectos que funcionaban y le pensás otra vuelta y…pero es trabajoso, es cansador. Y a veces uno tiene más ganas y otras veces…descanso….
> -Una licencia…
> -Nooo…más consultorio, que es donde nadie se mete. Ahí está todo bien, digamos, todo el mundo entiende que es lo que estás haciendo y está todo bien.
> (Psicóloga CeSAC B, entrevista personal, 4 de abril del 2008)

[220] Al respecto, puede consultarse también en el Anexo lo sucedido con la propia inserción en el CeSAC de Villa 23.

Finalmente debe considerarse que siendo actividades periféricas, su origen suele responder a algún tipo de acontecimiento que marque una discontinuidad para con lo que resulta habitual en tales instituciones (Adissi, 2010)

> Se hacía eso y ¿qué hicieron? Siguieron haciendo lo mismo. En algún momento empezaron a hacer alguna otra cosa más, a partir de demandas de los vecinos, no a partir de que alguien lo piense esto. Los vecinos empiezan a pedir asistencia, y en algún momento la demanda esta empieza a tener algún peso, y se empiezan a asistir… En algún momento de la historia entra… gente joven, y recién graduada, con algunas ideas… de trabajo extramural, y de trabajo comunitario, y ahí empiezan a hacer trabajo comunitario porque es la idea con la que venían. De vuelta: nadie fija demasiadas políticas, justo el que entró con alguna idea, y en general el sistema se…si uno tiene la suficiente fuerza, no opone tanta resistencia… (…) En ningún lugar se piensa la atención. La verdad que esto es una mentira académica… ehhh… y una ilusión política. (Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 26 de noviembre del 2008)

4.3. Sesgos de la implementación, por fuera de la implementación

Hasta aquí hemos descripto aquellas actividades que emergen en la cotidianeidad de los CeSACs como resultado de motivos distintos a regulaciones formales. Hemos ubicado analíticamente una serie de regularidades que dan cuenta de que tales prácticas se insertan en tramos más amplios de tiempo y espacio. A través de ellas se pone de manifiesto un contexto institucional que lleva a que pese a su origen informal y atomizado, no resulte arbitrario el modo en que son ocupados tales espacios. Esto posee dos tipos de implicancias. Por un lado, el que la institucionalización de prácticas y percepciones no sólo antecede a los profesionales sino que también tiene lugar como resultado no buscado de su misma agencia (Giddens, 1995). Por otro lado, el que nos permite acercarnos a ciertos modos de funcionamiento estatal -que en el caso de lo descripto, no se corresponden con orientaciones formalmente sancionadas.

Desde esta perspectiva, a través de la cual reinscribimos a los profesionales en tanto agentes estatales, nos interesa problematizar las consecuencias derivadas del funcionamiento cotidiano del Estado.[221]

Consideramos que el Estado posee un carácter paradojal. Por un lado, la indefinición de sus contornos específicos -la que se pone de manifiesto en los distintos procesos decisorios, según hemos venido mostrando. Por otro lado, el carácter distintivo de sus recursos materiales y simbólicos, que llevan a que su accionar posea una eficacia singular y específica. De tal manera, su accionar posee implicancias en términos distributivos, por lo que las agencias estatales más allá de las intenciones de quienes las protagonizan impactan en la estratificación social.

[221] Utilizamos el vocablo "agente" en la doble acepción del sentido en que autores clásicos como Lipsky (1968; 2010) y Bourdieu (1997; Bourdieu y Wacquant, 2005) apelan a los agentes estatales y que Giddens (1995) aplica a los sujetos en tanto poseen un control reflexivo sobre el mundo que los rodea.

En aras de evitar juicios apriorísticos, atribuyendo sin más los efectos de lo descripto a la falta de normatización, apelaremos a aquella perspectiva clásica instalada por Lipsky (1968; 2010) que ha tomado por objeto la cotidianeidad de las agencias estatales proponiendo que es allí donde se dirime la productividad concreta del Estado. Quienes han trabajado siguiendo su programa investigativo se han abocado básicamente al análisis de la implementación de políticas públicas, ubicando allí una serie de regularidades. Con ello han abonado a la descripción y análisis de la estructura del accionar de aquellos agentes públicos que entran en contacto directo con las poblaciones destinatarias (Evans, 2009; Evans y Harris, 2004; Finlay y Sandall, 2009; Haney, 1996; 2002; Hupe, 2007; Korteweg, 2003; Martín Pérez, 2010; May y Winter, 2009; Wells, 1997; Winter, 2003).

De acuerdo con tales estudios, las agencias sociales del Estado muestran sesgos en la selección de beneficiarios que hacen a la estructura del proceso de trabajo de sus agentes. En primer lugar, al imperativo contradictorio de atender grupos más o menos amplios de destinatarios y al mismo tiempo considerar las circunstancias singulares de cada uno de ellos. En segundo lugar, de las distintas presiones que en tanto trabajadores experimentan cotidianamente en el desarrollo de sus tareas. El hecho que toda aplicación de reglas generales a casos particulares demanda un proceso de interpretación, vale decir, una fuerte dosis de discrecionalidad, confluye con motivaciones personales cuyo origen es menos individual que producto de la socialización -lo que incluye desde instancias disciplinares a gremiales, desde parámetros de género hasta de hegemonía/subalternidad entre posiciones internas a las agencias. La limitada posibilidad de ser supervisados en el curso mismo de la interacción con los destinatarios termina de definir una particular estructura de acción, que determina la tendencia a elegir las prácticas menos riesgosas, que representen menor disconfort y mayor gratificación -priorizando aquellas donde encuentran mayor probabilidad de resultar exitosos y las que resultan más afines a sus preferencias. La necesaria escasez de recursos ante una demanda siempre creciente coloca a estos agentes en posición de tener que seleccionar destinatarios recurriendo a criterios personales en aras de completar la ambigüedad y amplitud propia de las definiciones programáticas. Configurando tales criterios de elegibilidad, subyacen estereotipos sociales y lealtades profesionales que se ponen en funcionamiento a fin de limitar la demanda maximizando la utilización de recursos disponibles, y obtener el consenso de los destinatarios.

Los patrones resultantes, que llegan incluso a modificar el sentido de las orientaciones políticas, pueden ser ubicados al describir aquel conjunto de estrategias recurrentes cuya meta es adaptarse a las tensiones implicadas por la prestación de servicios. Las categorías

conceptuales de rutinización, simplificación, racionamiento, etiquetamiento, elegibilidad, desnatado (*creaming)*, surgen para describir las estrategias conscientes o inconscientes de afrontamiento (*coping strategies*) que surgen ante la imposibilidad estructural de realizar la tarea encomendada en términos ideales.[222] Derivada de aquellas estrategias de los agentes, pueden ubicarse una serie de patrones de elegibilidad que no son del todo azarosos, sino que reconocen una serie de factores predictores. Entre ellos se encuentran, junto con patrones de edad, género, condición socioeconómica y procedencia étnica, las habilidades comunicacionales de los potenciales destinatarios.

Finalmente, dado que la decisión de los agentes en contacto directo con los ciudadanos tienen lugar en contextos de tiempo limitado, las decisiones usualmente están contreñidas por la disponibilidad de información, su capacidad de absorverla y su validez. Bajo la necesidad de tomar decisiones rápidas, se tiende a aplicar de modo mecánico las categorías con las que los propios usuarios se presentan, sea por iniciativa propia o por instancia anterior. Así, resulta definitoria tanto la presentación del sí mismo (Goffman, 1981) como el etiquetamiento realizado por instancias anteriores (Lipsky, 2010).

Según hemos ido analizando, los psicólogos de los CeSACs se ven expuestos a los dilemas propios de los agentes públicos. Es decir que su estructura de opciones admite ser comprendida desde esta perspectiva. Si bien la atención en salud se presenta a priori como prestación universal, siendo escasos los servicios disponibles la selección es un principio que tiene lugar en la práctica cotidiana de sus instituciones.[223] Sumado a lo anterior, las características del encuadre ofrecido -atención individual de al menos media hora de duración y frecuencia semanal- colisionan con su masividad -dada por el carácter potencialmente omniabarcativo de sus destinatarios.

Los modos en que los psicólogos de los CeSACs procesan las demandas recibidas admiten ser analizados recurriendo a aquellas categorías propias del accionar burocrático. El apelar a la

[222] Lipsky (1968; 2010) denomina a estos trabajadores como *street level bureaucrats, "burócratas al nivel de la calle".* Estos servidores públicos experimentan su trabajo como una inadecuación de recursos personales cuando hay algunas tareas que simplemente no pueden realizarse de modo correcto. Esto es debido a que sólo una dimensión de los destinatarios cae bajo su égida, no controlan el resto de las circunstancias de los sujetos con los que trabajan. También, a la ambigüedad e indeterminación de las metas, junto con las circunstancias desalentadoras de su contexto de trabajo.

[223] Lipsky (2010) ha argumentado que es la disponibilidad percibida del servicio lo que precipita la demanda, no al revés. No es una mayor existencia del problema, sino que la demanda es extremadamente sensible a la locación del servicio y a la información al respecto. Responde más a ello que a las condiciones subyacentes o contextuales. Esto lleva a que exista un problema de recursos irresoluble, que lleva a que necesariamente se trabaje con una fracción de la población, y que los recursos nunca sean suficientes para estándares deseados de calidad -es que siempre se puede demandar una mejora. No se trata de una falta de personal: cuando la tarea es masiva, su incorporación da resultados marginales puesto que siempre se prioriza aumentar la calidad del servicio.

clínica individual, a demanda, intramural y sostenida en el tiempo resulta una estrategia óptima de rutinización de la tarea. Permite ofertar un mismo dispositivo ante la realidad cambiante de los distintos destinatarios. Y capitalizar de modo conjunto las prácticas profesionales realizadas en los ámbitos público y privado. Asimismo, resulta una estrategia de autopreservación ante lo amenazante que pudiere resultar su entorno, dado que los escenarios institucionales refuerzan el control que los agentes pueden tener sobre el decurso de la situación.

La convicción de estar respondiendo de modo personalizado o "caso por caso" -en palabras de los profesionales- vuelve poco perceptible el hecho de que los destinatarios de asistencia son objeto de una serie de estandarizaciones que condicionan su elegibilidad. En primer lugar, algunos profesionales, obrando por su propio entender, han optado por restringir el acceso a quienes declaraban tener obra social o vivir fuera de la Ciudad, en el conurbano bonaerense.[224] En segunda instancia, a lo largo de los establecimientos existen distintas decisiones respecto de cómo gestionar el primer encuentro (si realizar o no entrevistas de admisión, y de qué modo) y si organizar o no (y de qué manera) una lista de espera (Adissi, 2010). Estas microdecisiones producen un efecto de selección por decantación: aquellos que pueden acomodarse al formato preestablecido serán los beneficiarios de la atención en salud mental provista desde los CeSACs.

Las listas de espera apelan a un mismo recurso -más o menos escaso- que la propuesta de sostenimiento terapéutico: el tiempo. Quienes no logran sostener el encuadre propuesto quedan sin asistencia, llevando a que el sentido de la selectividad se defina por la propia persistencia de los sujetos consultantes.[225] Sumado a lo anterior, el mismo horario de funcionamiento de los CeSACs opera como requisito de selección.[226] Cabe agregar que, desde la perspectiva de muchos profesionales, el desaliento es considerado como un procedimiento necesario puesto que selecciona a quienes realmente necesitan de una terapia, o a quienes realmente van a comprometerse con ella.

> Muchas veces la idea es voy al psicólogo como voy al médico, voy una vez y ya está". Entonces poner un día quincenal de admisión nos posibilitó acotar la demanda, y lo que estamos viendo ahora, que lo estamos hablando hará un mes, es que se acota también la gente que después viene para empezar el tratamiento. O sea que ahora, ponele, vienen diez o doce a

[224] Probablemente esto suceda en mayor medida de lo recabado, puesto que como son contrarias a lo que la Ley Básica de Salud Nº153 especifica resulta difícil indagar sobre tales prácticas.

[225] Al respecto, debemos mencionar que la literatura sobre *street level bureaucrats* ha descripto asimismo la tendencia a limitar la demanda imponiendo costos entre los cuales la espera es uno fundamental. La espera funciona también desalentando la demanda al mostrar que hay otros sujetos en competencia por el mismo recurso.

[226] Mayormente funcionando por la mañana y hasta media tarde.

> pedir turno, y de esos solamente terminan entrando en tratamiento un par. Pero son los que después tienen tela para cortar. (Psicóloga de CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

> (...) armamos ahora un dispositivo, porque también sucede muchísimo que la gente pide turno y después no viene. Ahora armamos un dispositivo, para no tener… porque se nos armaban unas listas de espera larguísimas y por ahí cuando llamábamos, en algunos casos, es graciosísimo, es un año después, una cosa ridícula. Porque un año después ya es otra la situación, completamente… Ahora lo que empezamos a hacer es una admisión mensual. Es decir que las personas vienen ese día, ese día se dan los turnos que hay, y se anotan las personas para los que alcanza el turno. Pero de mes a mes, por lo general llegamos al día de la nueva admisión sin nadie en la lista de espera. O sea que funciona mejor, porque el hecho de tener que venir un día determinado hace que mucha gente no…no venga. Y por otro lado no se nos pasan situaciones como de más… de mayor emergencia (Psicóloga de CeSAC B, entrevista personal, 22 de abril del 2008)

El resultado de la organización de agendas profesionales es un racionamiento. Los servicios profesionales no son accesibles a todo público, sino que son administrados en cada establecimiento de modo discrecional. Muchos profesionales, concientes de este resultado no buscado, se esfuerzan por resolver los sesgos, ensayando soluciones parciales a las que van revisando con el correr del tiempo. Estas soluciones suelen relacionarse con la modificación de las instancias de admisión (en su frecuencia, su día y horario, su modalidad, o incluso en su supresión), y la interrupción del carácter pasivo con que se espera a los sujetos (intentando comunicarse con quienes no asisten o incluso yendo a buscarlos). Más generalmente, se utilizan estas dos dimensiones como factores combinados y se procede a dividir a los usuarios en categorías apriorísticas, según las cuales se aplican procedimientos diferenciales.[227]

Lo inicialmente descripto en torno de quienes fueren tipificados como pacientes psiquiátricos o adictos puede asimismo vincularse con el racionamiento que en contextos de recursos escasos lleva a recortar aquellos sujetos cuyas situaciones son interpretadas como de mayor

[227] Este mecanismo coincide con lo descripto inicialmente por Lipsky (2010) en torno de la división de los usuarios en unas pocas y rudas categorías estandarizadas como parte de la rutinización del trabajo cotidiano. Siguiendo a Becker (1966), el etiquetamiento como práctica social es un proceso falible, que puede tanto incluir a aquellos que no reúnen las condiciones necesarias para entrar en tales categorías como excluir a quienes sí las poseen. Su falibilidad también obedece a que quien etiqueta es siempre un sujeto y a que lo hace necesariamente en situación. Esto provoca que el procedimiento varíe y las categorías posean, en consecuencia, un carácter relativo -o socialmente construido. Lipsky (2010) agrega a lo anterior el señalamiento de que, como parte de las operaciones de simplificación presentes en los procesos de trabajo, resulta habitual la ocurrencia de profecías autocumplidas en tanto se angosta el rango de percepción al recabar de modo generalmente exclusivo aquellos datos que se consideran factibles de procesar. Por el tipo de tecnologías requeridas para la intervención sobre personas, es incierto qué puede o no funcionar. Por ello prevalecen las categorías de sujetos más susceptibles de adaptarse a las propias técnicas. Ya que no pueden atender a todos, seleccionan a aquellos con los que presuponen tener más posibilidad de éxito. Los destinatarios clasificados como problemáticos entran en conflicto con sus metas. Wells (1997) para otro contexto ya ha señalado que esto lleva a que los psicólogos seleccionen a quienes están más familiarizados con el recurso a la palabra y con las clases medias. En líneas generales se ha analizado que, salvo fuertes estímulos en sentido contrario, se introducen sesgos por simpatía personal. En los casos en que esto no sucede, el sesgo es inverso: se prefiere beneficiar a los más disímiles para evitar ser sospechado de tendencioso.

complejidad, que pueden implicar la alteración de las rutinas, y frente a los cuales aparece como más probable el fracaso terapéutico. Sin embargo, no toda atribución de complejidad lleva a recortar la asistencia sino que también puede precipitarla. También al etiquetamiento de la situación por la que está atravesando un sujeto como "grave" o "urgente" por parte de quien toma contacto inicialmente con él -sea en la administración, sea el profesional que lo deriva, o el mismo psicólogo en una entrevista inicial- le sigue la flexibilización de agendas profesionales y encuadres de asistencia. En estos casos, el racionamiento posee el sentido inverso: se prioriza a tal sujeto en detrimento de quienes se interpreta que pueden esperar.

Existen otras medidas de racionamiento que ganan un consenso casi universal al coincidir con los *principios de visión y división* (Bourdieu, 2007) presentes en el campo. Es la atribución diferencial y apriorística de vulnerabilidad con arreglo a un criterio etáreo -niños, adolescentes y adultos mayores. Ante ellos se encuentra mayor propensión a realizar admisiones diferenciadas, flexibilizar los encuadres, e incluso realizar seguimientos y pensar estrategias de intervención intersectoriales.[228] Finalmente, existen procedimientos variables de etiquetamiento, puesto que la existencia de equipos especializados instala la delimitación de categorías diferenciadas de asistencia que suelen de tal modo ser priorizadas.

Todos estos mecanismos tienen el efecto de reducir y controlar la tensión y la incertidumbre del trabajo cotidiano, reduciendo la cantidad de decisiones. Se tiende a priorizar los casos resolubles con una rutina programada en lugar de aquellos más complejos, que exceden la norma y que insumen más tiempo -los cuales suelen ser derivados a especialistas. El resultado es concentrar lo ofrecido en una franja de destinatarios o de respuestas, patrones que permiten controlar el flujo de la demanda y manejar la presión de los procesos de trabajo. Siendo estrategias de tratamiento de la diversidad ligadas a la capacidad de espera, a la presentación personal y la enunciación de necesidades, la probabilidad diferencial de éxito para los distintos sujetos conlleva la creación de sectores de la población vulnerable que se sostiene en los CeSACs, buscando con ello demarcarse de sus semejantes. En los Capítulos Siete y Ocho retomaremos estos mecanismos analizando alguno de sus efectos desde la perspectiva de la población consultante.

Hemos hasta aquí descripto mecanismos cotidianos a través de los que se especifica el rol del

[228] En estos grupos la condición social desfavorable tiende a ponerse de relieve, encontrándose los sujetos que a ellos pertenecen más proclives de ser interpretados como víctimas de situaciones adversas (Adissi, 2010). Frente a ellos aparecen casi de modo exclusivo referencias a esferas de causación distintas al psiquismo, y puede incluso surgir el planteo excepcional de algún "*caso*" no requiere una intervención "*psi*" sino de otro orden. En consecuencia, los sujetos pertenecientes a tales grupos no sólo suelen ser priorizados en términos asistenciales sino que se convierten en destinatarios principales de acciones de promoción de la salud. La única mención recogida en campo hacia algún grupo poblacional adulto como vulnerable ha sido en referencia a mujeres víctimas de violencia conyugal.

Estado -en términos de su capacidad distributiva. Hemos manifestado con ello nuestra intención de no atribuir apriorísticamente la eficacia específica de estas agencias estatales a la ausencia de marcos normativos formales. Ahora bien, en contraste con la misma literatura en la que hemos fundado aquel análisis, el que los procesos decisorios en que se dirime la cotidianeidad de los profesionales carezcan de reglas oficiales en que basarse posee efectos particulares.

La literatura sobre agentes estatales surgida a partir de las propuestas de Lipsky (1968; 2010) plantea que aquellos mecanismos de afrontamiento arriba referidos encuentran una instancia de legitimación fundamental: la referencia a la imagen del Estado como aparato imparcial e impersonal. Este resorte de funcionamiento ha sido asismismo descripto en profundidad por otras perspectivas cuyo objetivo consiste en analizar lo estatal recalando en la cotidianeidad de sus agencias (Gupta, 1995; Mitchell, 1991). Bajo aquel se dirime en la interacción una esfera de lo estatal, resolviendo a un mismo tiempo los potenciales conflictos de la distribución de recursos mediante la apelación a una norma abstracta y general. Los psicólogos de los CeSACs carecen de tal posibilidad. No pueden justificar sus prácticas remitiendo a orientaciones políticas formales, ni encuentran amparo en mecanismos establecidos. Deben, por tanto, buscar otros contenidos en los que fundamentar su profesionalismo y apelar a otros sentidos compartidos respecto de su pertenencia institucional. De tal manera, aquel vacío posee consecuencias en cómo experimentan los profesionales su rol. Las estrategias de afrontamiento cotidiano de esta característica de orden macroinstitucional se vuelven un interrogante que es preciso indagar.

Conclusiones preliminares

Contribuyendo a poner en cuestión la demarcación entre una esfera de lo público y otra de lo privado, analizar un espacio estatal que no resulta directamente orientado por políticas oficiales nos ofrece la posibilidad de analizar contornos del Estado en los que este se muestra singularmente desustancializado.

Hemos analizado las rutinas en un espacio que en principio no se encuentra regido por lineamientos formales. Su escasa visibilidad se corresponde con la ausencia de reglamentos que unifiquen de algún modo las prácticas dispersas que tienen lugar a lo largo de los establecimientos. Originado espontáneamente por parte de quienes allí se inserten, el área de salud mental de los CeSACs nos permite ubicar una serie de regularidades que a su vez refractan realidades más amplias.

Junto con las rutinas, hemos indagado los procesos decisorios que las configuran. Mientras que

los profesionales experimentan sus decisiones como personales, hemos deslindado un cariz de aquellas que se distingue por estar estructuralmente condicionado. Partiendo de considerar que la ausencia de marcos formales no necesariamente conlleva ausencia de regulaciones, hemos ubicado al aislamiento entre agentes como condición y resultado de su socialización en estos ámbitos. Este aislamiento se corresponde no sólo con la falta de marcos que unifiquen desde lo formal, sino también con la escasez de instancias colectivas en las que poner en común cuestiones atinentes a la resolución cotidiana de sus tareas. Y su impacto en la dinámica institucional se vuelve ostensivo en los modos con que circula la información.

Las prácticas que prevalecen son aquellas que, por fuerza del lugar ocupado en esferas ajenas a los CeSACs, resultan hegemónicas. Las prácticas que no se corresponden con aquel modelo -de atención clínica, individual, a demanda- no sólo son menos frecuentes sino que también ocupan una posición periférica y poseen un carácter altamente volátil. Al mismo tiempo, son las que ponen de manifiesto las implicancias del aislamiento de los agentes y su carencia de marcos formales en los que respaldarse.

De tal manera, las regularidades encontradas nos hablan fundamentalmente de distintos contextos que resultan constitutivos del área. Por un lado, de las relaciones de hegemonía/subalternidad vigentes en el marco institucional ampliado. Por otro lado, de principios de visión y división forjados en instancias de socialización externas al propio área de salud mental de los CeSACs. La malla de visibilidad pública se hace allí presente configurando puntos de consenso, los que se traslucen tanto en la conformación de redes de afinidad -y de redes de evitación, en contrapartida- como en el surgimiento "militante" de estrategias contrarias a las orientaciones de la gestión de gobierno.

En la confluencia de aquellos patrones se forjan las tipificaciones que subyacen a la delimitación cotidiana -y por tanto, pragmática- de injerencias. En primer lugar, de manos del sentido común de quien remite a los sujetos a la consulta con un psicólogo. En tal sentido, vale remarcar el carácter fuertemente relacional del área de salud mental, en tanto funciona mayormente a demanda y esta se origina en gran parte mediatizada por la interpretación de alguien que opera como agente derivador. En segundo lugar, de manos de las valoraciones y consideraciones prácticas que orientan el accionar cotidiano de los profesionales -de las que resultan sesgos en la interacción con los destinatarios. Los recursos disponibles quedarán estrechamente ligados a la presentación de sí y a las habilidades comunicativas de los destinatarios, además de vincularse con características que de manera apriorística representan una mayor vulnerabilidad desde la perspectiva de los profesionales.

Es así que el rol del Estado se dirime en las consecuencias no buscadas del accionar de estos

agentes. La lógica de lo apropiado con que los agentes resuelven lo atinente a su proceso de trabajo termina por configurar la orientación del área de salud mental de los CeSACs. Si bien puede considerase que aún existiendo políticas públicas explícitas esto sucede de la misma manera, la particularidad del área bajo análisis es que su selectividad no encuentra un fundamento legitimante en la abstracción de las normas ni en procedimientos que establezcan una distancia impersonal los usuarios. Como consecuencia, carecen de marcos morales que les provean una imagen de desinterés. Pero tampoco encuentra un contrapeso en miradas e interpretaciones que propongan una lectura de la cotidianeidad apelando a una lógica de las consecuencias, puesto que esta requeriría de alguna concepción respecto del conjunto. Hemos encontrado en este rasgo una característica aún no indagada de la operatoria estatal que nos interesará profundizar a lo largo de los capítulos restantes.

Hasta aquí, apelando a la malla de visibilidad pública, hemos asimilado la ausencia de políticas públicas marco con la falta de todo tipo de encuadre formal. Pero, ¿acaso carecen absolutamente de marcos oficializados? En caso de existir estos, ¿qué características concretas asumen? ¿Qué relación se establece entre las dinámicas informales descriptas y aquellos encuadres normativos? Apelando al carácter relacional de la oferta en salud mental, analizaremos esto en el próximo Capítulo tomando en consideración las derivaciones intersectoriales.

-Capítulo 5-

De rutas y rutinas intersectoriales: el área de Salud Mental de los CeSACs como emergente de un entramado de agencias estatales

Introducción

Quienes trabajan en dependencias públicas ocupan una posición crítica. Son quienes proveen efectivamente los recursos del estado, gozando de una discrecionalidad sustancial en la ejecución de sus tareas (Lipsky, 1969; 2010). Determinan el acceso a derechos y beneficios, y son quienes activan concretamente los resortes de aquel lugar por excelencia de la concentración y del ejercicio del poder simbólico (Bourdieu, 1997). Su accionar, por tanto, contribuye a estructurar las oportunidades -y con ello, las vidas- de los destinatarios. Tomados en su conjunto, son ellos quienes en última instancia especifican la orientación de las políticas públicas (Haney, 1996; 2002; Korteweg, 2003). Vale decir que a través de ellos se dirime parte fundamental del rol del Estado.

Ahora bien, ¿qué es lo que lleva a un agente estatal a actuar en nombre del Estado? La literatura tiende a coincidir con que la imagen de estar obedeciendo a una normativa resulta un aspecto central, si es que no el determinante. Hemos comenzado a observar que en nuestro particular objeto de análisis, aquel asunto resulta al menos problemático. Nos resta describir con mayor precisión el carácter particular que asumen las normas en estos contextos, el modo en que las reglas informales se articulan con los marcos normativos existentes, las relaciones que los agentes estatales establecen para con los encuadres legales y los contornos en que lo formal se demarca de lo informal.

Hemos analizado que la injerencia del área de salud mental de los CeSACs se rellena cotidianamente en gran medida debido a demandas que no sólo provienen de sujetos individuales. El carácter de regularidad de algunas demandas nos lleva a deducir la existencia de patrones institucionales. Más aún en aquellos casos donde estas provienen de otras agencias estatales. Es a través de las demandas intersectoriales donde el área de salud mental de los CeSACs se vuelve singular punto de mira para observar dinámicas ampliadas con que se dirime el carácter concreto e interactivo del Estado.

Nos proponemos describir aquellas demandas poniendo de relieve los marcos formales que las enmarcan. Describiremos los modos en que los profesionales tienden a experimentar estas demandas y las formas en que suelen procesar las respuestas. Analizaremos el vínculo entre lo normativo y lo informal que se pone de manifiesto en estas derivaciones como punto de mira de un determinado funcionamiento estatal. Es esto lo que nos permitirá acercarnos al modo en que

la cotidianeidad del área de salud mental de los CeSACs refracta cuestiones del orden institucional ampliado, al tiempo que observar cómo aspectos de orden macro intervienen en la estructuración de rutinas que signan la interacción entre agentes estatales y destinatarios.

Quienes a partir de Lipsky (1968; 2010) se han dedicado a analizar la cotidianeidad de las agencias estatales han señalado el carácter definitorio que adquieren los etiquetamientos previos en el proceso de trabajo de los agentes. Partiendo de esta comprensión es que nuestro análisis se basará en unificar bajo un mismo concepto una multiplicidad de situaciones que ante la mirada de los profesionales se presentan de forma dispersa.

Ubicar como "derivación" a las recomendaciones de asistencia originadas en otras agencias estatales parte de retomar una denominación presente en el campo, aunque no de modo uniforme. Hemos retomado entonces un concepto émico (Harris, 1984) al que hemos dotado de un carácter analítico y sistemático. Ubicaremos bajo aquel término la remisión a un profesional de salud mental realizada por agentes de otras dependencias estatales, sea cual fuere el grado de formalidad o el modo con que empíricamente se presente la misma. Es tal definición la que nos permitirá observar las relaciones que cotidianamente se entretejen entre dinámicas formalmente sancionadas e informales.

Según se ha podido recabar, los sujetos derivados por otras agencias públicas constituyen un porcentaje importante de la totalidad de consultantes. Sin embargo, esta afirmación resulta tentativa puesto que no existen estadísticas que releven tal dato para los CeSACs.[229] Falta que denota a su vez el lugar socialmente invisibilizado de lo que en común guardan las derivaciones. Nos detendremos en este Capítulo en las derivaciones provenientes del ámbito educativo y del judicial -junto con instancias sucedáneas de este último.

5.1. Vinculaciones entre los CeSACs y el sector educativo

Las derivaciones provenientes de ámbitos escolares no se realizan de modo atomizado, sino que responden a un acuerdo intersectorial. Acercarse entonces al "Programa Salud Escolar" resulta indispensable para comprender la dinámica del área de salud mental de los CeSACs. En el marco de este las escuelas derivan con frecuencia niños a tratamiento psicopedagógico y psicológico. La remisión a un psicopedagogo ocurre cuando se etiqueta a un niño como "con

[229] Existen cifras estadísticas recogidas por el PIVESAM (Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental, dependiente de la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad), que dan cuenta de las derivaciones recibidas por los consultorios externos de algunos Hospitales Generales de Agudos y Hospitales Generales de Niños. No obstante, al carecer de definición conceptual y operacional, lo recogido como derivación puede obedecer a distintos tipos de fenómenos -puesto que incluye como "derivación" también al consejo dado por un vecino u otra persona próxima de realizar terapia psicológica. Véase Adissi y Vázquez (2012).

problemas de aprendizaje". Dejaremos aquello de lado para centrarnos en el análisis de los etiquetamientos que conllevan la remisión a un profesional psicólogo.

5.1.1. El "Programa Salud Escolar"[230]

En el año 1978 las escuelas primarias dependientes del Consejo Nacional de Educación comenzaron a ser traspasadas hacia la Secretaría de Educación municipal. A partir de aquel momento, la Secretaría de Salud se ve obligada a generar un mecanismo de vigilancia de la salud escolar en reemplazo de la instancia que "Sanidad escolar", dependencia nacional, otrora proveía. La respuesta demora dos años: en 1980 se divida la Ciudad en cuatro zonas y se crea un "gabinete psicofísico" para cada una de ellas. Eran estos efectores de salud dedicados de modo exclusivo al tamizaje de la población de los establecimientos educativos municipales con el fin de otorgar la denominada "libreta sanitaria" -consistente en una certificación de aptitud médica, psicológica y odontológica. Los gabinetes no tenían contacto con el resto de los establecimientos sanitarios, tampoco entre sí.

Vuelta la democracia, se vio la necesidad de incluir aquellas prácticas en un marco normativo. Fue así como surgió en el año 1983 el denominado "Programa de salud para la Comunidad Escolar Democrática". No obstante, este no llegó a ser implementado. Sí existieron en cambio hitos en tal dirección, como la conformación en el año 1987 de una comisión mixta -integrada por las Secretarías de Salud y de Educación y por la Subsecretaría de Planeamiento- y la instrumentación de la descentralización administrativa y programática de los cuatro Gabinetes y de su personal hacia las doce áreas programáticas. Las actividades de los Gabinetes Psicofísicos Escolares continuaron hasta 1989 vacantes de planificación y encuadre legal.

La constitución misma de los primeros CeSACs como establecimientos polivalentes que comenzaban a funcionar en el espacio físico de aquellos Gabinetes fue consagrando un antecedente para la programación.[231] El decreto 3.362/89, firmado entre las Secretarías de Salud y de Educación finalmente consagra al Programa de Salud Escolar. Su propósito admite ser descripto como amplio y difuso.

> [Este programa está] definido como un proceso de atención de la salud integrado e integral, es decir que contemple la prevención primaria, secundaria y terciaria en un contexto biopsicosocial, con un eficaz ascenso en los niveles de complejidad y con actividades de complementariedad entre los efectores de ambos sistemas, con el propósito de asegurar en los educadores y educandos una óptima calidad de vida y específicamente en los segundos, a partir de esto la posibilidad que alcance las competencias básicas que permitan en un futuro su

[230] En los documentos oficiales, indistintamente "de salud escolar", "de salud del escolar" o "salud escolar" a secas.

[231] Más precisiones al respecto se encuentran en el Capítulo 3.

inserción en el medio social y laboral[232] (Decreto 3362-89)

La letra del Programa contiene un diagnóstico de situación. Voluntarismo, ineficacia, indefinición, ausencia, falta, escasez, carencia, son palabras insistentes en aquel. Se señala el déficit de lo que se venía realizando -un control rutinario, desarticulado, sin monitoreo ni relevamiento epidemiológico, cuya orientación era aleatoria por depender de las voluntades locales y cuyo impacto, lógicamente, resultaba desigual. Sin embargo, dado que no proponía definiciones concretas en sentido contrario, la selección inicial de recursos humanos para su puesta en funcionamiento se basó en las redes personales de quienes ocupaban posiciones de influencia, sin mediar tampoco luego una capacitación específica.[233] No sin rémora, entre 1994 y 1995 se elaboraron quince subprogramas conteniendo pautas normativas.

Actualmente, los equipos del Programa de Salud Escolar están integrados por pediatras, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, odontólogos y trabajadores sociales, coordinados por un Coordinador Local del Área Programática y un Coordinador General de la Secretaría de Salud. No obstante, la situación parece no haberse modificado sustancialmente.[234]

El Programa "Salud Escolar" fue incorporado como legislación específica dentro de la Ley 153.[235] Desde aquel momento, las dependencias ministeriales a las que este responde se han modificado más de una vez.[236] Los límites e incumbencias del Programa no encuentran

[232] Y en su fundamentación, por ejemplo, se remite a las *"carencias que se verifiquen en cualquiera de los niveles: afectivos, alimenticios, sociales, de atención médica primaria, secundaria y terciaria, generan deficiencias en los demás y encadenan respuestas patológicas sucesivas que pautan la deserción, el desgranamiento y el rendimiento diferencial vigilancia de las patologías detectadas"* (Decreto 3362-89)

[233] Véase a este respecto el documento de una de las protagonistas referido en el Anexo (Vouillat, 2003).

[234] En el 2004, un informe de un programa de extensión universitario que trabaja "*con equipos reconocidos como más permeables a este tipo de intervención*" consignaba que *"las acciones desarrolladas muchas veces se apoyan en el voluntarismo, lo que dificulta su posible evaluación. Por otra parte, algunas de ellas –cuya efectividad es evidente– frecuentemente carecen de la institucionalización necesaria, mientras que otras –reconocidas como ineficaces– continúan desarrollándose por la inercia instituida"*. Programa de Desarrollo institucional de equipos interdisciplinarios en el marco del Programa de salud escolar (Secretaría de Salud, GCBA) Psicología Institucional, cátedra II, Facultad de Psicología. Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

[235] En su artículo 48 inciso L. El documento archivado en la legislatura del Decreto de sanción del Programa, sin embargo, conserva la leyenda "*Los puntos suspensivos y palabras en letra cursiva del presente Anexo V en sus puntos 5.8, 5.9 y 5.11 ; 9 ; 10.5 ; y 11, no se encuentran legibles en el orginal de la norma" (sic.). Y a continuación, "Todos los Anexos serán actualizados anualmente antes del comienzo del año escolar, por el Comité Central de Salud Escolar, y enviados a los niveles locales correspondientes para su información oportuna"* -lo cual no ha sucedido, según informa el Centro de Documentación Municipal (CeDOM), dependiente de la Legislatura porteña.

[236] Inicialmente bajo la órbita de la Secretaría de Calidad de Vida, pasaría luego a depender de la Dirección de Salud Comunitaria, posteriormente de la Dirección de Atención Primaria, y actualmente, de la de Redes y Programas. No se han podido encontrar documentos referidos a la modificación implicada por cada uno de estos cambios.

clarificación en la normativa vigente, y la población destinataria es también imprecisa.[237] Sus formulaciones, equívocas y abarcativas, remiten a principios generales pero no especifican mecanismos concretos para lograrlos. No cuenta con recursos propios -puesto que no posee un ítem propio en el presupuesto anual ministerial. En algunos CeSACs resulta reconocible quién trabaja para este Programa porque eleva estadísticas diferenciadas, sin embargo no todos los efectores completan estos registros discriminados.[238]

El Programa de Salud Escolar tiene un área de Salud Mental, bajo la denominación de "Subprograma Salud Mental -Promoción, prevención y asistencia de la salud mental en la escuela".[239] En la presentación formal de éste consta un marco teórico desde el que se elaboran formulaciones lo suficientemente imprecisas como para que entren en ella una multiplicidad de situaciones particulares.[240] La población de referencia es la comunidad educativa de los niveles inicial, primario, medio y superior -aunque no queda claro si es en su totalidad, o sólo son incluidos algunos establecimientos para cada uno de esos niveles. Sumado al énfasis en lo integral e intersectorial, de tan abarcativa propuesta resulta escaso lo normativizado. El aspecto que sí queda claro es que las derivaciones deben tener como actor fundamental desde el sector educativo a los Equipos de Orientación Escolar (EOE), encargados de recepcionar inicialmente toda demanda y darle el curso que crean necesario.[241] Vale señalar que son ellos quienes definen si el niño es derivado hacia psicología o psicopedagogía. Estando estos últimos profesionales especialmente abocados a estos temas,

[237] Pueden encontrarse especificaciones según las que corresponde a alumnos de nivel primario de escuelas públicas, a alumnos de escuelas públicas, a alumnos del sistema educativo, a alumnos de escuelas primarias, o a la "*comunidad educativa*".

[238] Esto se pone de manifiesto en los consolidados estadísticos finales. Así por ejemplo en el año 2010 -el último disponible al momento de redactar lo aquí expuesto- la cifra final anual de prestaciones para el Programa en los CeSACs de las Regiones Sanitarias I y II subían de las catorce mil, mientras que en la Región III el número era cero y en la IV, apenas ascendía de las trescientas.

[239] Plan de Salud Mental 2002/06, Secretaría de Salud, GCABA

[240] Son sus objetivos generales "*1.- Favorecer la integración activa del niño, niña o adolescente en la comunidad escolar, a partir de la asistencia de las problemáticas que dificulten el curso del proceso de enseñanza /aprendizaje e interviniendo sobre ellas, y en los casos que lo requieran orientar una ordenada y oportuna derivación, a fin de prevenir el fracaso escolar. 2.- Proteger, promover, y prevenir la salud en forma integral y asistir en forma oportuna y sistemática las problemáticas y / o trastornos de salud mental en forma integrada , a los niños, niñas y adolescentes de los establecimientos educativos pertenecientes a la Secretaria de Educación del G.C.B.A., en sus modalidades de enseñanza común y especial y sus diferentes niveles educativos, a partir de intervenciones psicológicas y psicopedagógicas . 3.-Optimizar las redes asistenciales desde del sistema de salud y facilitar la organización de redes sociales y comunitarias en el ámbito educativo.*" (copiado de manera literal desde el Plan arriba mencionado). De estos se derivan diecinueve objetivos específicos.

[241] Creados en el marco de la Secretaría de Educación municipal en 1986, se trata de veintitrés equipos (veintiuno para las áreas de educación primaria e inicial, según los distritos escolares; y dos para el área del adulto y del adolescente) cuya cantidad de miembros es variable, y que asumen además las funciones que hasta el año 2001 le correspondían al Programa por la No Violencia**.** Cabe señalar que las jurisdicciones establecidas desde el sector educativo no coinciden con las del sector salud, con lo cual la relación entre áreas programáticas y distritos escolares no es de uno a uno. Su estructura legal está fundamentada en el Decreto 1589/02 y el concurso para la cobertura de cargos, en el Decreto 1929/04.

no nos detendremos en sus incumbencias, más que para mencionar que los tratamientos psicológicos resultan mucho más demandados que los psicopedagógicos. Esto se debe por un lado a la escasez de psicopedagogos, y por otro lado a resortes propios de los procesos interpretativos -puesto que los miembros de los EOE entienden que gran parte de los problemas de aprendizaje son emergentes de dificultades de orden psicológico.

Si bien la normativa sólo especifica lo relativo al rol inicial de los EOE, no les atribuye mecanismos de actuación. Vale decir que no se detiene en uniformar los comportamientos de cada uno de ellos. Dada la pluralidad del campo autodenominado como "psi" los desacuerdos atinentes a las distintas perspectivas psicoterapéuticas han llevado a ofrecer asistencia psicológica a través de carriles distintos a los preestablecidos, siguiendo rutas de afinidad personal o disciplinar (Amaro, 2004). La forma que asuma entonces la relación entre el EOE y el área de salud mental profesionales de los CeSACs dependerá en cada caso de los vínculos informales entre los miembros de unos y otros puedan tejerse -oscilando entre la falta de trato y el trabajo conjunto.

Entonces, en lo que a la articulación entre los sectores de salud y educación respecta, los CeSACs son el escenario protagónico. Si bien existe un marco normativo específico, éste posee escasa capacidad de regular efectivamente las situaciones existentes. Aquel sólo precisa con claridad el deslinde de ingerencias en los casos históricamente caracterizados por el conflicto. Sin embargo, mientras determina la jurisdicción de cada uno de los actores, no establece mecanismos de actuación que provean una base universal garantizada para las poblaciones sino que deja abierta la sobredeterminación de las circunstancias por parte de los contextos locales, las situaciones particulares y el grado de afinidad -o su ausencia- entre los agentes involucrados. Una vez más, es nuestra intención no reducir las implicancias de lo descripto al señalar un déficit en la capacidad regulatoria del estado que, por otro lado, resulta evidente. Pretendemos por el contrario mostrar que la relación entre norma y realidad es problemática en un sentido que requiere ser precisado.

Para los profesionales resulta no sólo natural sino también deseable la falta de lineamientos explícitos por parte del Programa. Desde su perspectiva, esto posibilita una mejor adaptación de las prácticas derivatorias a las distintas perspectivas de cada uno de los profesionales.

> -¿Está el Programa de Salud Escolar? Te pregunto para ver qué directivas y desde qué lugares...
> -No, no son directivas: son demandas. Que no es lo mismo. Las demandas te impactan de alguna manera, entonces es un trabajo tuyo decir "yo no estoy acá para domesticar a una madre ni a un niño, ni nada", pero es un trabajo a hacer.
> (Psicóloga de CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

5.1.2. Lo habitual sin formatos preestablecidos

Las derivaciones desde el sector educativo poseen tal frecuencia que incluso hay profesionales cuyos cargos se originaron en respuesta exclusiva a esta demanda. Esta frecuencia conoce, no obstante, patrones estacionales.

Tiende a ser experimentado como un fenómeno natural el que la cantidad de derivaciones escolares aumente hacia fin de año, cuando se pone de manifiesto que algunos niños tendrán dificultades para pasar de grado. Para aquellos psicólogos que atienden a niños las derivaciones escolares representan el mayor punto de estrangulamiento en cuanto a la conformación de listas de espera. Algunos profesionales encuentran que esto conlleva una serie de dificultades. No obstante, tienden a experimentar estas dificultades como propias de la naturaleza de su trabajo, sin advertir su relación con la escasa organización de recursos disponibles que surge del Programa.

El carácter genérico y ambiguo de este último posee para los profesionales la virtud de amparar formalmente las diversas perspectivas y formas de trabajo existentes. No obstante, la contrapartida es que no propone mecanismos concretos a través de los cuales implementar las orientaciones sugeridas (Aguilar Villanueva, 1992; Sabatier y Mazmanian, 1993). Un ejemplo de esto es la falta de orientaciones respecto de cómo proceder ante tal estrangulamiento de la oferta asistencial. Asimismo, la falta de instancias comunicativas que permitan poner en común los resultados de las respuestas ensayadas. Es que en general los profesionales han coincidido en manejarse "por tanteo y error*"* respecto de cómo responder a estas demandas.

> "(...) vamos por distintas etapas: en un primer momento, hacíamos asistencia como venía, lo que pedían, lo que nos parecía. (...) Después de varios años, fuimos así atendiendo: era pura clínica. Nos dábamos cuenta de que necesitábamos trabajar más con los padres, y no solamente… porque venían porque los mandaban, y de alguna manera, cuando se tranquilizaban "va a la psicóloga", ya está: ellos ya habían cumplido porque lo llevaban. Entonces, teníamos la libertad, como para decir "bueno, vamos a empezar a trabajar con los padres, vamos a armar grupos" a ver si teníamos mejores resultados, porque veíamos que sino, los procesos eran muy largos…ehhh…vos viste que, para trabajar en un centro, enseguida se te tapan los turnos, con atención individual, necesitan uno o dos años, ¿y el resto? Entonces, armamos grupos de padres, que funcionaban bastante bien, tratando de hacer hincapié en ellos, que las transformaciones lleguen a través de ellos. (…) si bien se lograron, resultados, era como que siempre quedaba en el imaginario que teníamos que atender a los chicos. De estos padres, y de estas maestras, y de este EOE. Entonces, después de un tiempo que hicimos esto, empezamos primero con algunos… volvimos a hacer atención. Porque o sea, era como que, algunos lo requerían, pero otros era como una cuestión de tranquilizar a la escuela, tranquilizar a los padres (...)" (Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 11 de mayo del 2008)

Pese a que no se deriva de las formulaciones del Programa, y que este tampoco posee instancias de monitoreo o contralor, los psicólogos que atienden niños suelen exceptuar tanto de las listas de espera como de las entrevistas de admisión a quienes poseen una derivación

escolar, dado que de esta manera evitan conflictos con las instituciones o los profesionales que realizaran tal remisión. Como consecuencia, los niños escolarizados y dentro de estos, los que llegan a un psicólogo a instancias de etiquetamientos producidos dentro de sus escuelas, ocupan sobre los demás un lugar destacado en términos de elegibilidad.[242]

Ahora bien, mientras que la existencia misma de derivaciones escolares tiende a ser experimentada por los psicólogos de CeSACs como algo esperable, las inasistencias que suelen producirse suelen adquirir un carácter más bien dilemático. Dado que la asistencia de los niños depende de la voluntad de sus padres, y que los niños derivados posiblemente padezcan de conflictos inherentes a este vínculo ¿hasta dónde les corresponde a los psicólogos de CeSACs responsabilizarse por su asistencia? ¿Cuánto deben flexibilizar el encuadre que han establecido? ¿Cuánto insistir, cuánto tiempo dedicar a recontactar a los niños? Atendiendo las necesidades propias de la dinámica laboral -y más aún en un marco de estrangulamiento de la oferta- la respuesta de orden práctico suele ser aceptar las inasistencias, dando a los niños de baja en sus agendas.

Arriba hemos descripto que el aspecto que más clarificaba el Programa Salud Escolar era las injerencias respectivas de CeSACs y EOEs. Pues bien, tal clarificación refiere al modo en que inicialmente son derivados los niños. En lo que al seguimiento refiere, no están prefiguradas las incumbencias respectivas. La responsabilidad institucional por los pequeños atañe a ambos de modo impreciso -o bien, a ninguno.

La posibilidad de equívocos aumenta cuando los niños llegan con un itinerario más largo. Por ejemplo, en los casos donde desde la escuela hacia un efector de salud mental hospitalario y de allí posteriormente a un CeSAC. Dada la pluralidad del campo "psi", resulta habitual en estos casos que los niños lleguen con un diagnóstico con el que no se coincide. Mediando tal potencialidad de conflicto, y siendo la responsabilidad institucional aún más difusa, la opción más sencilla es no recibirlo alegando falta de turnos disponibles.

5.1.3. Derivaciones escolares: consecuencias no buscadas y perspectiva de los agentes

La particular amalgama producida entre marcos oficiales y prácticas cotidianas se pone de manifiesto en los significados que orientan los intercambios. El Programa Salud Escolar no provee de conceptos o marcos interpretativos relacionados con un nivel distinto de realidad que el que manejan los profesionales. Dada la ausencia de lecturas de conjunto, las

[242] Tal como hemos planteado en el Capítulo anterior, esta decisión fundada en los requerimientos del proceso de trabajo posee consecuencias no intencionadas en términos de resultados, considerando los efectos globales de estos sesgos en la distribución de recursos escasos.

concepciones disciplinares resultan traspoladas hacia escalas de otro orden.

Vista como una oportunidad de desarrollar mecanismos de afrontamiento para sus singulares circunstancias de vida, la derivación es entendida como una detección temprana. Ahora bien, es posible analizar de qué manera sus practicas se insertan en tramos más amplios de tiempo y espacio, en aras de comprender su relación con procesos de orden macrosocial (Giddens, 1995).

En las últimas décadas diversos trabajos han puesto de manifiesto la profundización de la desigualdad entre circuitos de escolarización, los que varían fundamentalmente en función del contexto territorial y el nivel socio-económico de los alumnos (Braslavsky, 1985; Braslavsky y Krawczyk, 1988; Wortman, 2012). En tal contexto, se vuelve necesario señalar que los CeSACs reciben a niños derivados de las escuelas más rezagadas dentro de aquel sistema educativo.

Siguiendo la línea de análisis propuesta desde la teoría de la estructuración (Giddens, 1995) consideramos que las consecuencias no buscadas de la acción, y sus conversión recursiva en condiciones inadvertidas, deben ser interpretadas en la conjunción entre las condiciones estructurales y las prácticas intencionadas de los agentes.

Los niños derivados responden generalmente a dos rótulos básicos: “problemas de conducta” -relacionados con dificultad de acatamiento de los límites impuestos por los adultos y las agresiones hacia pares y docentes- y “problemas emocionales” -dificultades de integración, inhibición, dificultades de concentración y aprendizaje-. Resulta un dato tomado en consideración por los psicólogos que los primeros suelen acompañar la derivación de varones mientras que los segundos, a las de niñas. Desde la perspectiva de los agentes esto se explica porque varones y mujeres “hacen distinto tipo de síntoma”. Siendo los niños quienes resultan derivados con mayor frecuencia, algunos profesionales plantean que ellos son más conflictivos; otros sugieren que sus síntomas son más disruptivos para las instituciones, siendo este el motivo por el cual los síntomas más silenciosos pasen desapercibidos. Dimensiones biológicas se muestran nuevamente como estructurantes al operar como *principio de visión y división* (Bourdieu, 2007). Las mediaciones interpretativas que hacen al etiquetamiento permanecen en estos casos sin tematizar.

Existen otras situaciones donde, por el contrario, resulta frecuente encontrar lecturas de orden social o poblacional. Cuando los problemas son etiquetados inicialmente como correspondiendo a situaciones familiares conflictivas -y no a conductas de los pequeños- los profesionales tienden a remitir a fenómenos ampliados que impactarían a su vez en las dinámicas familiares.

> Creemos que esto puede deberse a un déficit en la función paterna, debemos recordar que estamos hablando de familias donde es común que el padre se halle ausente, en ocasiones preso y donde los niños encuentran difícil adoptar un modelo de identificación que no tenga que ver con la violencia. (Documento recogido en campo)[243]

Generalmente, ante el aumento de derivaciones se tiende a presuponer tanto que las escuelas han mejorado su capacidad de detección de este tipo de problemáticas como que la cantidad de problemáticas ha aumentado. Sólo algunos profesionales consideran que un aumento en el caudal de derivaciones puede relacionarse con un mal funcionamiento del ámbito educativo.

Las mediaciones interpretativas que acompañan a las derivaciones escolares tienden a permanecer desapercibidas. Esto admite ser relacionado con la ausencia de mecanismos preestablecidos que habiliten un abordaje de niveles distintos al del "caso por caso". Por un lado, no se preveen instancias de trabajo con las escuelas o los docentes. Cuando estas suceden, se deben a la iniciativa personal de los profesionales, y cargan con la impronta de toda práctica voluntaria que se origina a contrapelo de lo habitual -y por tanto, de las expectativas institucionalizadas. Por otro lado, no se promueven instancias de socialización -sea verticales u horizontales- de las inquietudes y experiencias.

Lo anterior se pone de manifiesto en aquellos casos donde se ha producido una reformulación concreta de las derivaciones escolares recibidas. En un CeSAC un equipo de psicólogos diseñó una estrategia local de intervención institucional desde la cual durante cuatro años implementaron una serie de dispositivos en el marco de escuelas, incluyendo no sólo a alumnos sino también a docentes, directivos, y a algunos padres. Psicólogos de otro CeSAC decidieron armar una "escuela para padres", reorientando el eje de la intervención tras el aumento de demandas derivatorias.[244] Estas experiencias permanecieron desconocidas tanto para el resto de los CeSACs como a nivel ministerial. Lo cual pone en cuestión su posibilidad de ser replicadas. Y al mismo tiempo, plantea una serie de interrogantes respecto de la estatalidad de esas prácticas. Vale decir, cuando a instancias de los agentes públicos tienen lugar esas propuestas, ¿se trata de propuestas estatales? En la respuesta a esta pregunta se dirimen una serie de implicancias respecto del rol del Estado.

---

[243] "Un análisis del perfil de derivaciones a salud mental. Nuevas modalidades de intervención en salud escolar" -ponencia presentada por A. M. Gutreiman, S. Lorenzetti y G. Borgesi en el Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud, GCABA, 2007.

[244] La denominación "*escuela para padres*" encuentra su origen en una sección del diario La Razón escrita por Eva Giberti en la década del ´60, piedra de toque de la divulgación del psicoanálisis en la Argentina (Plotkin, 2003).

5.2. Vinculaciones entre los CeSACs y el sector justicia -y afines

En caso de tomar como estándar analítico de investigación las formulaciones oficiales, el vínculo entre CeSACs y juzgados o Defensorías caería por fuera de lo seleccionado.[245] Lo mismo sucedería si se siguen las definiciones de situación presentes en los debates de agenda. Sin embargo, en la interacción entre las órbitas de salud mental y justicia tienen lugar a diario una serie de prácticas recurrentes.

5.2.1. Cómo se ponen en contacto juzgados y profesionales de CeSACs

La vinculación entre psicólogos de CeSACs y juzgados tiene lugar bajo diferentes modalidades. Puede suceder que alguien bajo tratamiento tenga un problema legal, llegando tras ello un pedido de informe. O que este informe sea solicitado sin mediar ningún escrito formal, por parte del mismo paciente, a fin de presentarlo él mismo a un Juzgado. O también, que se presenten de modo conjunto un sujeto que pide asistencia psicológica por primera vez y un oficio judicial -traído por él mismo o bien enviado desde el Hospital de referencia.[246]

Mientras que a algunos CeSACs prácticamente no llegan Oficios, en otros es el Área Programática del Hospital quien se ocupa de distribuirlos, con arreglo a criterios propios de quien allí se desempeñe. Las derivaciones pueden provenir tanto de Juzgados Civiles como de Penales. Mientras algunos CeSACs reciben como pacientes a quienes ocupan el lugar de víctimas (sea de violencia conyugal, abuso, etc.), a otros llegan casi exclusivamente quienes son obligados a realizar tratamiento en calidad de victimarios (hombres violentos o abusadores, personas acusadas de delitos, etc.) y a otros, ambos.

> Tengo derivaciones de Juzgado que es una atrocidad. Una cosa indiscriminada que tienen los Juzgados de que si alguien sale en libertad condicional, tiene que estar en tratamiento psicológico sí o sí. Como si eso cubriera a la persona de otras cuestiones. O sea, vuelve al mismo lugar de donde lo llevaron preso nadie le asegura el trabajo... No hay demanda, no hay demanda, vienen con un discurso sumamente armado, es posible que te vean como parte del sistema, porque está obligado y está en libertad condicional, entonces, es muy difícil la intervención y cuando mandás a preguntar, “les pido por favor que se me informe por qué se

[245] De hecho, remitimos al Capítulo Uno en cuanto a lo que la malla de visibilidad pública seleccionó como interfase entre salud mental y justicia.

[246] Englobar todas estas situaciones bajo la categoría “derivaciones de juzgado” es habitual aunque no generalizado. Mientras que hemos optado por utilizar el término “derivaciones”, en tanto muchos de los profesionales así las denominan y es este concepto el que nos posibilita pensarlas de modo análogo a las derivaciones escolares, no todos coinciden con la pertinencia de este nombre. Algunos sostienen que se trata de pedidos de informe -tanto en el caso de pacientes que ya estaban bajo tratamiento como de sujetos que pidieron turno por recomendación del Juzgado. Nuestra construcción heurística se funda en que permite -pese a esto último- resaltar un rasgo común entre una multiplicidad de circunstancias disímiles. Por supuesto, este uso investigativo debe tener detrás suyo la vigilancia epistemológica suficiente como para no deslizar este sentido, creyendo que es el que organiza las prácticas realmente existentes. De hecho, existe la posibilidad de que para un número indeterminado de profesionales lo que aquí consignamos como una derivación -la orden o el consejo de realizar tratamiento psicológico- aparezca como una demanda espontánea.

> requiere tratamiento psicológico para fulano", la respuesta es "que siga tratamiento psicológico", y listo. Es obligatorio. (En entrevista grupal en CeSAC E, 14 de agosto del 2008)

Siendo escasa la información al respecto, las consideraciones de índole legal funcionan a modo de sentido común. Cada profesional remite a su *acervo de conocimiento a mano* (Schutz, 1995), basado en experiencias previas propias o transmitidas por otros.

> Se nos presenta por escrito un pedido de tratamiento para tal o cual niño. Ahora bien, es preciso observar que en estos casos es prácticamente nula la información que se recibe del juzgado acerca de la situación que se nos deriva. Es a través de las entrevistas con el adulto que trae el niño a consulta que nos ponemos al tanto de las intervenciones judiciales y sólo nos contactamos con el juzgado por un requerimiento que asume un carácter casi burocrático que es el de informar periódicamente si el niño continua el tratamiento. (...) No hay en definitiva comunicación entre la instancia judicial y el Equipo de Salud (…) (Documento recogido en campo)[247]

El acervo de conocimiento a mano no se conforma en base a reglas de transmisión informales sino erráticamente. En general, la primera vez que un profesional tiene que responder a un Oficio se encuentra desconcertado: suele incluso desconocer la posibilidad de que esto sucediera. La recurrencia otorga el aprendizaje a modo de "prueba y error*"* -dado que tampoco resulta frecuente encontrar quién sepa hacerlo, o quién esté dispuesto a trasmitir tal conocimiento. El carácter fragmentario de los *acervos de conocimiento a mano* (Schutz, 1995) se corresponde con cierta indefinición de las expectativas recíprocas. De hecho, para gran parte de los psicólogos de CeSACs reviste un carácter problemático la consideración de qué resulta pertinente consignar al elevar los informes correspondientes.

Determinado biográficamente, el conocimiento se encuentra desigualmente distribuido. No faltaron profesionales que al ser consultados sobre este tema respondieran enfáticamente que no llegan casos judicializados a los CeSACs dado que son atendidos de modo exclusivo por los Servicios de Salud Mental de los hospitales. También en las dependencias ministeriales, las autoridades consultadas al respecto se mostraron, en primer lugar, extrañadas de que se hubiera recogido en campo esta problemática.[248] En consonancia con lo anterior, debemos

[247] "Un análisis del perfil de derivaciones a salud mental. Nuevas modalidades de intervención en salud escolar" -ponencia presentada por A. M. Gutreiman, S. Lorenzetti y G. Borgesi en el Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud, GCABA, 2007. Nótese que la preocupación central que orienta la ponencia es otra, apareciendo el párrafo aquí citado como una referencia tangencial.

[248] En una entrevista grupal realizada en una dependencia del Ministerio de Salud vinculada con los CeSACs, la pregunta al respecto disparó una discusión respecto de si le correspondería al Poder Judicial o al Ministerio de Salud establecer una normativa en este sentido. Este debate, que hizo que la entrevista tomara un rumbo no previsto- transparentaba el hecho de que o bien tal normativa no existe, o bien en caso de existir es desconocida. En la Dirección de Salud Mental, por su parte, las autoridades que participaron de la entrevista grupal coincidieron en que no era éste un problema en términos de funcionamiento del sector sanitario. Argumentaron que era lógico recibir derivaciones de la órbita judicial, puesto que tenía que ver con las incumbencias

señalar que la inexistencia de expectativas institucionalizadas no sólo implica al vínculo intersectorial, sino que tampoco existen mecanismos preestablecidos al interior de los establecimientos sanitarios. Indicativo de lo anterior resulta que el rol de los "Departamentos de Legales" que funciona en cada uno de los hospitales de base no es uniforme, al tiempo que suele ser desconocido para gran parte de los profesionales.

Siendo que los motivos que organizan la acción cotidiana obedecen a una finalidad pragmática, la información disponible sobre las derivaciones es acotada. Por ejemplo, es poco lo que se sabe sobre sus implicancias. Mientras que algunos profesionales afirmaron que estas remiten a su propio carácter de funcionarios públicos -en tanto los únicos certificados de salud mental con valor oficial serían los emitidos desde un establecimiento estatal- otros enfatizaron que lo central remite a que ellos ofrecen asistencia psicológica gratuita, lo cual haría que derivaciones judiciales lleguen también hacia distintas ONGs que también ofrecen este servicio. En uno u otro caso, el carácter conminatorio de los Oficios Judiciales no resulta claro. En consecuencia, aparece asociado tanto con una suerte de obligación moral como con la necesidad de dar respuesta a ellos para prevenir posibles complicaciones -se desconoce de qué tipo-.

> -Esas son demandas, no son directivas.
> -¿No viene la Dirección de Salud y te dice "vos tenés que trabajar al servicio de…"?
> -No, no, no… pero sí puede haber una demanda en relación a eso y… tiene mucho poder, digamos, porque la persona que está en ese programa sabe que, en algún punto, lo que suceda con su persona tiene que ver con esto. O sea: puede ser que le dejen ver a un hijo, o no… en función de esto, y en función de lo que vos informes, o de lo que informe la trabajadora social. O sea… nosotras no, porque somos acá medio locas con eso, no nos importa, tratamos de darnos el tiempo para ver cómo es una cuestión… (Psicóloga CeSAC C, entrevista personal, 13 de agosto del 2008)

La recomendación -más o menos compulsiva- de tratamiento psicológico por parte de los Juzgados reflejaría un requisito administrativo a fin de conceder la libertad u operar como indicador de una voluntad de no reincidencia. Los juzgados recurrirían habitualmente a los psicólogos cuando tienen que tomar una determinación. Por ejemplo, al decidir el destino de los niños cuando hay un padre excluido del hogar. O también cuando se procesan delitos en los que están en juego aspectos de orden sexual o relativos al vínculo materno-filial.

---

profesionales. En consonancia con aquello, consideraron innecesaria una normativa al respecto. Al mencionar la preocupación que varios profesionales entrevistados habían manifestado sobre este tema, minimizaron tal inquietud alegando que sólo reflejaba a algunos profesionales aislados que no querían responsabilizarse por su rol. Agregaron que en caso de representar aquellas un problema, era de índole netamente profesional puesto que los derivadores eran también psicólogos.

> (...) es una intervención más benigna, o sea, en vez de castigarte te mandan al psicólogo. Y en ese sentido es piola, porque el chico que hace algo fuera de lo normal, algo le pasa. En ese sentido, es más benigno que pensar que es una persona "mala" (…) Entonces, "intento de violación", "asistencia psicológica". Está bueno, en realidad, porque efectivamente un intento de violación tiene que ver con la sexualidad, y tiene que ver con el hecho de ser un púber, un adolescente al que le está trabajando algo de eso. Es correcto, es lógico. Bueno: en función de eso, los jueces todo el tiempo derivan al psicólogo, cuando hay algo que no… que queda… digamos, que hace un poco de ruido, derivan al psicólogo (Psicóloga CeSAC C, entrevista personal, 13 de agosto del 2008)

> (...) A los pocos días de haber parido, la mujer llegó al hospital con una hemorragia y se dan cuenta de que habían dejado a su bebé "olvidado" por ahí, entonces llaman a la policía, lo van a buscar, lo internan al bebé, y está judicializado. O sea: se judicializa el caso. ¿Qué hace el juez? La manda a tratamiento a la mujer, suponiendo que algo le pasa a la mujer que hace eso. Y es correcto, está bueno, en ese sentido está bueno pensar que algo le pasa. Pero por otro lado, es una locura, porque si ella no se pregunta nada, hasta que ella no se pregunte qué le pasó, al principio, yo no intervengo haciendo nada, intervengo escuchando a ver qué pasó. Porque esa demanda, si no estuviera el juez, quizás no ocurriría, no existiría, ¿no? Porque incluso, para la mujer… a la mujer, le queda ligada al Juzgado: es un castigo. Entonces, tooodo el trabajo que vos tenés que hacer primero es por apropiarse del lugar… O sea, eso está bueno en un punto, porque efectivamente lo mejor que puede pasar es que ella pueda apropiarse del lugar y que pueda hacer algún recorrido, y eso es bueno, y en otro sentido, es medio… qué se yo… medio punitivo (Psicóloga CeSAC H, entrevista personal, 2 de mayo del 2008)

Los Juzgados parecen funcionar de idéntico modo que los CeSACs, sin manejar criterios uniformes. Los Oficios pueden explicitar qué se espera del informe solicitado. En estos casos, puede tratarse simplemente de que se consigne si una determinada persona asiste a tratamiento, o también pretender saber cuántas veces asistió una persona y en qué fechas, o tal vez, incluso, recibir sugerencias y orientaciones respecto de cómo manejarse ante el sujeto en cuestión.[249] Algunos Juzgados especifican estrategias terapéuticas e incluso metas preestablecidas para el tratamiento -volveremos a esto más abajo.

5.2.2. Instancias sucedáneas de los Juzgados

Los casos judicializados que el área de salud mental de los CeSACs recibe refieren a delitos menores en algunos casos, y a situaciones de violencia y abuso intrafamiliares en su gran mayoría. Pero también son remitidos sujetos por parte de una serie de instancias sucedáneas, con entendimiento en casos similares.

[249] Uno de los entrevistados -con trece años de antigüedad en el CeSAC-, afirmó haber tomado conocimiento alguna vez de la existencia de protocolos en los que se define qué datos deben constar en un informe, al tiempo que analizaba que al ser desconocido, no era cumplido de hecho, lo cual volvía circularmente cuestionable su vigencia -si consideramos que todo protocolo es por definición vinculante. Otra psicóloga -con dieciocho años de desempeño-, comentó que en casos de exclusión del hogar corresponde consignar en el informe una reseña del comportamiento de la persona excluida seguida por una sección denominada "*sugerencias y orientaciones*". Dijo que ese es el modelo de informe que le han enseñado que debía ser entregado -no consiguió recordar quién, cómo ni en qué momento-.

En lo que a delitos menores respecta, existen dos programas del sector Justicia que acostumbran realizar derivaciones hacia los CeSACs. Nos referimos al Plan de Prevención del Delito, del Ministerio de Justicia del Gobierno de la Ciudad, y al de Libertad Asistida, dependiente del Ministerio de Justicia Nacional.[250] Pese a tratarse de programas -es decir, a surgir de modo planificado- no se han podido recoger datos acerca de acuerdos intersectoriales que sustenten la colaboración. Por el contrario, pareciera que los recursos a ser destinados por parte del sector salud no se encuentran preestablecidos para ninguno de los dos casos. En consecuencia, el hecho de que se atienda a los sujetos bajo programa resulta dependiente de la existencia de vínculos personales entre trabajadores de aquellos programas y psicólogos de CeSACs. De hecho, la información respecto de la existencia de asistencia psicológica gratuita dentro de los CeSACs parece surgir de vinculaciones informales y no ser provista por los marcos normativos.

Por otra parte, en la CABA fue creado a través de la Ley 114 ("de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes") el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes como órgano de promoción y articulación de políticas públicas destinadas a la población infanto-juvenil en el ámbito de la Ciudad. Luego de la sanción de una normativa similar pero de carácter nacional – la ley 26.061 del año 2007- las causas civiles que atañen a menores de edad caen bajo la esfera de aquel Consejo.

Encargado de la adopción de medidas consideradas como de protección integral de derechos,

[250] Nos referimos en primer lugar al componente de prevención social dentro de Plan de Prevención del Delito, el cual se desarrolla en barrios definidos como "de extrema vulnerabilidad". En la actualidad librado a los recursos del Gobierno de la Ciudad, la imprecisión con que es utilizado el nombre deriva de su historia. El Plan de Prevención del Delito gozó de rango nacional entre los años 2001 y 2008. Dentro de aquel surgió el Programa Comunidades Vulnerables. Este tomaba elementos de la corriente denominada como "nueva prevención", que prevee la puesta en práctica de recursos extrapenales para actuar sobre las causas estructurales del delito y sobre la sensación subjetiva de inseguridad. En consecuencia buscaba una articulación entre la política criminal y lo denominado como restitución de derechos. Si bien incluye la percepción de un modesto subsidio monetario por parte de quienes son admitidos, y busca tanto actuar sobre la exclusión de los circuitos educativos como proponer la inclusión productivo a través de la generación de microemprendimientos, su actuación fundamental es sobre aspectos subjetivos. Entre ellos, se propone explícitamente actuar sobre las pautas de sociabilidad para integración social, la continuidad y el compromiso con las acciones emprendidas, la confianza como dimensión constitutiva de los vínculos, y la percepción y apreciación del entorno comunitario, entre otros factores. Al respecto, véase Pasín (2009).

En relación con el Programa de Libertad Asistida, este funciona desde 1992 y consiste en un abordaje de seguimiento individual psico-social llevado adelante por psicólogos y asistentes sociales en ámbitos institucionales, a modo de programa de pre-egreso. La sanción en el año 2005 de la Ley Nº 26.061 (de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes), pese a no regular directamente el régimen penal aplicable a personas menores de edad, ha dado lugar a la creación dentro del Ministerio de Desarrollo Social de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF). En 2007 se creó en su interior la Subsecretaría de Derechos para la Niñez, la Adolescencia y la Familia y bajo su órbita, la Dirección Nacional para Adolescentes Infractores de la Ley Penal, de la que dependen actualmente los institutos de seguridad ubicados en la Ciudad de Buenos Aires. La SENNAF incorporó bajo su órbita aquel programa, con la intención de dar respuesta a la atención de los adolescentes que ingresan al sistema penal juvenil, garantizándose la asistencia sin la privación de la libertad. (López et al, 2009)

así como de articular a las familias para con los organismos estatales que fuere necesario y para con el Poder Judicial, el Consejo trabaja de modo descentralizado a través de diecisiete Defensorías Zonales. Es desde estos establecimientos que se producen un sinnúmero de derivaciones de niños y adolescentes victimizados hacia los CeSACs.[251] Los Juzgados, en tales casos, sólo tienen el mandato formal de evaluar la legalidad de las medidas por ellos adoptadas, y sólo en caso de que exista un delito interviene la Justicia Penal Federal. En consecuencia, las situaciones de violencia y abuso intrafamiliar que involucran a menores de edad no suelen aparecer de la mano de intervenciones judiciales sino que más habitual resulta su remisión desde las Defensorías Zonales.

Si bien las Defensorías fueron creadas en aras de evitar la judicialización de niñas, niños y adolescentes, las formas de intervención guardan cierta semejanza. De hecho, entre los psicólogos de los CeSACs no existe claridad respecto de qué distingue a una derivación de Defensoría de una judicial. Hay quienes sostienen que las derivaciones provenientes de estos organismos sólo implicaban una recomendación, mientras que las judiciales obligarían. También, quienes afirman que las Defensorías se limitan a gestionar turnos, mientras que no ordenan la realización de un tratamiento.

La descentralización del Consejo -guardando analogía con la del sector salud- no contempla mecanismos que garanticen la homogeneidad de criterios y respuestas entre las distintas Defensorías. Algunas han intentado sistematizar el contacto con los CeSACs, para lo cual diseñan formularios de derivación.[252] En otras, en cambio, la diversidad de valoraciones y prácticas entre los distintos agentes resulta notoria.

Como en los casos de sujetos derivados de Juzgados, resulta habitual que sean los propios involucrados quienes se acercan al CeSAC diciendo que los han enviado de una Defensoría. En estos casos no siempre resulta sencillo por parte de los profesionales acceder a un documento escrito que enmarque tal orientación. No obstante el contacto reiterado con aquellas, o bien las referencias de otros profesionales, van mostrando que las Defensorías tienden en general a la revinculación familiar. De hecho resulta frecuente encontrar que ellas

[251] Tratándose mayormente de niños, debe señalarse que en la Ciudad de Buenos Aires las tasas de escolarización son elevadas. Por tal motivo, resulta frecuente que no se trate sólo de una puesta en contacto entre Defensorías y CeSACs, sino que también en algún momento y de alguna forma deba asimismo articularse con algún establecimiento educativo. También, que a la intervención de una Defensoría anteceda un pedido de tratamiento por parte de una escuela. De tal modo, la remisión a un tratamiento psicológico es un mecanismo habitual para distintas instituciones, si bien se forja de modo independiente en cada una de ellas.

[252] Distintos en cada caso, observar estos formularios permite visualizar diferentes operatorias. En algunos de ellos consta un casillero cuyo título es "*institución a donde se deriva*" (sic), dando cuenta de que esto último no quedaba a cargo de los sujetos. En otro, figuraba preimpresa la nota "s*e deriva el presente caso para su seguimiento y evaluación*", precisando qué es lo que se solicita mediante la derivación.

remiten a tratamiento psicológico a distintos miembros de una familia en aras de continuar conviviendo, o bien para volver a hacerlo.

Las Defensorías parecieran haber incorporado como mecanismo habitual el aconsejamiento de una terapia psicológica para las personas involucradas en las distintas problemáticas. Sea en el caso de adultos cuyo rol de cuidado sobre los menores no está clara, o en el caso de niños y adolescentes que deben volver a vivir con algún agresor o con alguien que se muestra desaprensivo, el tratamiento psicológico aparece como prácticamente el único modo de sobrellevar esas situaciones según las orientaciones de las Defensorías. Puesto que carecen de recursos propios, esto se convierte en un cúmulo de derivaciones hacia los CeSACs.

De modo habitual, junto con la derivación las Defensorías delegan tácitamente el seguimiento, dado que no poseen personal suficiente como para la realización de estas tareas. Ahora bien, como la mayoría de los psicólogos de CeSACs no posee como práctica habitual la búsqueda de quien no asiste de modo espontáneo estos casos "se pierden".

> Hay casos que derivó la Defensoría por una situación, que ayer lo hablábamos, de un abuso de una nena. Pero a vos no te llega la nena sola: en realidad te llega la nena, con toda su familia. Y eso que quieren, digamos: la Defensoría te pide un psicólogo para la nena, pero como nosotros trabajamos acá no es un psicólogo para la nena: es un espacio familiar, es un clínico, un trabajador social, con seguimiento, una psicopedagoga, una fonoaudióloga, entonces, ¿quién hace además el seguimiento de todos esos tratamientos que se abrieron a partir de una denuncia? Porque la Defensoría se cae con una denuncia, con lo cual en general estas familias por si solas no prosiguen los tratamientos, porque sino no hubieran llegado a la Defensoría, entonces uno dice "es la Defensoría: va a hacer el seguimiento de que esa persona siga todos los tratamientos", pero la Defensoría dice "ustedes tienen trabajadores sociales más que nosotros, síganlo ustedes al caso, para eso lo derivamos" ¿entendés? Entonces, es un tema… (Psicóloga de CeSAC N, entrevista personal, 22 de febrero del 2008)

Lo anterior es experimentado por muchos profesionales como un verdadero dilema ético. Al tratarse de niños los profesionales parten de suponer una situación de vulnerabilidad, resultando más probable que para el caso de sujetos adultos el que se esfuercen por realizar algún tipo seguimiento.[253] Sin embargo, los dilemas no finalizan con ello: ¿tiene sentido invertir tanto tiempo en seguir casos que, debido a la obstaculización por parte de los adultos involucrados, tienen pocas posibilidades de prosperar, o resulta preferible en cambio atender a aquellos niños cuyos padres demandan asistencia y se muestran comprometidos con sostener los encuentros? Puesto que cuanto más tiempo se dedica a actividades de seguimiento crece en contrapartida la lista de espera, este dilema también aparece bajo la decisión entre un riesgo conocido (el de los niños cuyos mayores no acuden al CeSAC) y un riesgo incierto y

[253] Resulta posible incluso que la probabilidad de encontrar un seguimiento posea una relación inversamente proporcional a la edad del niño en cuestión.

potencial (¿en qué situación estarán los niños que se encuentran esperando ser atendidos?).

Librada su relación al entendimiento personal de los agentes, las tensiones del vínculo entre CeSACs y Defensorías se desprenden mayormente de un universo de referencia divergente. Estando estas últimas en contacto únicamente con situaciones graves en las que se ven envueltos niños y adolescentes, desconfían de la quita de tenencia como solución -puesto que de adoptarse tal medida como un recurso, deberían aplicarla prácticamente en todos los casos. Para los psicólogos de CeSACs, en cambio, las situaciones de cada uno de esos niños conllevan alarma, ameritando revisar la tenencia. En ocasiones, pueden incluso llegar a la instancia de contactarse con los Juzgados para solicitar una revisión de sentencia. Cabe no obstante señalar que no siempre se debe a criterios disímiles, sino que también puede entrar en juego una falta de información por parte del sector judicial -y sus sucedáneos. En una de las situaciones que tuvo lugar durante el trabajo de campo, estas decisiones habían sido tomadas sin consultar los antecedentes de las personas a las que se había otorgado el cuidado de los niños -por parte del Juzgado- ni leer los expedientes del caso -por parte de la Defensoría.

5.2.3. Criterios atomizados de respuesta

La escasa visibilidad de los vínculos entre Juzgados y Defensorías, de un lado, y el área de salud mental de los CeSACs, del otro, es a un mismo tiempo causa y consecuencia de que no existan estadísticas al respecto.[254] Experimentado por cada psicólogo como un problema relativo al propio proceso de trabajo, la forma de manejarse obedece a valoraciones individuales. Desde una perspectiva agregada el resultado es un cúmulo de respuestas atomizadas y divergentes -y en consecuencia, aleatorias.

Al interior de cada CeSAC se procesan las derivaciones de diferente modo. Así, dentro de algunos de ellos se han ido institucionalizando respuestas. En un CeSAC la existencia de reuniones semanales entre los profesionales de salud mental permitió visualizarlas como problema compartido; se armó en consecuencia un sub-equipo para especializarse en las implicancias que estos "casos" conllevan -donde el vínculo con Juzgados y Defensorías es entendido como un elemento entre otros.[255] En otro CeSAC, donde se llevan adelante reuniones interdisciplinarias propiciadas por la Jefatura, el problema fue redefinido como

[254] Vale señalar que gran parte de lo aquí descripto pareciera corresponderse con lo que sucede en otros servicios ambulatorios de salud mental, como los que prestan los Hospitales Generales de Agudos o los Centros de Salud Mental. En este sentido también insistimos con que el área de salud mental de los CeSACs sirve de punto de mira de dinámicas que la exceden.

[255] Como ser el acompañar a los sujetos victimizados en su vinculación con diferentes instituciones, realizar derivaciones protegidas y conformar grupos de ayuda mutua.

afectando al conjunto de los profesionales, y se resolvió confeccionar una ficha común para responder.[256] Se encontró un CeSAC donde la Jefatura ordenó informar a los Juzgados que derivan menores de edad con causas penales que ellos se encuentran bajo tratamiento psicológico aun cuando esto no fuera cierto, dado que suele ser éste un requisito para obtener la libertad.[257] En otros, ante la misma situación, se acordó informar la falta de turnos disponibles enunciando el compromiso de atender al menor apenas ello fuera posible.

De manera aislada también puede suceder que algún psicólogo tenga la iniciativa personal de comunicarse con quien deriva. También, puede suceder que éste último posea buena predisposición para recepcionar tal llamado, y que de tal coincidencia de voluntades resulte una puesta en común de criterios.

> Mi experiencia es que cuando podemos hacer un trabajo conjunto con la Defensoría es porque tenemos buena onda personalmente y podemos laburar mejor. Cuando es sacar un informe, te derivo un paciente y qué se yo, es un lío, porque en realidad lo único que sucede ahí todo el tiempo es que todos se quieren sacar la complicación del medio, y pasan informes, pero…no sirve para nada, digamos. Entonces, con algunas nosotros ya el año pasado y el anterior hicimos como unas reuniones (...) no solamente ya por los casos en particular sino para poder pensar un modo conjunto de trabajo, ¿no? Porque nos dábamos cuenta de que había un cortocircuito donde nosotros esperábamos que ellos hagan y ellos esperaban que nosotros hiciéramos, entonces en el medio nos peleábamos y no pasaba nada, entonces bueno: pudimos acordar como ciertos criterios de derivación y de seguimiento, y de qué casos sí, qué casos… hasta dónde íbamos a llegar nosotros, hasta donde van a llegar ustedes: creo que todo el tiempo hay que recontratar. Bueno, de hecho ahora estamos planeando si ahora en marzo volvemos a tener una reunión, porque bueno: porque cambian las personas que trabajan en esas instituciones, porque la realidad cambia también… y porque en algún punto se vuelve a burocratizar de nuevo el trabajo, y ahí vuelve a aparecer de nuevo el problema (Psicóloga CeSAC N, entrevista personal, 15 de febrero del 2009)

Dada la diversidad de criterios entre psicólogos de CeSACs, concomitante con su respectivo aislamiento, resulta arriesgado afirmar que estas derivaciones resultan problemáticas para los profesionales. De hecho, muchos han planteado que las dificultades que estas traen aparejadas hacen a las complejidades propias de su tarea.

Así como algunos profesionales prefieren tener el menor contacto posible con instituciones judiciales, otros consideran que puede ser parte de su trabajo alentar a los sujetos a realizar una denuncia judicial -como indicador de implicarse en la respuesta a una circunstancia de la que se es objeto. También, quienes consideran que la relación con los juzgados no es algo que amerite ser pensado de modo recortado. En tal sentido, la ausencia de un etiquetamiento generalizado respecto de los sujetos derivados desde instancias judiciales permite también

[256] Nuevamente operando como punto de mira, fue a través de esta experiencia que se tomó contacto con la existencia de una problemática similar que afectaría a los profesionales médicos.

[257] Esto ha sido referido particularmente en lo que al Instituto de Menores "Julio A. Roca" respecta.

encontrar quienes consideran que las tensiones derivadas de la relación con los juzgados no es más que otra arista del involucramiento para con la realidad de las poblaciones vulnerables. Y también, encontrar quienes ubicando en su filiación al psicoanálisis, eluden toda apreciación de orden global en aras de defender un trabajo bajo la lógica del "caso por caso".

> Cuando yo pienso gente derivada de Juzgado, pienso "Juana, María, Piruja", ¿me entendés? No pienso en todo junto, porque son casos muy diferentes (…) En una persona que viene de un juzgado, como en una persona que viene de cualquier otro lado, la regla mayor es si se hace lazo o no se hace lazo. Si vos tenés una primera entrevista, y la persona te gusta y pensás que te puede entender, sigue viniendo. Si encuentran algo, si obtienen algo… lo que pasa es que bueno, eso depende… de la capacidad de escucha, por un lado, de la persona que está ahí… y también depende de cuestiones que son un poco inefables, qué se yo, que puede ser… re-buen analista o pésimo, pero hay encuentro o no hay encuentro, vos le caiste bien o no le caíste bien… (Psicóloga CeSAC C, entrevista personal, 13 de agosto del 2008)

Desde una perspectiva analítica, sin embargo, corresponde mencionar una serie de conflictos relacionados con las dinámicas específicas de funcionamiento estatal que se ponen de manifiesto a través de estas derivaciones. Nos ceñiremos entonces a los conflictos que se desprenden de la falta de reciprocidad de expectativas, entendiendo que esta obedece a los modos en que se configuran los acervos de conocimiento a mano (Schutz, 1995). Al mismo tiempo, señalaremos una serie de implicancias en términos de funcionamiento estatal.

Una serie de malentendidos tiene lugar respecto del rol de cada uno de los establecimientos involucrados en la derivación. Hemos arriba mencionado el problema de la responsabilidad ante el seguimiento. Profundizaremos brevemente algunas de sus aristas.

Resulta frecuente encontrar que los profesionales entiendan que para que tenga lugar efectivo un tratamiento es necesario que los sujetos derivados invistan al espacio de un nuevo tipo de demanda, esta vez de carácter subjetivo. Esto implicaría revertir el carácter de medida de aleccionamiento o de trámite administrativo que inicialmente el gesto de la derivación traería asociado.

> Que el Juzgado derive a tratamiento psicológico es una locura, porque si ella no se pregunta nada... Hasta que ella no se pregunte qué le pasó, al principio, yo no intervengo haciendo nada, intervengo escuchando a ver qué pasó. Porque esa demanda, si no estuviera el juez, quizás no ocurriría, no existiría, ¿no? Porque incluso, para la mujer… a la mujer, le queda ligada al Juzgado: es un castigo. Entonces, tooodo el trabajo que vos tenés que hacer primero es por apropiarse del lugar… O sea, eso está bueno en un punto, porque efectivamente lo mejor que puede pasar es que ella pueda apropiarse del lugar y que pueda hacer algún recorrido, y eso es bueno, y en otro sentido, es medio… qué se yo… medio punitivo." (Psicóloga CeSAC G, entrevista personal, 1 de abril del 2008)

Esta contradicción tiende a ser resuelta apelando a la inercia: dado que se considera que un

tratamiento propiamente dicho debe partir del interés de los sujetos, se deja la decisión al respecto en mano de los consultantes. Si perseveran y logran aprovechar el espacio, tendrá lugar el tratamiento. Si lo abandonan, este no acontecerá. De tal manera queda a cargo de las personas derivadas la resolución indirecta de la situación que los afecta -ni los profesionales garantizan asistencia, ni quienes derivan finalmente obligan a ella.

> -Los trabajos con los Juzgados, no prosperan… en general… se pierden…
> -¿En el sentido de que la gente viene más porque es como una obligación…?
> -En el sentido de que no hay una demanda, y estee… y acá tampoco los obligamos: ellos lo hacen si quieren, si no quieren no
> (Psicóloga CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

> (...) no hay como una idea de la familia… o de la persona, de decir "quiero ir a hacer una terapia", ¿entendés? Esto es algo que está como más impuesto… o por la escuela, o por un juez, por algo… por una cuestión de un tribunal… Y entonces, viene la demanda, y la demanda no está clara porque es…. porque es lo que tengo que hacer porque me lo piden, porque no hay como una idea de hacerlo sino… Entonces en esos casos en general, hay deserción. Ahora, puede ser un niño, un adulto… o, o puede ser por drogas, por violencia… (Psicóloga CeSAC M, entrevista personal, 19 de febrero del 2009)

Las implicancias de esta solución inercial quedan de manifiesto en aquellos casos donde resulta notoria la situación de indefensión en que se encuentran quienes no concurren nuevamente al CeSAC -niños o mujeres víctimas de violencia conyugal. Pero no siempre la resolución es inercial. Existen profesionales que, por iniciativa individual o grupal, interpretan como necesario el responsabilizarse personalmente en estos casos. En consecuencia, flexibilizan el encuadre de asistencia en aras de retener a los pacientes y se ocupan de rastrearlos cuando no se presentan de modo espontáneo. Tal como planteamos arriba, en las categorías de sujetos considerados a priori como "vulnerables" es más frecuente encontrar que esto suceda.[258]

Menos agudos tal vez, agregaremos a aquellos conflictos el malestar que tiende a generarse en los psicólogos de CeSACs cuando documentos escritos o llamados telefónicos por parte de agentes del establecimiento derivador especifican un modo particular de abordaje -por ejemplo, indicando que debe realizarse terapia familiar, sea para todos los miembros de un núcleo de parentesco o sólo para algunos de ellos.[259] Más profunda es la colisión en aquellos casos donde se ha solicitado una orientación determinada al tratamiento -algo que sucede

[258] En un caso, el CeSAC en su conjunto se maneja de tal modo, actitud sedimentada a instancias de su Jefatura anterior. Idéntica práctica sostenían estos profesionales en relación con distintos programas del Ministerio de Justicia abocados a trabajar con situaciones de violencia doméstica -programas que a su vez funcionan en articulación con Juzgados.

[259] Cabe advertir que desde la perspectiva de muchos profesionales la terapia familiar no coincide con su adscripción disciplinar, amén de que no todos los profesionales cuentan con herramientas para llevarlas a cabo.

habitualmente respecto del objetivo de revinculación familiar que suele acompañar a las intervenciones por parte de las Defensorías. Ocasionalmente, otra fuente de desconcierto resulta de las solicitudes de evaluación, puesto que estas implican ubicar a los psicólogos de CeSACs en un rol similar al de los peritos forenses.[260] Finalmente, la carencia de información oficial respecto de los modos adecuados de funcionamiento ha provocado en circunstancias conflictos de índole propiamente legal.[261]

Existe a su vez otra serie de inconvenientes derivados de la falta de orientaciones de conjunto. Mientras una característica de los establecimientos planteada como deseable desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud es la accesibilidad geográfica -entendida como la facilitación de la asistencia merced a la cercanía territorial-, esta virtud puede convertirse en una amenaza a la seguridad personal de los profesionales en el caso de algunas derivaciones. Es que la falta de claridad respecto del rol de los psicólogos de CeSACs incluye a los sujetos consultantes, provocando en consecuencia una serie de conflictos y malentendidos.[262] Si bien la sensación de amenaza genera una sensibilidad que no siempre coincide con la probabilidad estadística de su ocurrencia, el que los profesionales se sientan desprotegidos ante este tipo de situaciones resulta indicativo de un modo determinado de funcionamiento estatal -en el que corre por cuenta casi exclusiva de los agentes la responsabilidad sobre sus decisiones.

> La imagen que ellos tienen del profesional, que si te mandan acá, sobre todo a la parte de salud mental, a un psicólogo, es el psicólogo el responsable si al… al señor no le dieron la tutela, y la

[260] Como ejemplo en tal sentido podemos mencionar un caso en particular que durante el trabajo de campo, demandó a los profesionales varias reuniones de equipo. Silvana tenía una hija cuando conoció a Roberto. Una vez conviviendo, tuvieron otra hija juntos. Toda esta familia fue atendida durante años en el CeSAC por distintos profesionales. Hasta el momento en que Roberto intentó abusar de su hija mayor. Una vez absuelto, había vuelto a entrar en contacto con Silvina, y ella se había mostrado favorable a retomar la relación. Pero estaba bajo Juzgado la situación de la hija más pequeña: ¿era deseable para ella la revinculación con su padre? Ante esta situación, los profesionales psi consideraron diferentes dimensiones. Por cada una de ellas, la respuesta era diferente. La pregunta de fondo del Juzgado era si este hombre tenía posibilidad o no de reincidir. Ellos coincidían: ¿cómo saberlo? Sumado a lo anterior, ¿cómo evaluar de antemano el impacto en una niña de una revinculación que por un lado implica volver a estar con su padre, por otro lado colaborar con el deseo de su madre, pero además violentar a su hermana al convivir con alguien que la había agredido?

[261] La psicóloga de un CeSAC que suele recibir a usuarios judicializados relataba en este sentido que en este establecimiento han dedicido manejarse con Historias Clínicas Únicas, es decir, con documentos sobre los pacientes en los que se consignan datos por parte de los distintos profesionales que lo han atendido (estrategia recomendada por Organismos Internacionales y la literatura sanitaria para efectores de Atención Primaria de la Salud). En tales circunstancias, más de una vez tuvo lugar la remisión de todo el documento al Juzgado, desconociendo que mientras en el ámbito de salud en general el acceso a la Historia Clínica es legítimo, siendo incluso un derecho adquirido por los pacientes, en el área de salud mental las Historias Clínicas se encuentran amparadas bajo el secreto profesional.

[262] Como en el caso de una mujer que decidió consentir que la tenencia de sus hijos fuera otorgada a su ex-marido. El psicólogo que la atendía realizó una serie de informes avalando tal decisión -en conjunto con la trabajadora social del CeSAC. Pero transcurridos algunos meses, la mujer comenzó a tener dificultades económicas severas, puesto que la pérdida de la cuota alimentaria había afectado su presupuesto de un modo que ella no consiguió paliar. Ante esta circunstancia, la mujer intentó desandar la medida, acusando a los profesionales de haber tergiversado los hechos para favorecer a su ex-marido.

> tenencia de sus hijos, es porque la psicóloga dijo, porque "seguro la psicóloga…", ¿entendés? Entonces es muy difícil el papel que estás jugando vos acá. No es la psicóloga de acá, ni la psicóloga de un Juzgado la que va a determinar, porque en todo caso lo decide el juez, ehhh… pero lo que cree el imaginario social es que sos vos, por eso la desprotección es muy grande. Y no le sirve, al paciente… no es… Y no nos sirve a nosotros. Y eso nadie lo está viendo. (En entrevista grupal en CeSAC E, 14 de agosto del 2008).

Entre los psicólogos de CeSACs circulan relatos sobre profesionales que debieron ser trasladados de modo temporario o definitivo. Esto lleva a interpretar su alta visibilidad como un factor riesgo, a lo cual en muchos casos se suma la ubicación territorial del CeSAC fuera del entramado urbano -dentro del perímetro de una "villa miseria". Los relatos pueden agotarse en la producción de temores, o llevar a generar estrategias de afrontamiento -como atender a los sujetos en instituciones fuera del barrio o realizar a su vez una segunda derivación. Asimismo, pueden motivar la reticencia a denunciar delitos o maltratos de los que toman conocimiento en el marco de la clínica individual.[263]

Similares estrategias de evitación surgen asociadas a otras dificultades que pueden presentarse en el momento de admitir sujetos derivados de instancias judiciales y sucedáneas. Si bien los CeSACs atienden generalmente a sujetos socialmente vulnerables, en estos casos aquella vulnerabilidad tiende a no ser una tendencia sino una generalidad, además de que puede anticiparse la dificultad implicada por la intervención de múltiples agencias descoordinadas. Las serias dificultades que en estos casos suelen encontrarse al requerir de otros recursos asistenciales para dar una respuesta adecuada, sobre todo en lo que a problemáticas de empleo y vivienda corresponde, hace que de antemano estos casos se le presenten a muchos profesionales como prácticamente inabordables. Esto acentúa la sensación de impotencia, generando en consecuencia una tendencia a rehusar la recepción de estos casos.[264]

5.2.4. Conocimientos informales

CeSACs por un lado, y Defensorías o Juzgados por el otro, conforman de conjunto un panorama disperso e incierto. No sólo los modos de trabajo son distintos entre establecimientos, sino que este panorama puede extenderse en su interior: dentro de cada uno de ellos pueden existir agentes que trabajen de distinto modo y sin vinculación entre sí. En tal contexto, el conocimiento informal respecto de unos y otros resulta singularmente valioso.

Cada derivación remite a una interacción social que es singular. No existen presupuestos

[263] Sin embargo, aunque en menor medida, también circulan relatos respecto de acusaciones de complicidad por no denunciar situaciones de abuso o violencia.

[264] Mecanismo congruente con la selección de aquellos destinatarios con los que se cree mayor la probabilidad de éxito, tal como mencionáramos en el Capítulo anterior.

compartidos -recíprocos y válidos- respecto de los esquemas de acción. La información se presenta con un escaso grado de anonimato. Dado lo abigarrado del mapa de conjunto, tal información es un recurso relevante como motor de la acción.

En un CeSAC existe un programa local de atención a travestis generado por el propio interés de los profesionales involucrados. Un usuario supo por su grupo de pares al respecto y lo informó en el Juzgado donde tenía una causa. A partir de allí, la población travesti con causas judiciales tendió a ser derivada hacia ese centro de salud. Pero mientras que aquella experiencia sugiere que la disponibilidad de información resulta un beneficio, debemos señalar que el hecho de que un Juzgado tome conocimiento de un CeSAC donde se realiza atención clínica y las listas de espera no son demasiado largas, puede fácilmente convertirse en un problema para sus profesionales. "Llegas a recibir un caso, y perdiste" o *"*Llegás a aceptar de un Juzgado de provincia y te mandan miles*",* son afirmaciones de los psicólogos que en ocasiones confluyen con los argumentos de rechazo de las derivaciones.

> Yo tomé una mamá que, buen, le sacaron la nena y la pusieron en un hogar, y cuando la manda la Defensoría, la tomé, y como que le damos cierta prioridad. Y esteee…a partir de que yo tomé esta mujer, vinieron cinco más, señoras de este parador, derivadas. Con distintas problemáticas, pero en menos de dos meses ya tenemos 6 pacientes de ese lugar, lo cual, estee... la próxima que venga, le voy a decir que más no… porque además, estee…la lógica es que cada psicólogo atienda a alguien de ese lugar, no que un psicólogo atienda dos o tres mujeres… porque además hay, hay cuestiones entre ellas, qué se yo, entonces… Eso es lo que pasa cuando uno responde una demanda… (Psicóloga CeSAC A, entrevista personal, 18 de marzo del 2008)

Aquella dificultad que puede derivarse del carácter fragmentario de la información disponible no sólo atañe a los establecimientos. Agentes de Defensorías y Juzgados pueden adquirir un conocimiento aún más exhaustivo respecto de los distintos profesionales. En consecuencia, pueden enviar una nota de derivación a un CeSAC solicitando la atención de un psicólogo en particular, o bien una persona pidiendo un turno específico con alguien. Aceptar este tipo de derivaciones o no, es materia de divergencias entre los psicólogos.

Finalmente, si bien abordaremos esto más en profundidad en la Tercera Sección, debemos mencionar que tal como se desprende de un ejemplo arriba mencionado, en un contexto como el descripto los propios sujetos derivados -o consultantes- juegan un rol central a través de su propio manejo de la información. En primer lugar, sugiriendo lugares para el propio tratamiento. En segundo lugar, debido a que la adquisición de un repertorio amplio de saberes respecto de las instituciones con las que interactúan habitualmente habilita un uso estratégico de los espacios terapéuticos.

En el marco de un repertorio encogido de estrategias, el tomar conocimiento respecto del buen

precedente sentado por acudir a un psicólogo puede aparecer para los sujetos como un recurso clave. Siendo que los propios Juzgados y Defensorías no siempre se manejan con derivaciones por escrito, sino que resulta frecuente que sean los propios sujetos quienes se presentan diciendo que van "de parte de" alguno de ellos, no resulta sencillo distinguir cuándo sucede así y cuándo son los sujetos quienes se anticipan a las intervenciones de aquellos entes.

Pueden conocer que ante los ojos del Patronato de Liberados, estar bajo tratamiento psicológico sería visto como un indicador de "buena conducta" o como promesa de rectificación y que por tanto puede inclinar la balanza a su favor en el momento de definir las penas.[265] O saber que el estar bajo tratamiento psicológico puede ser considerado un elemento a favor en el momento en que una Defensoría dirime la tenencia de un niño o el régimen de visitas y en consecuencia pedir un turno o comienzan a asistir a entrevistas con un psicólogo al separarse de su cónyuge.[266] También se recogió un relato acerca de una mujer que queriéndose separar de su marido, decidió concurrir al psicólogo antes de dar intervención a un Juzgado evaluando que así tendría más chances de conseguir una cuota alimentaria más elevada.

De modo recíproco, algunos profesionales forjan un saber sobre aquellos saberes. Un psicólogo comentaba en una entrevista en profundidad que tuvo en tratamiento a personas que le pedían certificados "por las dudas". Ejemplificó lo anterior relatando el caso de un joven que, dedicándose a actividades ilegales y teniendo ya varios antecedentes, llevaba el certificado de que estaba en tratamiento psicológico consigo, en su mochila. Según le había comentado a su vez al profesional, tomaba esta medida para que, en caso de ser nuevamente apresado, el hallarse en tratamiento llegara de manera inmediata a conocimiento del Juez.

Otro psicólogo compartía en una reunión de equipo que se había acercado una mujer solicitando tratamiento para su hijo e intentando convencerlo de que debía ser internado por su condición de adicto a las drogas. Más tarde, se había enterado que este muchacho tuvo

[265] El Patronato de Liberados es una asociación civil dirigida por magistrados en actividad o retirados, que desde 1918 actúa en el ámbito de la Justicia Federal de la Capital Federal. Sus recursos provienen de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y del Servicio Penitenciario Federal dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Sus misiones son el control de las libertades condicionales, la asistencia post penitenciaria y de pre libertad, la prestación de servicios sociales a familias de los internos liberados, la realización de informes socioambientales para diversos juzgados nacionales e informes de cumplimiento de libertades condicionales y ejecución de tareas comunitarias ("probation"), y el control del cumplimiento de las prisiones domiciliarias, entre otras. Recién en febrero del 2011 se dictó la primera normativa que brindó un marco institucional y jurídico a la relación entre ambos.

[266] En un CeSAC se tomó contacto con una mujer que había denunciado varias veces a su marido por violencia familiar -volviendo ella cada vez a convivir con él pese a la intervención de la Justicia-. Esta mujer tenía incorporado ya el hábito de luego de hacer la denuncia, pasar por el CeSAC a pedir un turno.

distintas participaciones en robos y que, mediando la intervención de un Juzgado, la madre había decidido esta estrategia para que no fuera a la cárcel. Finalmente, otro profesional se quejaba de que no sabía cómo responder ante una mujer que hacía un "uso preventivo" de sus entrevistas. Ella había armado una compleja estrategia respecto de cuántas veces podía faltar y cuántas debía asistir en función de contar con esta carta a favor ante el Juzgado sin comprometerse con un tratamiento. Luego de que el profesional le dijera que iba a darle lugar a otras personas más involucradas con el espacio, ésta mujer había vuelto a concurrir, triunfante, con una orden de la Defensoría para ser atendida.

> (...) debe ser el sueño del pibe: ya abandonó tres veces el tratamiento de su hijo y consigue volver a gestionar lo que no pudo sostener. Nosotros dimos por terminado el tratamiento porque no cumplen con lo que se comprometen, y después los derivan. ¿Qué hacemos entonces? ¿Cómo los atendemos? ¿Repetimos lo mismo? (Psicólogo CeSAC N, registro de campo, 28 de julio del 2011)

Conclusiones preliminares

El área de salud mental de los CeSACs posee un fuerte carácter relacional. Operando como bisagra, posibilita acceder a un mismo tiempo tanto a las rutinas cotidianas como a determinantes de orden estructural.

Parte importante de su demanda surge por requerimiento de otras agencias estatales. Las recomendaciones de asistencia en salud mental pueden tener un carácter más o menos compulsivo, tanto para los profesionales como para los consultantes. Pero en todos los casos implican una instancia de etiquetamiento anterior a la consulta que prefigura las trayectorias de los sujetos derivados.

Pese a que contribuyen a delimitar de modo práctico parte importante de las injerencias del área, aquellas derivaciones se producen de manera atomizada. Esto nos permitió observar la falta de protocolos de acción y de parámetros comunes en distintas áreas del Estado. Sin embargo, aquella carencia de uniformidad no se corresponde totalmente con la ausencia de marcos formales. Por el contrario, existen distintos documentos oficiales enmarcando distintas situaciones allí implicadas.

La actitud natural de los agentes ante las derivaciones provenientes del sector educativo difiere del desconcierto inicial del que suelen acompañarse las restantes. Sin embargo, los problemas que a propósito de las primeras se plantean logran alcanzar instancias de puesta en común a las que las restantes, de carácter fuertemente invisibilizado, no han logrado aún acceder.[267]

[267] Cabe mencionar que incluimos como material de campo algunas ponencias presentadas en distintos encuentros respecto de las derivaciones escolares hacia psicología, así como material de una cátedra de la

El ámbito escolar pareciera responder a una tradición donde la búsqueda de homologación aún configura el horizonte de lo deseable. Las derivaciones provenientes de ámbitos educativos nos remiten a una normativa existente -el programa de Salud del Escolar. Diseñado desde el sector sanitario, este marco legal procura definiciones lo suficientemente amplias y flexibles como para cobijar en ellas cualquier iniciativa personal o local. Esta impronta se encuentra amplificada en el Subprograma de Salud Mental, que particularmente atañe a nuestra descripción.

Aquel marco prevee escasamente la disponibilidad de recursos y la delimitación de responsabilidades, por lo cual sólo organiza débilmente la cotidianeidad de los agentes. Otro de sus rasgos consiste en la reiteración de los marcos interpretativos de los agentes -disminuyendo con ello las oportunidades de forjar lecturas de orden distinto al singular. Finalmente, no proveen instancias de socialización verticales ni horizontales, reproduciendo el aislamiento -lo cual se pone de manifiesto en el confinamiento de las experiencias de respuesta no hegemónicas.

Rasgos similares se encuentran en los parciales marcos normativos que hacen a las derivaciones que provienen del ámbito judicial o de instancias a él sucedáneas. Recurrentes pero no necesariamente rutinarias, la escasa visibilidad de las estas demandas hace difícil reconstruir la lógica de los circuitos establecidos entre agencias -y con ellos, la suerte de los sujetos destinatarios.

Los condicionantes y las implicancias de los procesos de etiquetamiento permanecen incuestionados. Tanto en los casos donde existen marcos formalizados como en los que no, los psicólogos de los CeSACs ensayan en solitario distintas respuestas -sin llegar a aprehender sus implicancias en otras escalas. La falta de especificación normativa es vivenciada por los profesionales de manera ambigua, tanto como posibilidad de desplegar su autonomía, poniendo en juego sus propios criterios y perspectivas, como en su cariz de desprotección, en cuanto experimentan el peso de sus decisiones sobre la vida de aquellos destinatarios más vulnerables.

Estando el conocimiento atado a variables biográficas, su distribución es desigual en monto y contenidos. En consecuencia, las expectativas son escasamente recíprocas y el margen de previsibilidad, estrecho. Las agencias estatales parecieran así funcionar en base a la lógica de sus agentes -y por tanto, del sentido común en todo lo que no concierne a su injerencia

---

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires que ha incorporado la intervención en este tema como parte de sus actividades de extensión. En el caso de las Defensorías, los documentos utilizados se abocan solamente a su funcionamiento, sin problematizar la derivación a salud mental en tanto dinámica constitutiva de sus intervenciones.

disciplinar. Su perspectiva de abordaje -ligada a la singularidad del "caso por caso"- traspuesta al nivel de orientación de las agencias no puede dar cuenta de las dimensiones condicionantes ni de las implicancias agregadas. De los ensayos que ellos realizan a través de sus prácticas -junto con sus éxitos y sus fracasos- resulta la selección de un cúmulo de destinatarios y de lo que a cada de ellos se le ofrezca. Pero, ¿actúan los agentes *qua* Estado?

Si las actividades cotidianas de las agencias estatales son resultado y condición de un determinado orden social, los modos en que rutinariamente se articulan los marcos formales y las prácticas informales nos hablan a un mismo tiempo de lo que se ofrece en la interacción a los destinatarios y de los modos concretos de estructuración del Estado. En ambos casos, nos encontramos ante los modos concretos en que se dirime el rol del Estado a través de la productividad de sus agencias.

Ahora bien, mientras que hemos subrayado el carácter de los marcos formales, ¿qué características asumen las instancias jerárquicas? ¿Qué claves organizan su funcionamiento en términos administrativo-burocráticos? ¿Qué lectura de conjunto hacen las autoridades? ¿Cómo visualizan la relación que se establece con las normas? ¿Qué grado de incidencia, y a través de qué mecanismos, poseen en aquella cotidianeidad?

Consideramos que sólo respondiendo aquellos interrogantes logra delinearse con mayor precisión el lugar que ocupa lo formal en la cotidianeidad de las agencias públicas. A ello nos abocaremos en el próximo Capítulo.

-Capítulo 6-

Contornos de lo formal y sus condiciones de producción y reproducción: las instancias jerárquicas

Introducción

Entendiendo al funcionamiento informal como externo al campo jurídico, la imbricación de dimensiones formales e informales en los procesos decisorios ha sido una preocupación constante en la literatura sobre políticas públicas. Retomando el tipo ideal de funcionamiento propuesto por Weber (2003), y partiendo de la burocracia como realidad fenomenológica del Estado, distintos análisis teóricos y empíricos han buscado arrojar luz sobre aquello que en principio aparecía como irracional. Como resultado de aquella preocupación, la tensión entre lo formal y lo informal admite servir como clave de lectura en base a la cual reorganizar gran parte de los debates en torno de las figuras de sociedad y Estado -la escisión entre las esferas pública y privada; el conflicto entre política y administración; el dilema entre individuos y organizaciones.

La informalidad es, antes que nada, una categoría relacional. En tanto tal, puede considerarse el revés de las normas oficializadas a través de mecanismos estatales preestablecidos, dadas a publicidad bajo tal sanción legítima. Revés en tanto resulta constitutivo del formato que asuma lo formal. A través de esta definición provisoria buscaremos escapar a una taxonomía dualista, aproximándonos a los modos específicos en que tal relación es configurada. Considerando la reciprocidad constitutiva entre una y otra esfera, el punto arbitrario de su demarcación nos servirá como herramienta analítica a fin de problematizar el carácter de lo estatal. También, ubicándonos en camino de tal tarea, para ordenar los debates vigentes en la materia.

Quienes han discutido con las visiones monolíticas y reificantes del Estado han abrevado en estas aguas desde distintos enfoques, niveles y perspectivas. La distancia entre lo normativizado y las prácticas concretas ha sido analizado como fenómeno inherente a la propia institucionalidad estatal (Bourdieu, 1993), como rasgo estructural derivado de la ambigüedad de las reglas (Lipsky, 1969; 1980), y como realidad demandada por la complejidad característica de los Estados sociales (Subirats, 1994). En el área de políticas públicas, los estudios sobre implementación han debido necesariamente dar cuenta de la distancia existente entre prescripción y resultados (Aguilar Villanueva, 1993). La existencia de esta literatura en los países centrales no ha obstado una profusión de estudios en los países periféricos. En ellos, distintos mecanismos informales son descriptos como particularidad de los Estados periféricos.

En Argentina esta clave de interpretación ha sido particularmente fecunda (O'Donnell, 1978; 2001; 2004; 2008; Oszlak, 1980; 1994; 2006; 2007; Oszlak y Felder, 1998; Oszlak, Felder y Fornicito, 2000; Oszlak y Orellana, 2001; Repetto, 2002; 2003; Sidicaro, 2009; Alonso, 2007; Auyero, 2001; 2007; Andrenacci, 2010; Andrenacci y Soldano, 2005; Isuani, 1989). En lo que refiere a sectores específicos de actuación estatal, el sector salud ha sido uno de los más analizados bajo aquella perspectiva. Esta literatura resulta indispensable para contextualizar cualquier práctica que tenga lugar en el subsector público (Belmartino, 1993; 1999; 2003; 2005; 2006; 2010; Pérez Irigoyen, 1989). Retomando de modo más o menos explícito los supuestos weberianos, se ha buscado en tales estudios precisar el grado de impersonalidad, organización jerárquica y especificación funcional presente en distintas unidades estatales. Apelando a distintos conceptos analíticos y distribuyéndolos en variados modelos interpretativos, se han analizado dimensiones estructurales que permitan deducir patrones de comportamiento burocrático. Las variables mayormente aludidas han hecho referencia a la configuración normativa o legal y su efectiva capacidad regulatoria, a la organización y capacidad del cuerpo de funcionarios, y a los recursos materiales disponibles.

Ante la profusión de discusiones a nivel mundial, en las últimas décadas han surgido nuevos intentos de describir las lógicas cotidianas de funcionamiento burocrático evitando presupuestos normativos (Gupta, 1995; Mitchell, 1991; Migdal, 2011).[268] En lugar de ubicar distorsiones, estas aproximaciones han sugerido que lo estatal no es algo distinto de aquello que se demarca artificial y continuamente a través del discurso que acompaña las prácticas de los agentes públicos. Estas investigaciones, surgidas con la intención de otorgar legalidad analítica a las dimensiones informales del Estado, han permanecido condicionadas por los debates en que se originaron. Su empeño ha consistido en describir aquello otrora considerado un desvío indeseable, y expulsado en consecuencia hacia el exterior del Estado. Estos autores han mostrado cómo, por el contrario, estos resortes son inmanentes y constitutivos del funcionamiento estatal. En consecuencia, han hecho hincapié casi exclusivo en estos últimos. Si bien en este gesto los acoplamientos e interrelaciones entre mecanismos formales e informales quedaban evidenciados, descripciones y análisis ponen el acento en la esfera de lo informal. Reforzando por ello a las instancias concretas de interacción entre agencias públicas locales y otros actores empíricos como objeto empírico, no se han detenido en las estructuraciones formales.

Hemos encontrado fecunda, en consecuencia, la articulación de estos últimos trabajos para

[268] Los estudios abiertos a partir de los aportes de Lipsky (1968; 1980) también caben ser considerados como antecedentes en esta misma línea.

con el rastreo de dimensiones centrales para los estudios sobre capacidad estatal. Buscando tender un puente entre líneas de investigación que se han desarrollado de manera independiente -y que incluso a priori podrían parecer como irreconciliables- es nuestra intención sopesar los mecanismos informales a través de analizar la especificidad concreta de los aspectos formales. Entendemos que esta aleación previene ante eventuales transposiciones, provenientes del suponer que lo formal funciona de igual modo en todos los Estados. Quienes se han detenido en analizar distintas variables que consideran relevante en la capacidad de implementar políticas públicas han sabido señalar que los modos en que configura lo formal no son invariantes. Al mismo tiempo, evita imaginar lo formal como instancia primera y autónoma. Quienes han analizado los gestos de institución de las regulaciones, de hecho, han tendido a invertir aquel orden de aparición, junto con el señalamiento de la interdependencia que poseen con los resortes informales.

En aras de describir aquí los contornos específicos de lo formal según emerge a partir de tomar el área de salud mental de los CeSACs como punto de mira, nos focalizaremos en el funcionamiento de las instancias jerárquicas y ministeriales. Para ello, hemos realizado una síntesis de distintos elementos mencionados por la literatura.

En base a aquella hemos retomado la sugerencia respecto de que, en lugar de referirse a la estructura estatal, resulta conveniente poner el acento en las cualidades más o menos orgánicas que asumen las organizaciones estatales. En consecuencia, intentaremos dar cuenta de aquel sistema de flujos e interacciones que dan cuenta del grado de integración y coordinación interna. Lejos de suponer armonía, esos flujos representan la conflictiva circulación de recursos de poder desigualmente distribuidos, y aquellos autores los especifican bajo tres referentes empíricos estrechamente relacionados: información (incluyendo capacidad técnica); autoridad y normativa (materializadas en la capacidad de establecer recompensas y sanciones); y recursos materiales y financieros. Analizaremos entonces estos elementos a partir de describir la estructuración de los procesos decisorios -dentro de la cual la configuración de organigramas constituye un punto de partida.

6.1. De dónde emanan las directivas -Sobre la arquitectura institucional

Advierte Oszlak (1980) que considerar patológicos los esquemas de organización reales -por su falta de coherencia, por incluir personal no capacitado, por poseer esquemas de autoridad que no se respetan, organismos cuyas competencias se superponen o programas a los que no se asignan recursos en cantidad y calidad suficientes- obedece sólo a una premisa normativa. Es que, sostiene, todo nuevo proyecto político interioriza en el aparato estatal nuevas tensiones al

privilegiar sectores e intereses distintos, alterando las relaciones de fuerza entre organismos y programas. El intento de compatibilizar maquinaria burocrática preexistente y nuevas intenciones políticas conllevaría la priorización de un estricto cálculo político, dejando de lado criterios de desempeño o logro. Una de las consecuencias de este proceso conflictivo sería la introducción en el aparato estatal de grados variables de incoherencia y rigidez, dada la convivencia de personal y organismos cuyos intereses u orientaciones respectivos pueden resultar poco congruentes. Los cambios en el organigrama -junto con las reformas presupuestarias y las modificaciones en las reglas procedimentales- serían así herramientas tácticas de los sucesivos gobiernos en aras de controlar sus burocracias.

En la CABA al asumir cada gestión, o incluso durante un mismo mandato de gobierno, el organigrama de la Secretaría de Salud es modificado.[269] En una de las últimas modificaciones, ésta fue convertida en Ministerio, figura que continúa en la actualidad.[270]

En los extremos de la pirámide permanecen estructuras que -hasta el momento- no han sido alteradas. En el vértice jerárquico se ubica en primer lugar al propio Secretario o Ministro de Salud de la Ciudad. Llegando a las bases locales, se encuentran los Directores y Subdirectores de Hospitales Generales de Agudos (cada uno de ellos con una función diferenciada), los Jefes de cada una de las Áreas Programáticas existentes en tales Hospitales, y los Jefes de cada CeSAC –en algunos casos, junto con Vice Jefes.[271] Es entre la autoridad máxima del sector salud y las autoridades hospitalarias que se introducen continuamente modificaciones.

Durante la última gestión de gobierno se ha creado la figura de Regiones Sanitarias.[272] Así, se ha dividido a la Ciudad en cuatro zonas, siguiendo algunos indicadores demográficos y sociosanitarios. Cada uno de los Directores de Región tiene incidencia en los efectores que quedan así delimitados. La actual regionalización no se encuentra acabada. Esto se pone de manifiesto particularmente respecto de situaciones donde el nuevo deslinde geográfico divide Áreas Programáticas, reconfigurando sus dependencias. Vale decir que las Regiones Sanitarias dejan en un terreno incierto a aquellos CeSACs cuya ubicación geográfica hace que estén incluidos en una Región distinta a la de su Hospital de Base. No se conocen

[269] Estas renovaciones recurrentes no suelen ser acompañadas por fundamentaciones, motivo por el cual los agentes suelen considerarlas carentes de racionalidad técnica. En consecuencia, las interpretan como respondiendo a lógicas de poder y distribución de favores. El "*acomodo*" y el "*amiguismo*" son conceptos que funcionan como lógica explicativa de los recambios de personas y organigramas.

[270] Con rango de tal a partir de la "Ley de Ministerios del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" Nº 1925, sancionada el 23 de marzo del 2006 bajo la gestión de gobierno de Jorge Telerman.

[271] Las Áreas Programáticas pueden tener rango de unidad o de división, según el hospital. Al estar ellas en revisión a partir de la sanción de la Ley de Comunas, es posible que esta cadena de mando sea alterada próximamente.

[272] En el año 2008, a través de la Resolución Nº 31 del Ministerio de Salud.

resoluciones oficiales que especifiquen los mecanismos a seguir, ni qué sucedería exactamente con las Áreas Programáticas una vez concluido el período actual de transición. La escasa información al respecto resulta, además, confusa.[273] No sólo para el personal en general, sino también para las propias autoridades.

> -Lo que pasa que regionalmente cada región implica que…ahora hay cuatro regiones. La modificación por regiones hace que se pueda resolver mejor la problemática que cada una tiene, porque no es lo mismo la problemática de zona norte, que es la más rica, que la de zona sur, que es la más pobre.
> -¿Y las designaciones que antes eran por hospital, ahora serían por...?
> -Cada región, teóricamente, manejaría su propio presupuesto...
> -Pero entonces va a tener más recursos el Fernández que el Penna...
> -Bueno: cada uno dividirá sus recursos de acuerdo a la problemática…
> (Coordinador del Programa Central Evaluación y Seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular, Dirección de Redes y Programas de Salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009)

La desinformación no sólo atañe a las recientes Regiones Sanitarias. Si bien la inexistencia de comunicaciones oficiales ha ido extremándose durante la gestión macrista, no consiste en un rasgo novedoso del subsector público de salud.[274] La falta de mecanismos formales de circulación de información resulta causa e indicador de la desarticulación del sistema.

La formalización pareciera ser un gesto prescindible en otras dimensiones del funcionamiento institucional. En lo que a organigramas respecta, los niveles ministeriales funcionan en base a designaciones de hecho que demoran en contar con aprobación oficial. Autoridades con autorización informal, y carriles informales de circulación de la información, se refuerzan a su vez con la inexistencia de un sistema de recompensas y sanciones que oriente en el

[273] Una de las últimas disposiciones ha sido articular estas áreas geográficas para con los territorios descentralizados de gobierno, sin especificar de qué modo. La Resolución Nº 1304/11 declara solamente "se establece la articulación con las comunas".

[274] En el trabajo de campo se relevó que el Centro de Documentación en Salud, perteneciente al propio Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, posee archivos escasos e incompletos del material escrito de gestión ("literatura gris", según lo denominado por este organismo), aun siendo su misión institucional poner a disposición tales materiales. Además, se encontró con frecuencia que tanto profesionales de los CeSACs como de otros niveles jerárquicos desconocen datos estructurales de su propio desempeño -como las dependencias a las que obedecen, los recursos que se encuentran disponibles para ofrecer a la población atendida, o la configuración del sistema. Incluso se encontró que en el Ministerio de Salud, administrativos y funcionarios de distinta jerarquía desconocían el nombre de la Dirección a la que se pertenecía. Quien en aquel entonces tenía como responsabilidad organizar las reuniones de profesionales de CeSACs desde la Dirección de Salud Mental desconocía la cantidad de hospitales que en la Ciudad cuentan con Área Programática, el número de CeSACs existentes, así como las Regiones Sanitarias a las que cada uno pertenecía. Se presenciaron reuniones donde los funcionarios disentían en relación con qué efectores quedaban bajo su jurisdicción. Las distintas instancias del Ministerio de Salud con las que se tomó contacto manifestaron no tener datos disponibles respecto de la cantidad y distribución de recursos humanos. Resultó habitual que autoridades y funcionarios remitan a la página *web* del Gobierno de la Ciudad indicando que todos los datos disponibles se encuentran ahí -muchas veces, tras de lo cual advertían que esa información se encuentra desactualizada.

cumplimiento de lineamientos de la gestión.[275] Los vínculos entre las dependencias ministeriales y quienes interactúan con la población -los profesionales, en nuestro caso- están sujetas a modalidades informales de conocimiento mutuo y puesta en contacto, determinadas a su vez por el grado de afinidad interpersonal.

En el ámbito local, para los profesionales de salud mental que se desempeñan en los CeSACs, la tensión entre considerarse profesionales que hacen a la salud integral de los sujetos, y dar cuenta de su propia especificidad, encuentra causa y expresión en sus vínculos interinstitucionales. Por un lado, no poseen dependencias formales que los articulen para con los servicios de referencia -vale decir, los servicios de salud mental del Hospital General de Agudos cabecera-. Esto tiende a aislar sus prácticas específicas al reducir sus contactos al resto de los profesionales de cada CeSAC, salvo en aquellos casos donde se establezcan vínculos personales para con algún profesional hospitalario. Por otro lado, idénticos resortes los unen para con las dependencias ministeriales relacionadas con su tarea. Así, poseen relaciones vagas y voluntarias para con la Dirección de Redes y Programas, y la Dirección de Salud Mental.

6.1.1. La Dirección de Redes y Programas

En la actualidad, mediante su adscripción a los distintos Programas, los CeSACs quedan bajo la dependencia de la Dirección de Redes y Programas del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA. Esto es defendido por las autoridades como un modo de contrarrestar el modelo de vinculación radial que tiende a disolver los vínculos transversales entre efectores de un mismo nivel de complejidad derivado de la dependencia de los CeSACs a las Áreas Programáticas. Sin embargo, el gerenciamiento por programas no sólo no es obligatorio sino que además lleva a la multiplicación de instancias de reunión -puesto que no existe coordinación entre estas.

En cada uno de los CeSACs funcionan distintos programas, según el interés personal de los profesionales o de su Jefatura por incluirse en ellos. Mientras sólo algunos programas poseen presupuesto asignado, todos ellos suponen impartir lineamientos respecto de su concreción. Sin embargo, estos lineamientos sólo ocasionalmente figuran por escrito: por lo general son comunicados a través de reuniones periódicas. Siendo la asistencia a tales reuniones voluntaria, aquellos se vuelven de cumplimiento opcional. Lo cual equivale a decir que la nominación autorizada de que se funciona bajo determinado programa no posee un correlato

[275] Tal como iremos mostrando, esto adquiere un signo distinto según cual fuere aquella orientación.

para con orientaciones efectivas de las prácticas.[276]

> -¿Y la persona está obligada a ir a la reunión a escuchar…?
> -La lógica, la lógica es que si hay interés, por lo general vienen casi todos. Si es…
> -¿Y si no hay interés?
> -Si es un programa donde no hay demasiado apoyo, donde ya hubo problemas, donde hubo discontinuidad, donde uno dice una cosa y otro dice otra, o se cambia por lo general la gente lo sabe. Yo creo que los programas, o la ejecución de cada programa, está relacionado sobre el liderazgo que uno puede tener, no solamente a nivel central, sino a nivel local. Por ejemplo, ehhh... poner a una persona como responsable local de un programa, frecuentemente el jefe manda al último castigado para que se haga cargo de eso, y es lo peor que puede hacer.
> (Director General de Redes y Programas de salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009)

Las autoridades del área no manejan información veraz y actualizada sobre la realidad de los establecimientos bajo su órbita. Sumado al modo errático en que son impartidas las directrices, encontramos que no existen las condiciones necesarias para conformar una mínima oferta común y básica de servicios a la población. Pese a lo anterior, las autoridades tienden a suponer -al menos, discursivamente- una organicidad que tendría lugar de modo espontáneo.

> Vos te vas a encontrar que existe una normativa base, de salud mental y que cada lugar se aggiorna o se adapta en lo que más le conviene. Si seguir la metodología que tiene como normativa vertical le crea problemas y no puede encontrar solución, va a encontrar el…el… depende del profesional, del perfil del profesional, cómo él esté interviniendo. Vas a tener determinados CeSACs que se dedican totalmente a la intervención comunitaria en psicología, y vas a tener otros en donde se hacen tratamientos terapéuticos, en un marco cognitivo o sistémico, de tantas sesiones, y son dos cosas totalmente diferentes, y no quiere decir que ninguno de los dos no se alinee con las normas establecidas. Hacen su intervención desde el primer nivel con su perfil. Y al tener los distintos perfiles un mismo Área Programática (...) cuando se necesita una cosa se referencia una zona, y cuando se necesita otra se deriva a otra. Entonces, los… los CeSACs del Piñero que quedan más cerca de Rivadavia, o en Parque Avellaneda, van a tener un perfil poblacional cuyo servicio se va a adecuar a ese tipo de demanda, y cuando vos te vas al Bajo Flores, Villa 1-11-14, enfrente del cementerio, vas a tener los CeSACs que tienen intervenciones comunitarias, y que trabajan en articulación con los comedores, que son justamente, por dar respuesta al perfil de la población, por eso son tan distintos, pero no quiere decir que no se ajusten a los lineamientos. Lo que pasa que, la auditoría y el control de las intervenciones del primer nivel, aun siendo en diferentes marcos de referencia teórico, son adaptados al tipo de demanda que tienen y queda en manos de los Jefes de CeSACs. Eso se controla, lo controlan. Desde el momento en que el jefe del CeSAC está controlando el horario, también controla si vos cumplís o no con tu función, o sea, si atendiste o no la cantidad de personas que vienen y están citadas. Ahora, quién se ajusta o no se ajusta a esos lineamientos, es otra historia. (Coordinadora de Salud Mental, Dirección General de Redes y Programas de Salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009)

[276] Saliendo del área de salud mental para mencionar un ejemplo tan gráfico como frecuente, diremos que puede suceder que un tocoginecólogo que esté bajo el Programa de Salud Sexual y Reproductiva se niegue a entregar o colocar los métodos anticonceptivos que este Programa recomienda.

Debe asimismo mencionarse que esta Dirección posee bajo su órbita una Coordinación de Salud Mental, y desde allí son convocados los profesionales *psi* de los distintos programas. Las características de estas reuniones no difieren -son también optativas, y la información sobre ellas funciona de modo aleatorio. Sin mediar una articulación ministerial, los profesionales son convocados simultáneamente por la Dirección de Salud Mental a encuentros de índole similar. La superposición funcional, sumada a la falta de soportes oficiales de comunicación, delinea un panorama abigarrado.

> Hay dos tipos, hay dos tipos de programas: los específicos de salud mental, y del área de salud mental en los programas centrales como los nuestros: salud escolar tiene un área de salud mental, adolescencia tiene un área de salud mental. Estee… Cromagnon tiene un área de salud mental. Te digo porque soy la que coordino esas áreas yo, y sé cuál tiene el área cada uno. Pero es distinto a lo que son los programas propiamente dichos, de la Dirección de Salud Mental, que también tienen una programación de primer nivel de atención que dependen directamente de salud mental. Entonces, la articulación tiene que ver con los equipos que hay en los CeSACs y, por ser de salud mental, la dependencia que es horizontal, de primer nivel de atención, en los espacios de atención de primer nivel, que están las reuniones del primer nivel. (Coordinadora de Salud Mental, Dirección General de Redes y Programas de Salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009)

La Dirección de Redes y Programas fue emplazada sustituyendo una dependencia anterior, la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud (DGAAPS). El funcionamiento de esta última es recordado bajo un halo mítico; su diferencia para con el actual no estriba en los resortes formales de su actividad. Quien era la autoridad a cargo de la dependencia había desplegado su capacidad de liderazgo, cumpliendo su rol mediante la movilización continua de los profesionales que quedaban bajo su órbita. Desde esta perspectiva, la DGAAPS organizaba jornadas, reuniones y capacitaciones, que ponían en contacto profesionales de distintos lugares resultando un estímulo para su trabajo. De participación voluntaria, estos espacios de encuentro habían funcionado como *plataformas de interacción* (Laraña, 1999) posibilitado la creación de redes de afinidad que atravesaban los efectores. Los profesionales de los CeSACs, si bien en tanto trabajadores continuaron dependiendo los hospitales de base, encontraban una referencia en aquella Dirección. A diferencia de aquel momento, en la actualidad el funcionamiento más rutinario de la Dirección de Redes y Programas ha contribuido a confinar nuevamente a los profesionales en sus respectivos establecimientos. En consecuencia, desde quienes trabajan actualmente en la nueva dependencia -así como en gran medida, desde los mismos CeSACs- existe una predisposición contraria a las nuevas autoridades.[277]

[277] Más allá de que en este capítulo nos limitamos a una reconstrucción mayormente sincrónica, no es nuestra

6.1.2. La Dirección de Salud Mental

El Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad cuenta con un área específica destinada a la Salud Mental, cuya jerarquía fue oscilando entre Coordinación, Dirección, Dirección General Adjunta y Programa. Independientemente de esto, su vínculo para con los servicios de salud mental de aquellos hospitales que no se especializan en salud mental siempre fue impreciso, puesto que ha carecido tanto de asignaciones presupuestarias como de capacidad regulatoria -sistemas de sanciones y recompensas- que le permitan impartir lineamientos en ellos.[278] Los psicólogos de CeSACs, dependientes de las Áreas Programáticas de Hospitales Generales de Agudos, son parte del cúmulo de profesionales afectados por tal situación.

Eventualmente algunos integrantes de la Dirección se acercan a los CeSACs, sin embargo en la mayoría de estos casos tal acercamiento surge por iniciativa de alguno de los profesionales locales, que así lo solicitan. Tal acercamiento no trae aparejado un carácter conminatorio.

> (...) La que vino a decirnos que nosotros tenemos que atender esto, es la Dirección de Salud Mental. Vino acá, una persona, que me cae muy bien por otro lado, no tengo nada en contra de esa persona, este… cuando vino acá, y armó una reunión, vino con esa directiva. Diciendo "bueno, el Centro de Salud tiene que atender demandas diversas, bla,bla,bla,bla, bla" (…) Una cosa es decir "tenemos que tomar las demandas comunitarias", y otra cosa es estar en un Centro de Salud… Asíque cuando esta persona se fue, seguimos igual que como estábamos antes. (Psicóloga CeSAC C, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

Nuevamente, encontramos que el vínculo entre profesionales de CeSACs y la actual Dirección de Salud Mental es voluntario puesto que tiene lugar a partir de reuniones temáticas que realiza esta última.

> -El espacio de vínculo con la Dirección es ir a las reuniones?
> -Y, si. Igual, digamos, cualquier cosa uno puede llamar y preguntar… pero, digamos, en lo formal así son reuniones de las que ninguno de nosotros hemos participado todavía.
> (Psicóloga CeSAC K, entrevista personal, 5 de marzo del 2009)

Tales encuentros remiten a la franja etárea asistida (red infanto-juvenil, red de adultos mayores), o a problemáticas sobre las cuales existen equipos especializados o bien

---

intención desconocer que parte de lo descripto obedece a cambios instalados durante la década de 1990 en la administración pública. De tal modo, el nombre de esta dirección se corresponde con una tendencia instalada a partir del denominado "Consenso de Washington": la gestión por programas. De modo más acentuado en las áreas sociales, se ha producido desde entonces la multiplicación y superposición de programas, surgidos al calor de una oferta de financiamiento por parte de organismos internacionales tan asistemática como licuante de la ya precaria integración entre las distintas áreas de gobierno.

[278] Además de existir Servicios de salud mental en los trece Hospitales Generales de Agudos, se encuentran también en los dos Hospitales Generales de Niños y en los diez Hospitales Especializados restantes. También en los últimos años se han incorporado psicólogos en los Servicios de Guardia de los distintos hospitales.

profesionales que se interesen en ellas (red de adicciones, de violencia, de trastornos de la alimentación, entre otras), de manera no excluyente. Junto con aquella oferta de reuniones optativas, convive la "reunión de red de CeSACs", también denominada de modo indistinto "reunión de red de atención primaria".

A estas reuniones no asisten autoridades, sino profesionales que ocupan funciones intermedias dentro del ministerio, motivo por el cual son una instancia de intercambio horizontal más que de articulación o resolución de problemáticas concretas.[279] En ellas están invitados a participar profesionales de todos los tipos de establecimientos, a cargo de quienes muchas veces queda la misma coordinación -limitándose el rol de la Dirección a la provisión del espacio o la promoción de tales reuniones.[280]

Durante los últimos años, la asistencia a la "reunión de red de atención primaria" fue escasa, lo cual de modo circular fue desalentando la participación. Los psicólogos que continuaban asistiendo sostenían que esta merma había sido correlativa a una modificación en los coordinadores.[281] Los coordinadores consideraban que la baja concurrencia se debía a la mala circulación de las notificaciones, e implementaban cadenas de correos electrónicos renovadas continuamente.[282] La rotación constante de asistentes y -aunque en menor medida- de coordinadores imposibilitaba todo proceso acumulativo.

Respecto de los modos con que circula la información respecto de estas reuniones, si bien existe un canal formalmente establecido -el de los memorándums o simplemente "memos"- este no resulta certero y las notificaciones pueden no llegar a destino.[283] Sumado al carácter

[279] Por ejemplo, el problema recurrente de la falta de articulación entre servicios de salud mental hospitalarios y CeSACs no encuentra allí una instancia de resolución -tampoco en otro lado.

[280] Estas reuniones se superponen con las reuniones convocadas desde la actual Dirección de Redes y Programas, con la diferencia de que estas segundas son interdisciplinarias. Por ejemplo un profesional de CeSAC que trabaje con adultos mayores tiene la posibilidad de asistir a la reunión de adultos mayores en la Dirección de Salud Mental, con colegas suyos, o a la reunión del Programa de Salud de Adultos Mayores (PROSAM), interdisciplinaria. También -claro- puede asistir a ambas, o a ninguna de las dos.

[281] La asistencia a estas reuniones formó parte del trabajo de campo entre el 21 de abril del 2009 y el 15 de noviembre de 2011. En esos años, se buscaba siempre la manera de mejorar la convocatoria, y los profesionales asistentes no superaron el número de siete. En todas las reuniones se criticaba a la gestión de gobierno. Respecto de los coordinadores, hubo durante algunos meses uno que daba cuenta de modo ostentoso de desconocer lo que atañía a esta reunión de red -como la cantidad de CeSACs existentes, la existencia de establecimientos públicos para el tratamiento de adicciones, los programas existentes, qué era un Área Programática, la situación de los psicólogos que en ellos se desempeña, etcétera. En otro caso, la coordinadora escuchaba diferencialmente las distintas intervenciones de los psicólogos, siendo notorio su sesgo personal. Durante el 2012 la coordinación de las mismas fue tomada por un profesional muy vinculado al Jefe de Gobierno -motivo por el cual en principio había cesado la participación.

[282] No obstante, como este mecanismo dependía de la iniciativa de una de las coordinadoras y de su disponibilidad personal de tiempo, muchas veces tales correos eran enviados la noche anterior a la reunión.

[283] A su vez, resulta frecuente encontrar que estos documentos den muestras de una falta de información -que se use indistintamente el nombre de "programa" asimilándolo con cada una de las reuniones, que en la grilla donde se comunica cada uno de los encuentros falte información respecto de días o lugares donde estos están convocados o que esté incorrecta, etcétera.

no vinculante de estos encuentros, la limitada circulación que encuentra lo tratado durante tales reuniones puede conferirles un sentido de irrelevancia. Esto es contrarrestado sólo en aquellos casos donde, merced al liderazgo de quienes coordinan los espacios, a las características de los profesionales reunidos y sus intereses personales, se organizan capacitaciones, jornadas u otras actividades. En estos casos, los profesionales experimentan la vinculación para con el espacio de reunión como estimulante.

Siguiendo un notable paralelismo para con la DGAAPS, la Dirección de Salud Mental también conserva un relato cuasi épico respecto de un antiguo director carismático.[284] De su gestión pervive el único Plan en Salud Mental existente para la CABA -redactado en el año 2002. Aludido de modo recurrente como un momento donde la Dirección de Salud Mental funcionaba de modo óptimo, la movilización colectiva aparece como mecanismo de vinculación correcto o deseable.

> (…) Yo no quiero ser un nivel superior que convoque: tienen que movilizarse los profesionales desde abajo. Acá hay que aceitarlo, que la gente empiece a movilizarse de nuevo (Coordinadora de la Reunión de Red de CeSACs, Dirección de Salud Mental, extracto de notas de campo de reunión del 15 de junio de 2010)

6.2. "Estadística", ¿por "Estado"?

El lugar segmentario que las variables de índole formal ocupan dentro del Ministerio de Salud de la Ciudad se plasma en la escasez de arenas compartidas. Esto provoca la atomización de los agentes que ocupan distintas posiciones dentro del subsistema público de salud. En el marco de tal falta de integración, uno de los pocos resortes concretos de puesta en contacto tiende a deslizar su función, operando como flujo regulatorio e informativo entre los niveles ministeriales y los locales. Las estadísticas, prácticamente la única comunicación oficial del Ministerio, funcionan habitualmente como resorte formal exclusivo.

El pedido de elevación de estadísticas ocupa el lugar de ordenamiento que no cumplen otras disposiciones. Tan es así que al preguntar por lineamientos, agentes y autoridades resulta frecuente encontrar una trasposición no intencional.

> -¿Cómo que no hay lineamientos? ¡Si para eso está todo codificado en las estadísticas! Con eso se evalúan las prestaciones y las intervenciones de cada profesional, en cada equipo (...) Hay un archivo, hay un archivo que es la Dirección General de Estadísticas. Las consultas, estadísticamente se sabe que en tal o cual lugar se atendieron tantos pacientes con… no con tal patología, pero sí si es una consulta de primera vez, de segunda, de ulterior… si se trabajó en terapia individual, se trabajó en terapia grupal, interconsulta. Y eso está normatizado para el registro estadístico. (…) Son las normas y líneas de intervención que en la definición del

[284] No obstante, al indagar de modo específico sobre sus gestiones surge que ellas fueron tres, con éxito desigual entre sí, y que la época más recordada corresponde a la primera de ellas.

primer nivel de atención a nivel psicopedagogos, psicología individual y grupal, psiquiatría, y psicopedagogía individual y grupal.
-¿Dónde puedo consultar eso, por favor?
-Las normas están. Mirá, no sé… ehhh… [La Directora del Departamento de Estadísticas] los tiene abajo, eso lo habíamos hecho abajo con estadística, y aparte están las planillas de registro de prestaciones, si son grupales o son individuales, y cuáles son las normas de intervención de cada una.
(Coordinadora de Salud Mental, Dirección General de Redes y Programas de Salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009 -en referencia a las definiciones operacionales de las categorías estadísticas)

-Y desde Área Programática del Hospital, o desde nivel central, lineamientos, directivas, pedido de informes…?
-Ehhh…. Alguna pregunta si atendemos… problemas relacionados con consumo de sustancias... ehhh... Desde el nivel Central, de Salud Mental, piden estadísticas a ver si atendemos pacientes con medicación, a ver si atendemos, no sé, depresiones… Sin más… sin más directivas que esto. Y mucho menos preguntas.
(Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 26 de noviembre del 2008)

Quien era jefa de acá no quería que salgan a hacer trabajo extramural porque decía que se rajaban, entonces lo que hacía era pedir más estadística (…) las reformas que se hicieron desde nivel central, como los distintos gobiernos, siempre arrancan de la estadística… En algún momento del gobierno de Ibarra empezó a haber… parecía haber como una… fuerza que empezaba a mover el tema de salud, y la verdad es que arrancó pero… informatizando los centros de salud y pidiendo estadísticas, con lo cual el mensaje a los profesionales es, y a los jefes, que son parte del sistema, es "queremos que cumplan la estadística". Entonces los profesionales "hay que fijarse en la estadística", entonces hay que hacer más estadística. (…) Mientras cierren los números y no haya grandes problemas, hacés lo que querés. (Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 11 de mayo del 2008)

-¿Y no reciben ningún tipo de lineamiento?
-No, yo no creo que no… Puede plantear sugerencias, en general hay reuniones que se hacen desde las direcciones, por ahí con algún representante que va ¿no?… de cada hospital. Y sí, pueden plantear cosas. Pero no está mandado como directiva. En realidad, lo que puede llegar más como directiva de Central o del Hospital es el tema estadístico, pero bueno… siempre es la misma pelea, de cómo se registra (…)
(Psicóloga CeSAC M, entrevista personal, 19 de febrero del 2009)

Al asumir nuevas autoridades una de las primeras medidas suele consistir en establecer alguna modificación en el sistema de registro estadístico. Asimismo, cuando se trata de sugerir la atención de algún grupo poblacional diferenciado, se lo delimita como nueva categoría en los formularios de registro.[285] Pero la función regulatoria atribuida a las estadísticas no funciona de modo unidireccional, como algo impuesto por las autoridades. Las estadísticas, única instancia que representa en la cotidianeidad al conjunto, son sede de múltiples resistencias. El interjuego entre la capacidad de control y la autonomía encuentra allí su encarnadura. También, las disputas por la legitimidad -bajo la consideración de que algo plasmado en una

[285] Así ha sucedido, por ejemplo, con la atención a víctimas de la denominada "tragedia de Cromagnon" -evento donde el incendio de una discoteca durante un recital provocó la muerte de casi doscientos jóvenes y aproximadamente otros mil quinientos heridos.

categoría estadística es sinónimo de algo autorizado oficialmente.

En la ausencia de otros documentos, la estadística a través de sus principios de *visión y división* (Bourdieu, 2007) opera coagulando sentidos y dinámicas propios de la esfera normativa (Adissi y Vázquez, 2012). Existen al menos dos vectores de fuerza en tal sentido. Muchos profesionales consideran el incidir en el registro estadístico como un modo dar a conocer, justificar y defender la propia tarea e inserción ante las autoridades. En estos casos, disputan la consagración de categorías estadísticas diferenciadas para algunos modos de intervención -como las actividades grupales y extramurales- y algunas disciplinas -fundamentalmente, las *psi*-. Otros profesionales, en cambio, consideran al registro estadístico -única actividad más o menos obligatoria- como una intromisión por parte de las autoridades. En consecuencia, retardan o entorpecen su llenado o la entrega de los formularios, o bien los completan buscando brindar la menor cantidad de información posible.[286] Así, disputa por la hegemonía o resistencia en aras de salvaguardar la autonomía son dos caminos posibles frente a la compulsión aparente del registro estadístico.

Si bien por momentos tienda a entronizarse en el lugar vacante dejado por la falta de lineamientos, no por ello el registro estadístico queda eximido de dinámicas más amplias que afectan el funcionamiento ministerial. Existen graves problemas de diseño, circulación y consolidación de datos estadísticos, que restan validez a los documentos oficiales en los que se presentan las cifras finales (Adissi y Vázquez, 2012). Entre los aspectos que lesionan la capacidad de homologación, calidad central de todo registro cuantitativo, pueden mencionarse la deficitaria penetración de definiciones operacionales tanto como la utilización indistinta de categorías cuyos sentidos difieren.[287] También la pluralidad del campo *psi* provee puntos de desacuerdo respecto de variables no objetivables tanto como de categorías específicas (Adissi y Vázquez, 2012).[288]

De modo semejante al que hemos referido para la esfera de lo formal, y sobre todo tratándose de prácticamente el único ordenador cotidiano que posee tal carácter, hacer una mención a las estadísticas que permita sopesar la función que estas cumplen requiere precisar detalladamente el objeto aludido y los sentidos específicos que adquiere en el día a día de los

[286] De modo fundamental, tienden a ubicar como motivo de consulta las categorías más imprecisas.

[287] Entre los datos solicitados sin especificar podemos mencionar "tipo de vivienda" o "derivación". Entre los que son considerados como equivalentes, "domicilio" y "lugar de residencia actual". Estos ejemplos han sido tomados del Programa de Investigación y Vigilancia en Salud Mental (PIVESAM), dependiente de la Dirección de Salud Mental, que -extendiéndose según redes de afinidad- al presente no ha logrado instalarse en CeSACs (Adissi y Vázquez, 2012).

[288] Un desacuerdo fundamental surge en torno de la solicitud de consignar un diagnóstico. Algunos profesionales consideran que no es posible o deseable establecer un diagnóstico; otros, que aquel no puede hacerse en el momento en que es solicitado. Gran parte disiente con las categorías presentadas a tales efectos.

agentes.

Al interior del Ministerio de Salud, las estadísticas operan como reflejo de las relaciones sociales en las que se producen. Las posiciones de hegemonía/subalternidad entre las distintas áreas -y la conflictiva dinámica que se establece entre ellas- explican en gran parte los procesos de producción de datos estadísticos. Los datos referentes a prácticas e investiduras hegemónicas -las hospitalarias, médicas y relativas a internación- poseen mecanismos de registro establecidos y obedecen a una lógica censal. A diferencia de lo anterior, el registro en las subalternas -salud mental, prestaciones ambulatorias, prestaciones efectuadas desde los CeSACs- tiende a seguir la ruta de redes de afinidad para su sostenimiento. Así, tanto la distribución de planillas e instructivos como su recolección, además del trabajo de procesamiento y consolidación de los datos, poseen un carácter aleatorio. No sólo porque siguen lógicas diferentes al interior de cada establecimiento, sino también porque poseen como contrapartida necesaria la evitación de aquellos profesionales considerados como no afines. Sin embargo, los números finales no son presentados como muestras, por lo cual los datos en estas áreas no poseen validez estadística. Lejos de preocuparse por esta última, profesionales y autoridades ministeriales ubicados en posiciones subalternas defienden estas cifras como una conquista política, ganada y sostenida a fuerza de *"*militancia*"* (Adissi y Vázquez, 2012).[289]

> -Sí, es cierto que siempre es difícil que completen los registros, es una lucha... pero como todo: eso tiene que ver con la ley del menor esfuerzo...
> -¿Y la calidad de la información no se afecta por ese formato?
> -No, no me parece.
> (Directora de Estadísticas en Salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009)

Como en cualquier lucha política, la consagración de significantes subalternos merced a su sanción oficial no les confiere automáticamente el carácter de hegemónicos. Los indicadores de productividad ponderados por las autoridades para abrir nuevos cargos, conceder extensiones horarias de los existentes, o para realizar ajustes presupuestarios, refieren a la

[289] Desde la Dirección de Estadísticas se ha desarrollado, en base a la inquietud personal de quienes se desempeñan en ella, un paquete estadístico especialmente diseñado para los CeSACs. Desde la perspectiva de estos agentes, en tal desarrollo han incluido la posibilidad de consultar en cada efector las propias bases de datos, para poder planificar y evaluar sus acciones en salud. No resulta posible, en cambio, acceder a datos de otros establecimientos -siquiera los que pertenecen a la misma Área Programática. Defendido como "*gestión basada en la información*", esta iniciativa admite ser analizada como un corrimiento de responsabilidades, desde las autoridades hacia los profesionales que se insertan en cada uno de los establecimientos locales. Vale decir que si bien se realiza en defensa de los procesos "*desde abajo*", el resultado puede analizarse como un trasvasamiento de ingerencias entre niveles estatales. Desde la Dirección de Salud Mental también se han diseñado nuevas categorías. Definidas en base al consenso de un grupo de profesionales afines entre sí, estas categorías poseen como contracara el hecho de no representar a la totalidad de ellos (Adissi y Vázquez, 2012).

cantidad de pacientes atendidos.[290] A partir de la gestión macrista, este criterio de productividad ha sido subrayado.

Tal como señaláramos, adherir a la disputa por la inclusión de nuevas variables y categorías no es el único posicionamiento. Tampoco el mayoritario. En líneas generales, dada la conjunción de los modos no vinculantes en que circulan las planillas de registro (tanto en un sentido como en otro), el conocimiento de estrategias de "dibujado" de las estadísticas que no son sancionadas, y la renovada presión que la cúpula ministerial ejerce sobre la cuantificación de las prácticas asistenciales, subyace un cierto sentido de irrelevancia respecto de las prácticas de registro.[291] En el área de Salud Mental, además, esto es reforzado por la divergencia de criterios y el énfasis atribuido al "caso por caso".

Entre los profesionales que sí manifiestan un interés hacia datos que son definidos como epidemiológicos, algunos revisan de modo periódico los datos publicados en la *página web* por la Dirección de Estadísticas o la Dirección de Salud Mental. En estas estadísticas se realiza el conteo por separado de aquello consignado como diagnóstico. Las categorías no son excluyentes, dificultando el registro.[292] Esto es equiparado con la aparición de entidades nosográficas, cruzándolas de modo exclusivo con las variables de sexo y edad. Las distribuciones simples (univariadas) que se obtienen como resultado y que muestran la cantidad de consultas, suelen ser asimiladas a la prevalencia de trastornos. Junto con lo anterior, existe una tradición al interior del campo de la salud, que incluye al área de salud mental, según la cual se denominan como "cualitativas" a las variables nominales y ordinales -las no numéricas. En consecuencia, algunos profesionales y la mayoría de los funcionarios tienden a insistir en el aumento constante de problemáticas de salud mental, sosteniendo para

[290] Las estadísticas de pacientes atendidos son "*por prestador*": cada profesional tiene su propia planilla. Las actividades distintas a la asistencia, en cambio, se registran "*por actividad*". A la valoración diferencial se suma que las instancias distintas a la ejecución en el caso de actividades comunitarias -relativas al diseño, monitoreo, o evaluación- no poseen categorías de registro propias (motivo por el cual el tiempo que ellas insumen queda asimilado a tiempo improductivo).

[291] "*Dibujar*" estadísticas puede consistir tanto en poner el acento en registrar algunas actividades en desmedro de otras, como en contabilizar actividades que no se han realizado. Ahora bien, respecto de esto último, algunos entrevistados han señalado que no siempre la intención es burlar la vigilancia: no existen tampoco criterios unificados acerca de aquello que es conveniente mensurar. En un CeSAC se encontró que los profesionales que allí trabajaban consideraban que era pertinente contabilizar a aquellos pacientes a los que se ha esperado y que tenían un espacio disponible, y no a aquellos que efectivamente han venido. Desde este criterio, incluían en la estadística a pacientes que no han asistido -existiendo así una diferencia entre la fecha en que dejan de venir y aquella en que se consigna el abandono, que es cuando el profesional así lo define. Esto, a su vez, tendía a provocar cierto malestar entre los psicólogos -por un lado-, y los otros profesionales y la Jefa del CeSAC -por el otro.

[292] Sin embargo, esto es característico de los nomencladores estadísticos internacionales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -actualmente vigente en su décima versión), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM -actualmente en vigencia la versión cuarta y en proceso de elaboración la siguiente), publicado por la American Psychiatric Association.

ello que poseen datos cuantitativos y cualitativos que corroboran aquella afirmación.[293] Tal como mencionáramos, los intercambios con instancias educativas y judiciales -o sucedáneas- no poseen un registro estadístico. Los itinerarios de consulta y derivación -junto con el criterio de codificación utilizado- no son problematizados (Adissi y Vázquez, 2012).

> El que llega a una institución de salud es porque tiene un problema de salud, más allá de cómo llegue. (Miembro del equipo profesional de la Dirección de Estadísticas en Salud, entrevista personal, 20 de febrero del 2009)

Dado el lugar privilegiado que ocupan, las estadísticas se convierten en un analizador óptimo de dinámicas político-institucionales. Con ellas, de las formas concretas que asume la relación entre dimensiones de orden formal e informal. Así, encontramos en primer lugar el carácter retaceado e intermitente de lo formal, y su importante permeabilidad hacia las relaciones de poder. En segundo lugar, encontramos ciertas lógicas de apreciación que organizan las prácticas de los agentes en torno del lugar asignado a lo formal. A este respecto, debemos decir que su carácter conminatorio es relativizado, y que aún desde distintos posicionamientos su potencialidad de abarcar al conjunto no es valorada. En tal sentido, las disputas por la legitimidad tanto como las resistencias que el registro estadístico genera dejan incuestionado el potencial totalizador que tradicionalmente se asocia con el poder del Estado (Bourdieu, 1997). Retrotrayéndonos en el análisis, podemos hipotetizar que sentidos similares respecto de lo formal habrían estado presentes en los debates públicos acerca de las nuevas normativas en salud mental, los cuales dejaban vacante la referencia a la gestión de la información -junto con otros aspectos que hacen a la viabilidad de estas leyes.[294]

6.3. Los CeSACs: una muestra del mapa abigarrado de distribución de recursos

Datos fundamentales de todo proceso de implementación, analizar los recursos presupuestarios asignados y la distribución y cualificación de los recursos humanos se vuelve imprescindible al momento de acercarse a las dimensiones estructurales de las agencias estatales. Mucho es lo que dice acerca del área bajo análisis el hecho de que no se encuentra información disponible respecto de ninguno de aquellos. Dar cuenta de los motivos y contenidos concretos de esta opacidad resulta necesario en aras de comprender cabalmente los modos que asume la relación entre aspectos formales e informales.

Describir el modo en que se seleccionan y distribuyen los profesionales implica a un tiempo

[293] Los medios masivos de comunicación, así como los debates por las nuevas normativas en la materia, tienden a hacerse eco de este tipo de afirmaciones.

[294] Al respecto véanse los Capítulos Uno y Dos del presente trabajo.

referir al modelo de gestión presupuestaria. Sobre todo en aquellas áreas como la de salud mental en los CeSACs, cuyo funcionamiento descansa básicamente en la disponibilidad de recursos humanos.

Los CeSACs carecen de estructura propia. Los profesionales con cargos de planta que en ellos se desempeñan han debido concursar en cada uno de los Hospitales de Base, y deben responder a la Oficina de Personal hospitalaria. Los criterios utilizados para cada concurso son heterogéneos y no existen estándares de cualificación. La distribución de trabajadores entre los distintos establecimientos no responde a una planificación de conjunto.[295] La dotación asignada a cada CeSAC obedece a la capacidad relativa de presión sobre la Dirección del Hospital, así como a otros arreglos informales (GCABA, 2002).

> El Hospital se había quedado sin partidas, y había partidas en otros Hospitales, y nos nombraron con partidas de otro Hospital. Nosotros estábamos con partidas del Pirovano, porque ahí habían sobrado horas, y las negoció [quien en aquel entonces era Director del Hospital]. Acá para psicólogos no había horas, por ejemplo: todos los psicólogos de Área figurábamos con partidas del Pirovano o del Hospital Vélez Sarsfield (…) (Psicólogo CeSAC B, entrevista personal, 15 de agosto del 2008)

Pese a tal contingencia, existen distintas dimensiones estructurantes de la existencia de profesionales, las cuales nuevamente nos permiten establecer un punto de mira hacia las agencias sanitarias estatales. Es que en aras de comprender la dotación de los CeSACs, es necesario remontarse al modo en que se incorporan los profesionales en el subsector público de salud.

El subsistema sanitario público goza de un sistema de formación de recursos humanos endógeno. Los actualmente llamados "Posgrados de Capacitación en Servicio" que se realizan en su interior abarcan tanto "Residencias" como "Concurrencias", ambas dependientes de la actual Dirección de Capacitación e Investigación.[296] Siendo la más antigua de estas inscripciones la de concurrente, la modalidad de ingreso no ha permanecido estática: junto con las Residencias, éstas han sido de las pocas áreas que han sido sometidas en las últimas décadas a un proceso de homologación formal y sistemática.[297] Ello ha implicado

[295] Esta afirmación vale no sólo para los profesionales, sino también para el personal administrativo y de mantenimiento

[296] Sin modificar sustancialmente sus funciones, esta ha ido cambiando su denominación a lo largo de las distintas gestiones de gobierno.

[297] En 1986 se dictó la Resolución Nº45 a través de la cual se buscaba encuadrar formalmente una situación que venía ocurriendo de hecho: el trabajo honorario surgido del acercamiento espontáneo de un profesional a un servicio de salud mental. Se establece a través de aquella un ingreso por orden de mérito y procedimientos estandarizados. No obstante, si bien ya no goza del mismo nombre -puesto que se acostumbra denominar "Concurrentes" a quienes han obtenido este cargo a través de un concurso formal- la inserción en el sistema a raiz de un acercamiento espontáneo no ha desaparecido.

preestablecer un número de años de servicio, en los cuales se sigue un programa de formación pautado que cuenta con la aprobación de aquella Dirección. Asimismo, fijar el acceso a tales cargos a través de un concurso público.[298] Sin embargo, este importante grado de formalización no corrió pareja en todas las esferas. La Dirección de Capacitación e Investigación carece de canales de articulación prefijados para con el personal de planta de cada una de las sedes donde Residentes y Concurrentes se insertan, por lo cual no se dispone formalmente de instancias de negociación de criterios respecto de sus actividades y contenidos educativos. De modo correlativo, no existen definiciones respecto de la posterior absorción de los profesionales formados. Tampoco se encuentra planificada la distribución de recursos humanos a lo largo de los distintos establecimientos.

> -¿Y cuándo dejó de estar la residencia?
> -Hasta que la robó no sé que otro hospital y que la pasó a otro lado porque le convino. Pero… allá por el 2000, 2001. (…) En realidad, la sacaron un poco porque la última instructora de salud mental era una loca de mierda, que no quería ir a ese centro, que la tenía que buscar para que viniera, ella misma se quiso ir, y eso hizo que arrastrara toda la residencia a otro lugar, por eso perdimos la residencia..
> (Ex Jefe de Área Programática, entrevista personal, 30 de abril del 2009)

> Las pibas de acá laburaban tan bien que la residencia terminó pasando… autogestivamente, casi; con autorización, pero autogestivamente… (Jefe psi de CeSAC, entrevista personal, 26 de noviembre del 2008)

Pese a que los CeSACs muchas veces son sede de Residencias y Concurrencias -sobre todo en el tramo en que aquellas proponen en su programa la rotación por lo genéricamente denominado como "Atención Primaria de la Salud"- no se encuentra precisión respecto de qué compete realizar a quienes deben insertarse en los CeSACs.

Mientras que la información respecto de las residencias es relativamente sencilla de conseguir puesto que se relaciona *bis a bis* con partidas presupuestarias, no sucede lo mismo con las concurrencias ni con las rotaciones que desde unas y otras se realizan. El panorama se complejiza aún más cuando se considera la existencia de vinculaciones honorarias sin concurso mediante -denominadas como adscripción cuando cuentan con aval oficial, lo cual no siempre sucede.[299] Sobre estas últimas no existe ningún tipo de registro o control. Esta última inserción proviene en gran medida del desfasaje entre el egreso de profesionales

[298] Lo que implica la convocatoria abierta a inscribirse para rendir un examen bajo la modalidad "multiple choice" realizado bajo seudónimo, el resultado del cual es combinado con el promedio obtenido durante la carrera de grado. Seguidamente, quienes posean los primeros puestos en orden de mérito deben obtener el cargo haciéndose presentes en un acto público, según la cantidad de vacantes disponibles en cada ocasión.

[299] Cabe recordar aquí lo descripto en la sección metodológica, respecto de que parte del trabajo de campo fue realizada gracias a una adscripción en un CeSAC, luego de finalizada una residencia. El documento por el que finalmente fue avalada esta inserción posee la particularidad de estar fechado con posterioridad a la finalización que establece para la misma.

formados por el sistema, únicos destinatarios de los concursos para cargos de planta cuando estos efectivamente se abren, y la escasez y eventualidad de tales concursos. Pero también, de la discrecionalidad con que se manejan las autoridades hospitalarias.[300] También se encuentran profesionales que trabajan "en comisión" –con renta pero proveniente de otra repartición pública- y otros que están contratados. A lo anterior se han agregado en los últimos años becarios provenientes del Programa Nacional de Médicos Comunitarios.[301]

Las modalidades de ingreso poseen un dinamismo constante, y en la actualidad conviven profesionales cuya inserción se ha originado de diversos modos. Estos modos contribuyen a explicar la configuración de profesionales vigente. En algunas épocas era habitual ingresar a modo de "visitante", o "cursillista"; en otras, por contrato, en otras como pasante o suplente de guardia.[302] Respecto de modalidades históricas, uno de los modos frecuentes en que se fue configurando el área de Salud Mental de los CeSACs se desprendió de una partida presupuestaria especial surgida durante la década del noventa, de la cual casi todos los profesionales con antigüedad fueron luego pasados a planta transitoria mediante un decreto.[303]

> -¿Y cómo se conseguían esos profesionales?
> -Y, pidiendo en el ministerio o… Bueno, en realidad cada jefe peleaba en el ministerio… yo tenía dos ventajas: primero que era una zona de riesgo, entonces me dieron muchos (…) quiere decir que yo en el área tenía muchos más residentes en relación a todas las áreas del hospital, del… del… de Ciudad de Buenos Aires. Pero claro: yo tenía tres villas muy importantes, y yo

[300] También se ha tomado noticia de Concurrentes que se insertaban de modo informal sin concurso previo, a fin de aguardar el concurso de planta.

[301] Siendo su objetivo declarado fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud como política de Estado, el Programa Médicos Comunitarios creado en el 2004 ofrece entre otras cosas becas para Capacitación Permanente en Servicio.

[302] "Cursillistas" eran los que solicitaban permanecer en el sistema sanitario luego de haber rotado por él como estudiantes, vale decir, una figura equivalente a la de los ayudantes de cátedra en las facultades. Respecto de la modalidad contractual, se encuentran fundamentalmente los contratos habitualmente aludidos por su número, a saber, el 948/05, y el 959/06, por este último hay psicólogos contratado aunque con menor frecuencia. El segundo de ellos remite al primero, tratándose en ambos casos de un cambio en la modalidad de contratación de los empleados que facturaban como monotributistas por "locación de servicio" a contratos de plazo determinado, es decir, a lo que se conoce como planta transitoria -con lo cual gozan de más beneficios pero continúan fuera del convenio colectivo de trabajo. Resulta habitual encontrar profesionales con esos contratos que se han insertado en CeSACs a raiz de gestiones personales, habiéndose originado su contrato para trabajar en otros sectores del gobierno municipal -distintos al de salud.

[303] La denominación de esta partida (IRPES –Instructores de Residentes de Programas Especiales) no estaba en consonancia con la tarea asignada. Los profesionales que ingresaban a tales cargos no tenían bajo su responsabilidad la capacitación de residentes, sino que se desempeñaban como cualquier otro profesional. No obstante, en términos laborales esta inserción era altamente precaria: duraba un año con opción a ser renovada de modo ilimitado. Además, su otorgamiento fue altamente discrecional, respondiendo a redes de contactos de profesionales ya insertos en el sistema. La modalidad de IRPES resultó fundamental para el ingreso de profesionales en los CeSACs, así como en las profesiones no-médicas, según se ha relevado en campo. Esto se debió, aparentemente, a que eran inserciones "de segunda" que podían obtenerse en la puja de recursos por parte de las autoridades de cada uno de los Hospitales, cuando no existían recursos suficientes para conseguir la apertura de nuevos cargos médicos. Aquello parece haber estado en relaciòn, a su vez, con cierta idea instalada en el sentido común que asocia la inclusión de psicólogos en una institución con una medida progresista (Plotkin, 2003).

> peleaba: peleaba en, en la Dirección de Atención Primaria siempre tenía algún amigo, el Director General de Hospitales, o fue Lombardo que después fue ministro de De La Rua, o fue Lemus, que después quedaba como jefe mío en algún momento, que ahora es el ministro, que éramos muy amigos y entonces me nombraban mucha gente, porque yo iba y peleaba, no es que me quedaba acá sentadito: iba y decía "ché, mirá, me falta esto, esto, yo tengo tres centros, se va a inaugurar otro, necesito mucha gente, por lo menos necesito…". Porque en el Hospital, no me querían dar a nadie. En aquel momento, nadie quería ir al área programática. Entonces tenían que ser… o tener horas para designar, que, que te tenían que dar por decreto, o tenía que conseguir de esta manera, instructores de programas especiales porque muy pocos pediatras, sólo los castigados, los que los echaban de los servicios, venían a parar al área programática y yo los mandaba a trabajar a los Centros, pero era muy poca gente, no, no tenía gente para trabajar en los centros. (...) un poquito más de la cuarta parte eran psicólogos, así aparecieron los psicólogos en los Centros (...) Era gente conocida, o porque conocíamos, porque uno le daba el dato a otro, entonces venían, venían y me entrevistaban y de acuerdo con quién venía, lo que me pedía o lo que yo veía, lo que hablábamos, se fueron nombrando. Así, como vinieron gente excelente, vino cada clavo que ni te puedo contar, pero bueno, viste: venían porque era amigo de este, porque… y algunos venían ya directamente nombrados del Ministerio (…).
> (Ex Director de Hospital, entrevista personal, 30 de abril del 2009)

Junto con aquellas figuras transitorias, convive la inserción más estable: la de profesional de planta.[304] Tal estabilidad varía según se trate de un cargo interino -en reemplazo de otro profesional que se encuentra bajo licencia- o "con nombramiento", lo cual implica una inserción definitiva. Más allá de esto, la disponibilidad de cargos no deriva en un factor de homogeneidad entre los efectores, puesto que las especificaciones de cada designación, variables, dependen de la coyuntura vigente al momento del concurso así como de las circunstancias de su apertura. Hubo momentos donde los cargos eran de cuarenta horas semanales, otros de treinta y seis horas semanales, o de veinticuatro, o de treinta.[305] En cuanto a los profesionales de CeSACs, hubo momentos donde las designaciones eran hospitalarias; otros donde eran para las áreas programáticas, sin especificar establecimientos, y finalmente otros donde es explícito el CeSAC al que corresponde el cargo -pese a que la dependencia continúa siendo hospitalaria.

En los últimos años se ha sumado a lo anterior una modalidad informal a la vez que instituida desde las autoridades. Nos referimos a profesionales que poseen una designación o cargo de planta para determinado hospital, pero que las extensiones horarias del mismo las llevan adelante en otro.[306] A estos profesionales se los suele aludir como "prestados". Esta suerte de traslados se realizan en base a acuerdos internos, surgidos según al interés personal de los

[304] Vale aclarar que en Argentina rige el principio de estabilidad del empleo público, lo cual implica la existencia de sistemas de carrera régimen de estabilidad para los que no son contratados y entran por concurso público.

[305] Estas cantidades de horas tampoco poseen un modo prefijado de ser distribuidas a lo largo de la semana, vale decir que cada trabajador decide si las condensa o las reparte en distintos días, si concurre de mañana o de tarde, etcétera.

[306] Estas extensiones se denominan "horas de guardia" o también -debido a que no pueden tomarse sueltas sino en cantidades prestablecidas- "módulos de guardia" o "módulos asistenciales". Las distintas denominaciones suelen corresponderse con las coyunturas de ingreso.

profesionales y sus redes de contactos. Como resultado, existen profesionales "cruzados", que cobran en un lugar pero se desempeñan en otro.[307] Esta práctica habitual también abona al hecho de que no existan registros del mapa real de distribución de recursos humanos.

El mapa de conjunto resulta ciertamente abigarrado.[308] Las distintas modalidades de inserción se distribuyen de modo irregular a lo largo de los distintos efectores, habiendo algunos CeSACs más homogéneos que otros. Esto estructura tanto la congruencia de intereses entre profesionales como sus probabilidades de encuentro; indicadores de esto último son la escasa conformación de equipos de trabajo y la frágil transmisión de definiciones y experiencias. Reforzado con la pluralidad del campo *psi*, ante los ojos de la población aquello se plasma en una infinidad de orientaciones e incluso, de sistemas de entrega de turnos e instancias de

[307] Esta última inserción se habría originado cuando partidas presupuestarias destinadas originariamente al SAME (Servicio de Atención Médica de Emergencia) fueron distribuidas en los hospitales generales, como modo de rentar nuevos profesionales o bien cumpliendo la función de horas extra aunque con una cantidad fija mensual. Según algunos relatos, estas horas habían sido solicitadas para reformular el Programa de Salud Escolar, pero esto no pudo ser verificado. Con posterioridad, estas partidas habrían sido denominadas "módulos asistenciales" en los recibos de sueldo, desvinculándose de aquel origen. Siendo el requisito para solicitarlas y cobrarlas es contar con una Ficha Municipal, estas partidas fueron asignadas a profesionales que ya se encontraban trabajando. Entre los usos instalados por esta modalidad, algunos profesionales han ingresado al sistema sin figurar de modo formal: a través de que "le presten la ficha", vale decir cobrando lo que otro recibe a modo de módulo. La disponibilidad de tales horas por parte de algún Hospital o Servicio se daba a difusión siguiendo la red de contactos entre trabajadores del Gobierno de la Ciudad. De tal modo, existió un gran número de acuerdos informales que dieron por resultado que profesionales con cargo de planta para desempeñarse en un Hospital desempeñen horas por módulos en otro. Esta red informal de acuerdos, que incluyó tanto a profesionales de hospitales como de CeSACs, derivó en que algunos CeSACs -principalmente, los de apertura reciente- funcionan en gran parte gracias a que cuentan con profesionales cuyo cargo de base está en otros Hospitales (distintos del que depende de su Área Programática). Si bien resulta complejo dar cuenta de esto -de hecho, la mayoría de los profesionales con que se tomó contacto manifestaron no llegar a comprenderlo en su totalidad, pese a estar ellos mismos afectados por tal inserción- su alusión se vuelve fundamental no sólo por resultar indicativo de cómo se maneja el sistema de salud, sino también del contexto en que se realizó el trabajo de campo. Durante el 2009 -momento en el que tuvo lugar la mayor parte de la recolección empírica- la nueva gestión advirtió que quitaría estos módulos por considerarlos irregulares. Como consecuencia de lo anterior, muchos profesionales cesaron las actividades que consideraban que requerían poder garantizar a la población un sostenimiento en el tiempo. Mientras que algunos optaron por suspender la asistencia a ciertos usuarios, otros finalizaron abruptamente las actividades de promoción y prevención. Ante tal movimiento, las autoridades sanitarias ofrecieron ampliar las horas de los cargos de base, llevándolas a cuarenta. Sin embargo, esto implicaba no sólo una remuneración menor, sino además que tales horas deben desempeñarse en los Hospitales a los que el cargo pertenece, con lo cual el resultado -de llegar esto a implementarse- sería el vaciamiento de aquellos CeSACs que se sostienen mayormente merced a tales módulos por no existir designaciones específicas para ellos.

[308] El modo de distribución de los profesionales depende de su voluntad, o de los criterios personales de la jefatura. A lo largo del trabajo de campo se pudo constatar, por ejemplo, que mientras en un CeSAC sus dos profesionales buscan relevarse para cubrir con asistencia a la mañana y a la tarde, en otro CeSAC son ocho psicólogos y el jefe, psiquiatra, a veces atiende también a algún paciente. En otro, son cuatro psicólogas y también realiza asistencia, casi a la par, una psicopedagoga que está estudiando actualmente psicología -que pertenece a otro hospital de base pero fue allí con "horas de guardia". En un Área Programática de zona sur de la Ciudad, que se caracteriza por la cantidad de "villas miseria" que posee, y donde están situados la mayor parte de sus CeSACs, los psicólogos han ido pidiendo su traslado con distintos argumentos, ligados al estrés que produciría el trabajo en aquellas condiciones. Como en ese Área hace unos años se ha abierto un CeSAC nuevo, en una zona residencial, los profesionales que tienen nombramiento para el Área han solicitado trasladarse allí, o se han trasladado de hecho. Este nuevo CeSAC llegó a tener, en el momento de realizar el trabajo de campo, dieciséis psicólogos.

admisión diferenciales aún al interior de un mismo establecimiento (Adissi, 2010).

Retomando la consideración inicial respecto de que describir la existencia de recursos humanos constituye al mismo tiempo una descripción respecto de los recursos presupuestarios, debemos finalmente mencionar -más allá de los recursos económicos ligados a la contratación, nombramiento o designación de profesionales- otra circulación monetaria que se ha venido instalando a partir de la década de 1990. Nos referimos a distintas fuentes de financiamiento ante las cuales los profesionales pueden presentarse de modo autónomo -sólo deben conseguir para ello el aval de las autoridades-. Si bien de modo incipiente, esto influye en la disponibilidad desigual de recursos a lo largo de los distintos establecimientos, según los intereses de los profesionales que en ellos se insertan y de la información de la que ellos dispongan.

> Escribimos un trabajo, nos presentamos a un premio que lo llevó adelante Remediar, que lo ganó también Omar acá (…) y nuestro proyecto empezó siendo un diagnóstico participativo en la comunidad acerca de cual era la problemática que más les preocupaba a los adolescentes y a sus padres, surgieron diferentes problemáticas, las más preocupantes adicciones, VIH, terrible, aborto (…) y con la guita del premio empezamos a crear cosas. Compramos…todavía tenemos guita y seguimos haciendo cosas, y paralelamente aparece el proyecto "Por nosotros" que es que le dan becas a algunos adolescentes que como contraprestación se tienen que armar proyectos. (…)
> (Psicóloga CeSAC A, entrevista personal, 4 de agosto del 2008)

Los modos de inserción laboral no sólo inciden de modo directo en la estructuración de las prácticas. También, configuran marcas de socialización a través de las cuales se configuran los modos de percepción y valoración vigentes en el campo (Bourdieu, 2007).

6.4. La incidencia de lo formal en las definiciones cotidianas

Varios autores han advertido que de la descripción de las posiciones formales presentes en una estructura burocrática no debería colegirse una cadena de autoridad piramidal efectivamente actuante. Así, se han referido resistencias o negociaciones entre autoridades y subordinados (Aguilar Villanueva, 1993; Hupe, 2007; Korteweg, 2003), lealtades para con otras pertenencias que, a modo de *accountabilities,* generan legitimidades rivales a la de la propia institución (Finlay y Sandall, 2009; Evans, 2004; 2009; Mitchell, 1991), así como también vinculaciones para con grupos de interés, mayormente provenientes del ámbito empresarial (Castellani, 2002; Thwaites Rey y López, 2005). A través de sus postulados, tales autores han sostenido la falacia de suponer reglas simples para determinar la distribución del poder en las organizaciones, así como el error de imputar como defectuosos los resortes de decisión distintos a los formalmente pautados. Sin embargo, todos ellos han deducido de lo anterior el

que la posición formal dentro de una organización constituye una fuente de poder entre otras, y no necesariamente la determinante. En consecuencia, no ha sido puesto en cuestión el lugar de lo formal, y los grados de variabilidad en su capacidad de incidencia.

Lejos de responder meramente al "deseo" de cada quien, tal como los profesionales tienden a percibirlo (Adissi, 2009b), consideraremos en primer lugar que el sistema de salud se encuentra organizado de modo jerárquico. Si las posiciones más anónimas -las de menor jerarquía relativa- quedan habilitadas para ser ocupadas de modo "autónomo", vale decir que son espacios permeables a la impronta subjetiva de quien las ocupa, es debido a la habilitación por parte de quienes ocupan posiciones de poder (Elías, 1982). Aquello que tiende a ser percibido en su cariz positivo, como falta de vigilancia y control, admite ser analizado como prescindencia por parte de las autoridades.[309]

Sin embargo, la gravitación personal obedece a regularidades distintas de la provista por la estructura formal del campo. Tal como hemos referido, la ubicación en aquel espacio jerárquico no es la única coordenada a que responden las posiciones de poder, sino que aquello se encuentra atravesado por una serie de vectores de hegemonía/subalternidad. Junto con lo anterior, los contactos personales -aludidos aquí con insistencia en tanto factores determinantes de las prácticas- no son azarosos sino que encuentran correspondencia con la posición que cada agente ocupa en el espacio social ampliado (Bourdieu, 1990; 1993; 2000; 2001).

Entendemos que el carácter de volatilidad que imprimen a las instituciones su traspasamiento por alianzas y rivalidades, relaciones de cooperación, de competencia y de antagonismo, podría encontrarse más o menos contrapesado por el modo de funcionamiento de lo formal. Vale decir, que es este último el que tiene capacidad de imprimir cierta estabilidad.

Según hemos observado desde el área de salud mental de los CeSACs, los mecanismos formales de ejercicio de la autoridad resultan precarios. En primer lugar, por el recelo imperante hacia las cadenas jerárquicas, el cual se articula con su escasa capacidad conminatoria. En segundo lugar, hemos encontrado que lo formal muchas veces se limita a ser un argumento esgrimido para tener más éxito en las negociaciones informales. Funcionando como retórica más que asociado a resortes concretos, lo anterior se pone de manifiesto cuando se invoca un marco normativo en aras de señalar la inadecuación de determinada práctica.

[309] Habitualmente, los profesionales aluden a las cadenas jerárquicas como no obstaculizantes, tendiendo a denegar las posiciones de poder. Estas sí aparecen mencionadas, en cambio, cuando alguna autoridad actúa de modo restrictivo -impidiendo una determinada práctica por considerarla inconveniente. Sólo en algunas ocasiones, ante problemáticas surgidas durante el desempeño que hacían sentir a los profesionales vulnerables, era referida la relación con las autoridades aludiendo al "*desamparo*" (Adissi, 2010).

Esta contradicción entre la finalidad -cumplir un reglamento- y el medio utilizado -discutir personalmente la ilegitimidad de un mecanismo establecido- otorga un carácter particularista a las acciones formalmente reguladas. En consonancia con aquello, resulta habitual encontrar que ante el incumplimiento de una reglamentación se cumple recurra a la red de contactos personales, buscando dar con alguna de las autoridades. En tales casos, se solicita cumplir con el marco normativo para la situación puntual que ha movilizado la cadena de influencias. De modo simultáneo, para las autoridades posee más eficacia actuar como autoridad en la convalidación de una excepcionalidad que en la sanción o implementación de reglas generales.[310]

> (…) tenía una paciente que se atendía acá que al irse el psiquiatra quedó sin medicación, una paciente grave y que no podía estar sin medicación, yo la derivo para que sea atendida en el [Hospital de base], pero para que finalmente la tomen en tratamiento se tuvo que hacer mucho trabajo, hasta tuvo que acompañarla un día el director [del CeSAC] para que le den un turno, ¡tuvo que ir el director con ella para que le den un turno…! (Psicóloga CeSAC N, entrevista personal, 15 de febrero del 2009)

Tal como hemos venido mostrando, los marcos formales son tan precarios para la autorización de sentidos subalternos como para la consagración de elementos hegemónicos.[311] Así, los vínculos interpersonales se vuelven factores explicativos fundamentales. En consecuencia, el carisma personal o la capacidad de establecerlos se vuelve un atributo central.

Como contracara, la informalidad como mecanismo central de funcionamiento contribuye a otorgar una flexibilidad y un dinamismo de otro modo impensables a los establecimientos del subsector público de salud. Tan es así que mientras que en los debates públicos se suele apelar a las leyes como amparo para la promoción de las posiciones más postergadas, en la cotidianeidad de las instituciones los resortes instituyentes se ligan a procedimientos de orden informal. Hemos mencionado en los capítulos anteriores al concepto de "militancia" como un término nativo, habitualmente utilizado en referencia tanto al compromiso con el propio trabajo como al sostenimiento de propuestas alternativas a las hegemónicas. En lo que hemos analizado como siguiendo una lógica movimientista, el refuerzo entre mecanismos informales

[310] Tal como venimos mencionando, además, la primacía de lo informal como medio para obtener lo formalmente obligatorio es también ostensiva en los mecanismos utilizados para comunicar o impartir lineamientos. Según se ha podido observar a lo largo de la indagación empírica, es altamente mayor la efectividad de un llamado telefónico o un correo electrónico -esto es, de un contacto de orden personal- que el envío de un memorándum institucional. También cuando se trata de solicitar que alguien en una posición subalterna concurra a una reunión convocada por quien ocupa alguna posición de mayor jerarquía, o que eleve determinado tipo de información -generalmente, de tipo estadístico- es aquella la vía que se activa.

[311] Como ejemplo de lo anterior, remitimos a la pugna presentada en el Capítulo 2 en torno de los cargos jerárquicos. Fueron mecanismos informales los que habían entronizado de hecho a profesionales psicólogos en ellos.

y los tópicos democratizantes que les son asociados - "derechos", "autonomía", "autogestión", entre otros- permite la proliferación de acciones y perspectivas que van a contrapelo de las orientaciones propias de la gestión gobernante. Entre ellas, incluso, el trabajo conjunto con organizaciones políticas de líneas contrarias.[312]

> -Y en los últimos años, ¿incidió la gestión de Macri?
> -No, no. Me parece que por ahí nosotras no le damos tanta bolilla a lo de los gobiernos. (Psicóloga CeSAC E. Entrevista personal, 5 de marzo de 2009)

6.5. Socialización en una agencia estatal: la defensa de lo informal

Postula Bourdieu (1993) que el Estado es un organismo con capacidad diferencial de imponerse colectivamente en tanto es depositario de una de las fuentes básicas de autoridad o capital simbólico. Este efecto de Estado, consistente en consagrar algo particular como universalmente válido, provoca la existencia misma de lo proclamado a través de una acción generadora de disposiciones durables. De tal manera, el Estado inculcaría formas y categorías de percepción y pensamiento que son fundamento de la orquestación inmediata que realiza el sentido común. Aquel consenso sobre lo que aparece como una evidencia en sí mismo (Bourdieu, 1993) ha sido analizado por distintos investigadores de modo transversal al propio Estado. En esta línea, se ha hablado de *modelos globales de actividad* (Skocpol, 1985), *cultura cívica* (Mitchell, 1991) o *patrones culturales* (Ozslak, 2006) aludiendo a aquel orden que -sin responder a una intencionalidad explícita- se produce y reproduce merced al carácter compartido de un horizonte de lo posible, de lo esperable y de lo deseable respecto de la actuación política. Más específicamente, respecto de los deberes de los funcionarios públicos.

Tanto la inclinación hacia el universalismo como el particularismo que guía las expectativas, actitudes y comportamientos, han sido imputados a este tipo de factores (O´Donnell, 2001; 2008). Retomar esta perspectiva teórica nos permite encontrar elementos de cohesión en aquellas mismas dinámicas que aparecen como centrífugas. Siendo que venimos marcando la falta de arenas compartidas que operen como aglutinantes, la pregunta respecto de qué significados provocan reciprocidad, ajustando entre sí a los agentes invita a buscar factores que permitan explicar por qué la fragmentación no deviene en desintegración.

De Lipsky (1969; 1980) en adelante, se ha prestado particular atención a los procesos de socialización de rol y a sus grupos de referencia, en tanto dimensiones determinantes del sentido de las prácticas y de los procesos de continuidad o ruptura al interior de las instituciones. En esta

[312] Se han obtenido relatos incluso acerca de acciones realizadas en horarios nocturnos o durante los fines de semana en nombre del CeSAC, por iniciativa de algunos de sus profesionales o su jefatura.

línea, hemos sugerido que los modos en que ingresan los profesionales conllevan una impronta socializadora. La falta de lineamientos y las arbitrariedades presentes en la definición cotidiana de la organización laboral y las tareas profesionales contribuyen a reproducir aquella imagen respecto del contexto institucional de inserción. Una vez en el sistema, resulta habitual encontrar que los agentes refieran conocer el modo de funcionamiento de los niveles centrales. El recelo hacia las dependencias ministeriales, que demuestran manejar información discontinua e incluso errónea, confiere legitimidad a un accionar a espaldas de los decisores políticos. Con el poder de naturalización que acompaña a aquello que se presenta como omnipresente, a la caracterización de las autoridades como discrecionales, prosigue la justificación del propio accionar discrecional.

> (…) Después, al juntarme por ahí con otros psicólogos de otros centros, empecé que pasa en todos los lugares casi… ehhh… en todos los hospitales es como que no… no resuelven lo que pide el CeSAC, viste, las derivaciones… Entonces es como que te quedás más en el molde y más… "lo hacen en todos lados, ma´si…" (Psicóloga CeSAC M, entrevista personal, 19 de febrero del 2009)

Una marca similar dejan las reuniones promovidas desde niveles centrales, de la mano con su carácter no vinculante. Ante esta realidad cotidiana, los psicólogos de los CeSACs experimentan la intención de incidir en sus tareas por parte de las autoridades como una intromisión. Más allá de si su contenido es legítimo o no, las normas son consideradas irrelevantes a lo largo de su desenvolvimiento diario, en tanto se asume que no rigen el funcionamiento del sistema.

Los apelativos que denotan valoración de prácticas y espacios remiten a una clave de lectura movimientista. Así, se recurre como criterio que denota estima a la calificación de prácticas como surgidas "desde abajo", se apela a la defensa de la "autogestión", y fundamentalmente se atribuye un lugar determinante al compromiso personal fundado en convicciones ético-ideológicas, considerando que un buen desempeño es aquel de carácter "militante".[313] Bajo esta perspectiva, concepciones personales respecto de qué es la salud pública y qué debe hacerse para garantizar derechos se considera que, al guiar el propio accionar, pueden orientar

[313] Cierto es que cuando las extra e infra-limitaciones de los funcionarios constituyen una realidad cotidiana, realizar un trabajo comprometido durante las horas correspondientes puede fácilmente deslizarse hacia una excepcionalidad digna de valorarse diferencialmente. En esta línea, O´Donnell (2001; 2008) señala que en países como la Argentina, la expectativa de orientación hacia el bien público por parte de los funcionarios estatales no es tan fuerte como en otros. Al respecto, conjetura una serie de preguntas a modo de tipo-ideal que orienta su comportamiento *¿Por qué, si estoy tan mal pagado y/o si debo mi trabajo a un operador político que espera que le entregue bienes o servicios que manejo desde mi puesto, y/o si mi familia y amigos esperan -en realidad, demandan- que les entregue bienes o servicios que les "debo" por ser tal familia y amigos, por qué no habría de hacerlo? Además, ¿por qué yo no haría esto si "todos", incluso mis jefes, lo hacen, y sí arriesgaría mi puesto si no lo hago?*

la direccionalidad del sistema *in toto* (Adissi, 2010). La movilización personal desde esta perspectiva tiende a coincidir con la creación y sostenimiento de espacios e iniciativos fundados en "grupos de afinidad" entre profesionales. Lo cual converge con la lógica movimientista arriba mencionada. Desde idéntico posicionamiento, se tiende a desalentar como inconducente o improcedente lo relativo a la normatización. Los posicionamientos políticos presentes se escinden de la búsqueda por hegemonizar definiciones deseables para el conjunto.[314]

En contrapunto, la experiencia cotidiana en los CeSACs es relatada por los agentes siguiendo una clave intimista. Tan es así que incluso un ambiente arquetípico del orden doméstico como es la cocina ocupa el lugar determinante de la mayor parte de actividades y decisiones de orden colectivo. Funcionando como una "gran familia", no resulta problemático para los actores que sea la contingencia de los vínculos interpersonales en lugar de directivas institucionales la que determine las prácticas.

> Me parece que hay algo ahí, del lazo, de lo colectivo, de poder escuchar al otro, que no… no, no, no… A mí me parece que está eso… Sí es de uno a dos, de dos a dos, de tres a tres, el contacto local, en la cocina, hablar, intercambiar. Pero cuando vos lo querés sistematizar, es como que no… (Psicóloga CeSAC H, entrevista personal, 15 de septiembre del 2008)

La convicción subyacente es que "cuando no es personal, no funciona". Esta creencia es compartida por las autoridades: resulta habitual encontrar que ellas promuevan instancias de encuentro recreativas entre los profesionales entendiendo que este deviene en una mejora del desempeño en equipo. Ante el mal funcionamiento de un efector, jerarquías y agentes recurren a similares tópicos explicativos. Entre ellos, la escasez de vínculos personales entre profesionales debida a las condiciones edilicias del establecimiento resulta la causa más mencionada -que el CeSAC posee un edificio con dos plantas, o una cocina demasiado pequeña, lo cual lleva a que los profesionales no se crucen. Dentro del área específica de salud mental, la heterogeneidad de perspectivas se amalgama con lo vincular, validando la falta de acuerdo con aquellos de cuyo criterio se desconfía, o a quienes se desconoce.

El modo en que las nuevas normativas son concebidas por los agentes no es ajeno al lugar

[314] Lo relativo a las estadísticas es un ejemplo en este sentido; la valoración de las nuevas normativas, también (Rosendo, 2010). Resulta interesante distinguir la sutileza de estos hallazgos en contrapunto con propuestas analíticas que intentan subvertir las fronteras de lo estatal. Tal es el caso de Mitchell (1991) quien cuestiona la imagen tradicional de la resistencia como exterior al Estado, sugiriendo que los agentes estatales se encuentran atravesados por las mismas relaciones de poder que el resto de los sujetos sociales. Sin embargo, este autor agrega como corolario la consideración de que el Estado es efecto elusivo de una serie de distinciones que, en base a un trabajo de abstracción, crean la apariencia de un mundo dividido en sociedad y Estado. Esta proposición difiere de lo que hemos observado, puesto que para los propios agentes el Estado es percibido apelando a categorías políticas no estatales -vale decir, propias de los movimientos sociales.

atribuido a lo informal. No resulta problemático que las leyes no preveen mecanismos para su cumplimiento, siquiera para darse a difusión, puesto que se entiende que esto se vincula con la voluntad personal tanto de los profesionales como de quienes se desempeñan dentro del Ministerio de Salud. En ambos casos, la identificación personal con la legislación vigente es vista como determinante, y ubicada como factor causal ante éxitos y fracasos.[315]

> A cada cosa que se hace hay que ponerle, como si fuera el marco grande, que es lo de la ley, de Salud Mental y tratando viste, de ir adaptando el trabajo a lo que dice la ley, a lo que dice el espíritu de la ley…Depende de cada uno, ¿no? (Psicóloga CeSAC H, entrevista personal, 29 de agosto del 2008)

> Armábamos ateneos y los difundíamos internamente, venía en realidad el que tenía ganas de capacitarse (…). Bueno: uno de los temas era salud mental, y lo armamos así, y vino [un miembro de la Dirección de Salud Mental] , y tuvimos esa capacitación sobre la ley y qué se yo, que igual era medio antigua la capacitación… Te digo que para muchos compañeros fue nuevo… ¡y era algo que existía hace tiempo! (Psicóloga CeSAC K, entrevista personal, 5 de marzo del 2009)

Lo formal es tomado como un marco ideológico al que adscribir, algo que de modo "militante" se debe hacer valer.[316] La disputa que llevó a la sanción de las leyes, sostienen los agentes, se continúa en la cotidianeidad de las instituciones: la normativa es una carta más con que cuentan los profesionales que se precien de progresistas.

> -Vos decís que las autoridades hacen lo que quieren, pero ¿y no hay instancia de apelación posible, no hay como una cosa de…"mirá, la ley 448…"? ¿No…?
> -Yo creo que la instancia de apelación siempre está, digo…depende mucho de cada uno, pero… es difícil porque uno sabe que… digamos, lo que impera, no? Cuál es el modelo que impera… ehhh… quienes, quienes están ocupando lugares de… de decisión, entonces es como… es medio titánico…
> (Psicólogo CeSAC B, entrevista personal, 15 de agosto del 2008)

Detenerse en la motivación de los agentes, en el modo en que experimentan las instituciones en que se insertan y qué significados atribuyen a la posición que ocupan socialmente equivale a rastrear qué significa para ellos desempeñarse en el Estado. Buscando regularidades presentes en el accionar intraburocrático, encontramos un supuesto compartido: la falta de referencia a prácticas que abarquen al conjunto. Junto con esta, la falta de expectativas al

[315] Ante la falta de aplicación de las normativas, tampoco se hace alusión a los mecanismos legales que estructuran el cumplimiento. Al respecto, entre otras variables que hacen al diseño de políticas públicas, Sabatier y Mazmanian (1993) enumeran la especificación de agencias encargadas, la delimitación de sus funciones específicas y diferenciales así como de su jerarquía de prioridades; la instauración de mecanismos de monitoreo junto con la generación de indicadores de desempeño; la redacción de reglamentos claros, especificando plazos precisos y fuentes de obtención de recursos; y un sistema de sanciones y recompensas.

[316] Esto se encuentra tan instalado que incluso una institución como la Defensoría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la tiene entre una de sus tareas principales. Al mismo tiempo, este y otros organismos confeccionan guías de establecimientos denominados "*amigables*", que son aquellos que respetan la ley.

respecto.

Conclusiones preliminares

Hemos recorrido la arquitectura institucional, los mecanismos de ejercicio de autoridad, los aspectos materiales que determinan la inserción de los agentes y condicionan sus prácticas, y los aspectos simbólicos que la investidura estatal acarrea, según emerge a partir del área de salud mental como punto de mira. Hemos encontrado un nuevo punto donde los contornos de este objeto empírico se difuminan, permitiendo mostrar funcionamientos característicos de la institucionalidad estatal ampliada.

Carente de documentos escritos, la información acerca de aspectos estructurales -organigrama, presupuesto, recursos humanos- sólo se desprende de un complejo proceso de reconstrucción. Al no orientar las prácticas, aquellos datos que cuentan con soporte material relativamente más sistemático, las estadísticas, deslizan su función hasta ocupar el lugar vacante de los lineamientos. En consecuencia, reciben el impacto de las resistencias de algunos agentes, al tiempo que se convierten en arena de disputa por la legitimidad -afectando con ello su capacidad misma de informar, derivada de la homologación. El recelo hacia las autoridades no encuentra proyectos contrapuestos sino profesionales atomizados que, refugiándose en sus propias prácticas y defendiendo su consonancia con los marcos legales, trabajan bajo la convicción de estar así garantizando derechos a la población. A lo largo de las distintas dependencias ministeriales se encuentra una misma visión, según la cual las normas se cumplen a través de agentes identificados con ellas -y no de procedimientos prefigurados para su implementación. La inexistencia de un sistema de recompensas y sanciones lleva a que en lo local proliferen prácticas con orientaciones contrarias a la gestión gobernante. Reforzando esta dinámica, la lógica movimientista con la que muchos de los agentes del Estado se piensan a sí mismos en tanto tales contribuye con la producción y reproducción de estos formatos.

Los marcos normativos quedan definidos de modo práctico como algo irrelevante, algo a invocar a través de mecanismos informales, o algo que autoriza aquello que ya funcionaba fácticamente. En cualquier caso, resulta difícil encontrar referencias tanto a una misión poblacional o totalizante como intentos de legitimación que invoquen el bien común. Las modalidades de decisión no sólo surgen de manera independiente a una mirada de conjunto, sino que tampoco buscan en la totalidad un fundamento que legitime su acción. Incluso entre las perspectivas defendidas como "militantes" ralean las referencias a este nivel de intelección. El particular modo en que se imbrican los marcos formales y las prácticas cotidianas muestra que

las fronteras entre lo público y lo privado, entre sociedad y Estado, no se encuentran en disputa. Por el contrario, resulta infrecuente encontrar gestos a través de los cuales se busque demarcar aquellas esferas. La socialización de los agentes estatales configura como expectativa compartida la falta de estandarización. Mientras que el carácter volátil de alianzas y rivalidades, y de capacidades diferenciales de presión, va definiendo el perfil de lo estatal, consigue aglutinar a los agentes en torno de la fragmentación como valor compartido. Es que en su cariz productivo, es esta falta de estabilidad la que habilita la permeabilidad de los espacios estatales hacia las concepciones de los agentes -incluyendo concepciones democratizantes e incluso contrahegemónicas. De tal manera, los modos particulares que asumen las instancias formalmente establecidas permiten comprender de manera más acabada la función estructural que cumplen las dinámicas informales en tanto mecanismo de funcionamiento cotidiano de las agencias estatales.

Hemos descripto hasta aquí un agregado institucional que reposa en la iniciativa personal de sus agentes. El área de salud mental de los CeSACs nos ha llevado a visualizar líneas de continuidad entre el fenómeno puntual aquí abordado y un campo institucional más amplio del que se ignoran los límites -¿el subsector público de salud? ¿El sector salud en su totalidad? ¿Las instituciones propias del Estado social? ¿El propio Estado? Son agencias que funcionan de esta manera las destinadas a vincularse con poblaciones socialmente vulnerables. Entendemos que en esta relación es donde se especifican los sentidos concretos que ellas asumen. De tal manera, los capítulos que siguen están destinados a explorar cómo aquello se especifica en el nivel de los sujetos, de sus territorios, sus prácticas, repertorios, experiencias y expectativas.

-Sección III-

Las condiciones de reproducción cotidiana de sujetos socialmente vulnerables

-Capítulo 7-

La relación con el área de salud mental de los CeSACs: un vínculo entre sujetos socialmente vulnerables y agentes estatales

Introducción

Hemos mencionado la falta de referencia a marcos comunes o generales como un rasgo que distingue las instituciones analizadas respecto de lo que gran parte de la literatura microsociológica y etnográfica sobre agencias sociales del Estado parte de suponer (Evans, 2009; Evans y Harris, 2004; Finlay y Sandall, 2009; Haney, 1996; 2002; Hupe, 2007; Korteweg, 2003; Lipsky, 1969; 2010; Martín Pérez, 2010; May y Winter, 2009; Wells, 1997; Winter, 2003). Pero aun sin una política que la enmarque, sin normativas ni lineamientos específicos, y sin siquiera autorizarse apelando a significantes ligados al bien común, los agentes que se insertan en el Estado actúan. ¿Actúa a través de ellos, con ellos, el Estado? Las relaciones que en base a esta intervención se establecen para con las poblaciones vulnerables, ¿son relaciones entre el Estado -en su cariz social- y la sociedad? Nuestra hipótesis afirmativa nos conduce a observar de qué manera concreta se producen tales relaciones, y con qué efectos.

Debido a su escala de conjunto y al manejo de recursos provenientes del erario público, las agencias estatales operan distribuyendo bienes materiales y simbólicos que impactan en la estratificación social (Lipsky, 1969; 2010). Sin embargo, en tanto a las agencias estatales se les atribuye la capacidad de actuar e imponerse en nombre del bien común, presentando un punto de vista como neutro y generalizable (Bourdieu, 1993), la eficacia específica de agencias como las descriptas, donde aquello resulta problemático, es un aspecto central a indagar. No obstante, ¿podemos descartar de plano la existencia de efectos de Estado en lo que hace a su capacidad de consagrar algún elemento de índole particular al rango de universal? ¿Debemos prescindir de su poder legitimante, o es conveniente rastrear qué es lo que estas prácticas estatales están produciendo como realidad socialmente autorizada?

Hemos retomado la conceptualización giddensiana acerca de la dualidad de la estructura para analizar los usos que los sujetos socialmente vulnerables hacen de los CeSACs a modo de conducta estratégica (Giddens, 1995). Hemos entendido por esta a la utilización de las propiedades estructurales o caracteres relativamente estables en la constitución de relaciones sociales a fin de satisfacer las necesidades de reproducción cotidiana. Una dimensión relevante de la conducta estratégica se relaciona con la dialéctica de control, *modo en que los menos poderosos administran recursos como para ejercer un control sobre los más poderosos*

dentro de relaciones de poder establecidas (Giddens, 1995:395). Así, partiendo de considerar a los sujetos socialmente vulnerables como miembros competentes de los conjuntos sociales y en su capacidad de agencia, consideramos que es en el entrecruzamiento complejo de los efectos no buscados de las prácticas de los profesionales en términos de estratificación social, y las expectativas bajo las que se socializan quienes entran en contacto habitual con ellos, donde se dirime el rol del Estado.

En este Capítulo analizaremos la relación entre psicólogos de CeSACs y consultantes en su carácter de relación entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables. A fin de desarrollar y fundamentar aquella intelección analizaremos dimensiones implicadas por aquel vínculo que exceden a la esfera de lo sanitario, recurriendo ahora a la contextualización social e histórica de las realidades cotidianas de los consultantes. Argumentaremos que es en tales marcos donde se especifica la relación establecida entre unos y otros.

De tal manera, iniciaremos la presentación de lo recogido en profundidad en el marco de los que hemos denominado como CeSAC 54, de Villa 23 y del Boero.[317] Analizaremos los rasgos que unifican a pesar de su diversidad a aquellos consultantes que hacen a nuestro problema de investigación. Pondremos en juego aquella caracterización para comenzar a ubicar de qué formas las dinámicas de funcionamiento de las agencias estatales que hemos descripto anteriormente se incorporan a sus condiciones de acción.

7.1. Rasgos estructurales que tienden a igualar a los consultantes de CeSACs

Dado el carácter estratificado del sistema de salud, la utilización de los establecimientos pertenecientes al subsector público suele ser de carácter residual.[318] Esto lleva a suponer que quienes consultan en un CeSAC no cuentan con otra cobertura de salud, y que por tanto sus ingresos son escasos o bien poseen una relación precaria o informal con el mundo del trabajo. Tal suposición se refuerza al considerar la disponibilidad temporal que requiere el acercamiento a un CeSAC. Nuestro trabajo de campo iría confirmado estos presupuestos, motivo por el cual creemos necesario comprender contextualmente las implicancias de esta realción con el mundo del trabajo.

Referir al mundo del trabajo en Argentina requiere de una mínima alusión histórica. Los procesos de vulneración en la esfera laboral que han afectado a la Argentina a partir de la flexibilización laboral llevada a cabo durante la década de 1990 han provocado inicialmente un ascenso abrupto del desempleo abierto, el subempleo, la inestabilidad laboral y los bajos

[317] Véase el Anexo Metodológico.
[318] Al respecto, véase el Capítulo 3 del presente trabajo.

salarios. Esto se ha ido sedimentando a través del crecimiento de contrataciones no registradas y la baja cobertura de políticas sociales vinculadas con el trabajo junto con otros factores que hacen a la precarización del empleo.[319] Junto con la entrada de nuevas categorías de población al mercado de trabajo, la mayor inequidad en los ingresos y una pluralización de las situaciones laborales complejizaron de modo inédito la disparidad social en Argentina (Cuenya y Corral, 2011; Merklen, 1999; 2005; Prévôt Schapira, 2000; 2001; 2002). En los últimos años, la mejora socioeconómica relativa no ha implicado una homogeneización de las condiciones de trabajo. Por el contrario, han persistido factores que obstaculizan el acceso de ciertos grupos poblacionales a empleos de calidad, quedando éstos en manos de quienes tienen mayor nivel educativo (Groisman, 2011). Pese a la reorientación de la lógica de las políticas sociales en torno de la inserción laboral como único medio legítimo de acceso al ingreso, los supuestos sobre los que esta subyace -que el modelo de acumulación económica es capaz de generar una suficiente cantidad de puestos de empleo registrado, que la posibilidad de emplearse depende de las características personales y es por tanto una responsabilidad individual, y que el cuidado de la fuerza de trabajo es una responsabilidad de los hogares, y de las mujeres al interior de los mismos, aún cuando esto las convierta en inempleables- han impedido encontrar respuestas efectivas (Rodriguez Enríquez y Reyes, 2006). Paralelamente, la CABA ha experimentado un notable dinamismo en el sector de la construcción, en el servicio doméstico y el comercio minorista, ámbitos en los que existen fuertes índices de empleo no registrado (Groisman, 2011). Estas son algunas de los empleos que más habitualmente involucran a quienes se acercan a un CeSAC, junto con otras ocupaciones informales de venta al menudeo.

Junto con la similitud en cuanto a la relación con el ámbito del trabajo, nuestro trabajo de campo fue confirmando la centralidad que para quienes poseen un vínculo intensivo con los CeSACs adquieren sus características habitacionales. Si bien entre los consultantes encontramos quienes compensan ingresos exiguos o empleos precarios con un lugar de residencia formal adquirido otrora en el mercado inmobiliario, estos no son la mayoría.[320] En la medida en que los CeSACs se encuentran insertos en barrios degradados, las características

[319] En la década de 1990, como resultado de las políticas implementadas a partir del denominado *Consenso de Washington*, se desarticularon las dos fuentes más importantes de empleo urbano no precario -la industria y el Estado. La transformación del mercado de trabajo llevó a una menor proporción de actividades protegidas y estables y una mayor disparidad de ingresos, además del desempleo abierto (Oszlak, 2006; Andrenacci, 2010; Arditi, 2009).

[320] Estos se corresponden con la caracterización de *nuevos pobres*. Al respecto, debe mencionarse que los contextos económicos de empobrecimiento masivo rompieron el esquema tradicional que confinaba a sectores de menores ingresos a territorios bien delimitados y claramente identificables, convergiendo pobreza material con posesión de bienes durables adquiridos en el pasado (Minujín, 1992; Kessler y Di Virgilio, 2008).

de las viviendas tienden a uniformizar a los consultantes y resulta notoria la vinculación de aquellas con las estrategias de supervivencia. Es que no sólo la calidad de la vivienda impacta en las situaciones que cotidianamente deben resolverse, sino que a su vez el lugar de residencia determina fuertemente los repertorios de acción -tal como iremos viendo.

La CABA, pese a ser una de las jurisdicciones más ricas no sólo del país sino también del continente, padece graves problemas relacionados con el acceso a la vivienda (ACIJ-COHRE, 2007).[321] Actualmente la revitalización de áreas degradadas para emprendimientos inmobiliarios -tanto públicos como privados- orientados a sectores de mayor poder adquisitivo, ha ido desplazando a los sectores de menores ingresos hacia hábitats cada vez más degradados (Cravino, 2009).[322] De esta manera la orientación que ha seguido la expansión económica de la Ciudad ha acentuado las problemáticas habitacionales al tiempo que las diversificaba. Como resultado, Buenos Aires combina diferentes formas de pobreza intersticial con enclaves socioespaciales en zonas de relegación urbana y deterioro ambiental.[323] Las "villas miseria" se han convertido en una representación clásica de la pobreza en la ciudad (Prévôt Schapira, 2002; Prévôt Schapira y Cattaneo Pineda, 2008). Sin embargo, no son estas el único hábitat informal. El congelamiento de la movilidad social ascendente junto con la movilidad espuria -un aumento del status ocupacional que no deriva en mayores ingresos o mayor acceso a beneficios sociales (Kessler y Di Virgilio, 2008)- han determinado la pervivencia de hoteles e inquilinatos, junto con la multiplicación de asentamientos y ocupaciones en terrenos o edificios vacantes.[324] Pernoctar en la vía pública o

[321] Según datos del 2008, un doce por ciento de sus habitantes -unas trescientas cincuenta mil personas- se encuentra en situación de emergencia habitacional.

[322] La política habitacional ha buscado asimismo privilegiar el modelo de obra nueva en espacios vacantes por sobre el mejoramiento del tejido residencial existente, lo cual también denota la primacía de políticas que alientan el desarrollo del mercado inmobiliario (Cravino, 2009).

[323] En los orígenes de la Ciudad de Buenos Aires, pobres eran los habitantes de pensiones y conventillos -generalmente, inmigrantes europeos. Ubicados en la zona sur de la ciudad, los conventillos e inquilinatos se consolidaron durante el primer periodo de metropolización de la ciudad que tuvo lugar entre 1860 y 1914, tradicionalmente vinculados con el mercado informal de alquiler de piezas con cocina y baño compartidos. La industrialización por sustitución de importaciones acarreó la novedad de asentamientos y "villas de emergencia", comúnmente aludidas como "villas miseria" que daban cobijo a migrantes argentinos fundamentalmente, aunque también provenientes de países limítrofes (Clichevsky, 2003; Szajnberg et al, 2005). La concentración de estas también en la zona sur ha tenido lugar tras la erradicación llevada a cabo por la última dictadura militar como parte de una política más amplia de elitización de la ciudad de Buenos Aires (Oszlak, 1981; Herzer et al, 2008). A su vez, las escasas políticas de desmercantilización de la vivienda existentes construyen viviendas sociales allí donde el precio del suelo es más económico. En consecuencia, consisten en la construcción de complejos diferenciales insertos en lugares marginados en el espacio urbano, o bien en la regularización dominial de tierras de mala calidad ocupadas informalmente -reproduciendo la estratificación urbana (Katzman, 2000; 2001).

[324] Los hoteles familiares, pensiones, conventillos e inquilinatos se distinguen por el carácter oneroso de la relación entre el propietario y los residentes. Los dos últimos son casas con un nivel de deterioro importante, en las cuales se han subdividido las habitaciones, un administración alquila cada una de ellas a una familia y no existe estatuto legal que los reglamente; las familias comparten un mismo baño y muchas veces la cocina. Los hoteles o pensiones son viejos hoteles muy deteriorados, a los que se le han subdividido habitaciones originales

en instituciones colectivas aparece asimismo como otro de los destinos posibles para los sujetos que no están en condiciones de insertarse en el mercado formal de la vivienda, o bien de perdurar en él. Las situaciones de informalidad en el acceso al hábitat incluyen propietarios que no tienen documentación que acredite su condición, inquilinos que no han firmado contratos de alquiler, y ocupantes de hecho o por sesión o préstamo (Herzer et al, 2008).[325]

La interacción entre los ejes de empleo y vivienda impacta de modo directo en la estructura de oportunidades. Es que la supervivencia en ámbitos degradados se explica fundamentalmente por la cercanía de estos a fuentes reales o potenciales de obtención de recursos. Al mismo tiempo, la calidad del hábitat no es independiente de la calidad del empleo al que se puede acceder. En primer lugar, por la estigmatización que rodea a quienes habitan en territorios informales, que vuelve poco proclives de recibir confianza a sus habitantes. En segundo lugar, por la importancia que actualmente reviste el *efecto vecindario* en la circulación de información respecto de fuentes de empleo, junto con los procesos de estigmatización y la disponibilidad de medios públicos de transporte, la segregación residencial se corresponde con la segmentación de las oportunidades laborales (Groisman, 2011).[326] Finalmente, la situación laboral condiciona el acceso a los mercados formales de hábitat, que son aquellos donde se transaccionan las viviendas de mejor calidad (Herzer et al, 2008; Cravino 2009).

Remitir a las esferas laborales y habitacionales nos lleva a considerar que las interacciones sociales tienen lugar en el entrecruzamiento de temporalidades de distinta escala -estrechamente interconectadas (Giddens, 1995; Gutiérrez Puebla, 2001). Historias personales, rutinas institucionales y procesos sociales son condición y resultado de los modos en que el

---

en dimensiones mínimas; si bien poseen un régimen legal por el cual sólo están autorizado a ofrecer alojamiento transtorio, son inquilinatos encubiertos a través del cual se accede a una habitación por grupo familiar o habitaciones compartidas entre adultos del mismo sexo sin parentezco entre sí, con baños, cocinas y espacios comunes compartidos. El precio de estos últimos suele ser muy superior al del resto de los hábitats informales (Clichevsky, 2003; Szajnberg et al, 2005). La ocupación de inmuebles surge como modalidad en los años ´80, ocupando instalaciones que pueden ser de antiguas viviendas, edificios -muchos de ellos, desafectados por el proyecto de construcción de autopistas que tuvo lugar durante la última dictadura-, ex fábricas, equipamiento urbano (como el antiguo Patronato de la Infancia) o galpones en desuso (Szajnberg et al, 2005). Junto con lo anterior, y a medida que se iban agotando aquellos espacios, cobró impulso la invasión de pequeños intersticios urbanos como los bajo autopistas, o al interior de lotes particulares (De Mattos, 2010).

[325] Luego del Decreto 1001/90 -vinculado a leyes 23696 y 23697/89 *de reforma del Estado*-, la tierra pública se conviertió en una mercancía valiosa al tiempo que se desfinanciaban las áreas sociales del sector público (Mignaqui y Arias, 2008). A partir de entonces las modalidades de acceso al habitat informal se fueron modificando sustancialmente, mercantilizándose (Cravino, 2009). Se desarrollaron nuevos mecanismos para el acceso a las viviendas en las villas, dinamizándose la compra-venta de inmuebles y el mercado de alquileres de casas y de piezas. Estas prácticas conforman un mercado inmobiliario que es categorizado como "informal", esto es, sin la documentación legal requerida por la administración pública para este tipo de transacciones. Junto con la falta de marcos regulatorios estatales -es decir, codificados en el derecho- lo que caracteriza estas transacciones es su carácter *cara a cara*, lo cual lo diferencia de un mercado de oferta y demanda con agentes anónimos y una racionalidad orientada exclusivamente al lucro (Prevot Schapira y Cattaneo Pineda, 2008).

[326] En idéntico sentido, Kaztman (2000; 2001) ha analizado los vínculos pluriclasistas de sociabilidad como clave de las redes de información y contacto para la búsqueda de empleo.

Estado impacta en la vida cotidiana de los sujetos socialmente vulnerables.

Nos encontramos en condiciones de afirmar que quienes acuden a los CeSACs suelen padecer una estructura de oportunidades desfavorable. Entendemos que el concepto de vulnerabilidad social resulta el más adecuado para describir a los consultantes, entendiéndola como zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo con una fragilidad en la esfera de la integración social (Castel, 2005). En consecuencia, la diversidad de condiciones de vida y trabajo de los consultantes encuentra un punto en común en la incertidumbre cotidiana, junto con la escasez de estructuras formales que organicen interacciones, expectativas y repertorios. Las relaciones establecidas con los profesionales de CeSACs adquieren sentido en este contexto.

7.2. Sentidos agregados en el vínculo con los psicólogos

Las actividades comunitarias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se llevan adelante desde los CeSACs -y en las que suelen participar psicólogos- incluyen en su definición la valoración de los destinatarios como socialmente vulnerables. Es en función de tal consideración que se proponen básicamente finalidades paliativas, a partir de estimar posibles efectos indirectos o agregados de estos espacios (Adissi, 2010).[327] No obstante, se tiende a desconsiderar que los dispositivos clínicos puedan poseer similares funciones colaterales. En estos casos, a modos de consecuencias no buscadas de la acción.

7.2.1. La entrada en consideración de las necesidades subjetivas

De la mano con lo estrictamente terapéutico, de modo más o menos conceptualizado por los profesionales, el área de salud mental acarrea efectos derivados parecieran relacionarse con la particularidad de los dispositivos de abordaje -la gravitación de lo interpersonal, el lugar dado a la palabra de los sujetos, la no necesidad de estar enfermo para acudir al encuentro.

[327] Las actividades comunitarias se originan y sostienen en base a argumentos relativos a su contribución a la integración social horizontal, la pertenencia barrial, la puesta en valor de espacios lúdico-recreativos y actividades de esparcimiento, y otras funciones de acompañamiento y sostén personal, familiar y colectivo. en tanto cumplirían una función de integración social que se encontraría vacante. Si bien para estos profesionales la integración sería relativa a la puesta en contacto de los sujetos entre sí, debemos señalar la particularidad de tal integración, puesto que también los vincula con con actores dotados de cierto margen de poder en términos de acceso a recursos, como son los profesionales. Hemos encontrado profesionales que argumentan asimismo que tales actividades derivan en una accesibilidad ampliada a las instituciones públicas, puesto que se vinculan a lo denominado como *empoderamiento* de las poblaciones, que debería redundar en pos de exigir que se cumplan sus derechos. Desde esta perspectiva se abriría así la posibilidad de oficiar a modo de red, entre sectores "desenganchados" y recursos disponibles, sean estos del área de Educación, Justicia, Desarrollo Social, o incluso recursos barriales no dependientes de la órbita estatal. Incluso algunos han intentando sistematizar la información sobre recursos del Estado disponibles, siendo el armado de tales enlaces y recomendaciones parte fundamental de aquellos (Adissi, 2010).

> Lo que me doy cuenta es que están carentes, carentes de que alguien los mire, los escuche, yo qué se… Yo trato de entrar ahí, y sé que desde ahí ellos lo valoran.(Psicóloga CeSAC M. Entrevista personal, 19 de febrero del 2009)

Los psicólogos, junto con los trabajadores o asistentes sociales, configuran algunos de los espacios más permeables y receptivos dentro del sector salud en general, y de los CeSACs en particular.[328] Tan es así que muchas veces, desde la perspectiva de los sujetos atendidos, la diferencia entre unos y otros profesionales no resulta tan clara. Fundamentalmente, por el énfasis en los aspectos singulares, y por el hecho de que el resultado del encuentro es contingente, y depende de cómo se jueguen allí los factores de índole personal. En ocasiones, la confusión entre unos y otros profesionales remite a la estrechez con que trabajan en algunos CeSACs.[329] Como resultado, sostener un vínculo con un psicólogo puede ser visto como la posibilidad de acceder a distintos recursos en caso de necesitarlos. Esto se refuerza cuando al saber que asisten regularmente a un espacio psicoterapéutico, agentes de distintas instituciones recomiendan consultar con el psicólogo para comprender el sentido de trámites o gestiones que debe realizar o tomar decisiones al respecto. O bien, cuando algún agente institucional decide comunicarse directamente con el psicólogo.

> (…) la psicóloga de la defensa [se refiere a la Defensoría] dijo que hable con mi psicóloga de mí, que le pregunte y ahí voy a abrir el caso, que ella me va a decir si necesito una asistente social, y si hablamos con una asistente social ella va a ver que es lo que necesito, si necesito abogados, o si se puede abrir el caso, si ya se cerró... entonces ahí voy a hablar con mi cuñada. Porque ahora mi sobrino ya tiene dieciocho años, diecinueve ya debe tener, entonces me dijeron que puedo abrir el caso, por eso quiero venir el jueves para hablar con mi psicóloga de mi, y que me dé una mano, para que me diga bien qué es lo que tengo que hacer, para así yo poderme mover, y abrir el caso. (Yolanda, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

> ¿Cómo nace todo esto de la psicología cuando yo estaba pasando todo esto con el padre de mis hijos? Y, llegó un momento, una desesperación... bueno, esa vez, el tipo me había pegado y amenazado con querer matarme, todo, entonces yo justo estaba viniendo a la salita para

[328] Nos referimos a un mismo puesto laboral y función, ocupado por profesionales que según el año y la unidad académica de graduación poseen un título distinto. Siendo que desde mediados de la década de 1980 el título que actualmente otorga la Universidad de Buenos Aires es el de Trabajador Social utilizaremos en adelante esta denominación.

[329] El lugar clave ocupado por los trabajadores sociales se relaciona con su disponibilidad: resulta habitual que atienda de modo no programado. Esto los convierte en habitual puerta de entrada. Para los psicólogos -pese a las diferentes concepciones respecto de la atención a sujetos socialmente vulnerables (Adissi, 2010), y sin intención de generalizar- el vínculo habitual para con el Servicio Social suele tener un carácter distintivo de trabajo en los CeSACs. Tan es así que para algunos profesionales, lo *propiamente psi* consiste en recibir pacientes derivados desde el Servicio Social, a fin de trabajar con ellos el que se involucren subjetivamente con aquello que han venido a solicitar. Para otros profesionales, la especificidad de la atención en estos contextos estaría, en sentido contrario, en tener que convocar la intervención del Servicio Social en casos recibidos desde el área de Salud Mental para despejar problemáticas de orden material para poder abocarse al trabajo de lo subjetivo. Hay psicólogos que trabajan de modo tan estrecho con el servicio social que comparten una misma historia clínica, diferenciada de aquella completada por los profesionales médicos.

> vacunarlo al más chiquito y vi un cartel que decía "problemáticas de riesgo", y era ya tanta la impotencia, mi desesperación, toco la puerta -que eso ya nunca me voy a olvidar- porque me quería desahogar porque ya estaba remal. Y bueno, me atendió una psicóloga, me preguntó si ya había hecho yo todas las demandas y no había hecho yo nada, asíque me dijo que empiece paso por paso. Y eso fue lo que hice. Me fui acá al centro a hacer la demanda, me atendió la jueza, toda remacanuda, y me empezaron a guiar de ahí, con el tema este de la justicia (…). (Sonia, consultante. Entrevista personal, 23 de agosto de 2011)

La posible vinculación de los psicólogos con una red institucional más amplia, y su asociación con los trabajadores sociales, los convierte en agentes estratégicos en cuanto al acceso a recursos. En los casos donde el contacto se establece a raiz de una derivación o recomendación, resulta esperable que el sentido que el espacio adquiera para los consultantes remita a los significados atribuidos a aquel gesto inicial que le diera origen: no es que lo terapéutico o disciplinar resulte falaz -amén de la ubicuidad misma del concepto de "salud mental"- sino que puede adquirir nuevos sentidos.[330]

Más allá de su especificidad profesional, los profesionales de salud mental pueden actuar de intermediarios dentro de los CeSACs -agilizando la entrega de turnos de otras especialidades o facilitando el acceso hacia distintos recursos disponibles en el CeSAC (leche, medicamentos, métodos anticonceptivos, etc.)- como fuera de estos.[331] En consecuencia, más allá de las características coyunturales o disciplinares que distinguen a la relación entre psicólogos y consultantes, esta admite ser entendida como parte de una red de relaciones entre agencias sociales del Estado y sujetos socialmente vulnerables.

7.2.2. El psicólogo como parte de una red de contactos

Una psicóloga consigue un aval informal para que un muchacho en situación de calle consigne como domicilio al del CeSAC, tras lo cual el joven puede finalmente gestionar su DNI, necesario para gestionar subsidios habitacionales.[332] En otro CeSAC, una psicóloga, esposa de un funcionario de nivel jerárquico en el Ministerio de salud, consigue que operen de urgencia en un hospital público especializado a la hija de una paciente suya, gravemente lesionada en un accidente automovilístico. En otro, una psicóloga ayuda a una usuaria a

[330] Al respecto, véase el Capítulo Cuatro en relación con las derivaciones internas al CeSAC y el Cinco, en relación con las intersectoriales.

[331] Resulta frecuente encontrar que la posibilidad de que un paciente al cual se deriva consiga un turno sin mayores demoras está en relación directa con la probabilidad de que la derivación se produzca por parte de un profesional conocido. Desde este punto de vista, para quien realiza una derivación, el recurrir a la informalidad muchas veces cumple la función de cuidado del paciente: es el único modo de garantizar que este sea efectivamente atendido. Por parte de quienes reciben una derivación así efectuada, complementariamente, el priorizar al paciente que llega de este modo refuerza la confianza recíproca al tiempo que parece remitir a la concepción de que si quien deriva es alguien afín, seguramente la derivación sea fundada.

[332] En Argentina, DNI es la sigla que remite al Documento Nacional de Identidad.

redactar una carta solicitando materiales para la reconstrucción de su techo, destruido en la última tormenta, a un organismo dependiente del Ministerio Nacional de Desarrollo Social.

La informalidad como mecanismo de funcionamiento posee productividades específicas. Estas se desprenden del carácter de persona cercana que adquieren los agentes burocráticos. Nuevamente, aludir al contexto histórico social en que aquello tiene lugar arroja pistas respecto de sus implicancias.

Durante las últimas décadas en la CABA se han ido erosionando los espacios compartidos por sujetos pertenecientes a distintos sectores sociales (Prévôt Schapira, 2002; Prévôt Schapira y Cattaneo Pineda, 2002). Ámbitos que otrora funcionaban como plataforma de encuentro entre miembros de distintos sectores sociales -como el laboral, la educación pública, y los ámbitos de recreación y esparcimiento- han sufrido procesos de desestructuración, dejando en gran medida aquella función vacante (Castel, 1995; Kaztman 2001; Prévôt Schapira, 2000; 2001; Suárez, 2004). Íntimamente ligado a las políticas que afectaron los espacios públicos aquello repercutió en las redes de circulación de recursos y ayudas. Dependiendo la potencialidad de estas últimas de contactos estratégicos con sujetos situados en otras zonas del espacio social, los sujetos pertenecientes a sectores populares habían basado históricamente en ellas buena parte de su reproducción (Kaztman, 2000; 2001; Soldano, 2008). La erosión de los espacios de sociabilidad entre clases -los que posibilitaban intercambios informales y una suerte de agenda común- fue llevando a un vínculo cada vez más limitado a círculos sociales homogéneos. Esta desarticulación fue dejando a los sujetos más desfavorecidos con escasas posibilidades de adquirir un capital social y simbólico que les permita acceder a ámbitos donde se manejan pautas sociales hegemónicas, o bien manejarse en ellos de modo conveniente y oportuno.

En aquel mismo contexto, Auyero (2001) ha mostrado cómo los problemas del desempleo, la informalidad laboral y la mengua del ingreso monetario plantean en vastos sectores sociales el desafío cotidiano de desarrollar estrategias de supervivencia. Entre estas, la convergencia y superposición creciente entre redes político-partidarias y redes informales de ayuda recíproca llevaría a la conformación de *redes de resolución de problemas* construidas en el ámbito local (Auyero, 2001). Según hemos ido encontrando, el énfasis de este autor en las dinámicas partidarias ha dejado sin analizar otros puntos de obtención de recursos, también estratégicos. Y que también hablan de la relación de estas poblaciones con la maquinaria estatal -y del lugar gravitante que lo informal ocupa en ella.

Los consultantes con frecuencia consideran a los profesionales como parte de una red de contactos personales. Según se desprende del relato de los entrevistados, acudir a un

psicólogo es tejer un vínculo de confianza. La falta de reciprocidad no es puesta en cuestión: este vínculo es importante en el mismo grado de su asimetría. El carácter informal que impregna la cotidianeidad de los CeSACs sumado a su inscripción territorial, permite que el contacto con los profesionales cumpla la función de una relación entre sujetos ubicados en puntos distantes del espacio social.

En su carácter de persona cercana y conocida, la consulta a un psicólogo no pocas veces opera como uno de los recursos a que apelan quienes utilizan los CeSACs como parte importante de sus *redes de resolución de problemas* (Auyero, 2001). Los psicólogos pueden colaborar en la gestión de subsidios (por su vínculo diferencial con la cultura letrada), u oficiar de nexo respecto de oportunidades laborales (por ejemplo, porque algún conocido del profesional precisa una empleada doméstica, una niñera, un pintor o un albañil). También, poniendo a disposición su propia red de contactos personales, pueden facilitar el contacto para con funcionarios de distintas reparticiones o dependencias públicas.[333] Y también pueden favorecer la adquisición de pautas relativas a su sentido común o *habitus de clase* (Bourdieu, 1990; 1993)

> (...) yo pertenezco a una generación donde no se me hubiese ocurrido jamás plantear que no iba a ir a la escuela, por ejemplo. Pero… no se me planteaba a mí en la cabeza, digamos, no es que no me animaba a decirle a mi mamá. Me parece que estos chicos están ya fuertemente imbuidos, digamos, por dos cuestiones: una es por, digamos, el tema de la no-escolaridad, apenas sí terminan la primaria y como falta cierta promoción social, terminan mal. Y después, por otro lado, me parece que no está ya que este chico termine la escuela, no está ya, desapareció eso, no existe lo mismo que el tema del trabajo, digamos. O sea, la cultura del trabajo, digamos, como forma de vivir, también digamos está.. bastante deteriorada, pero no acá: en general, si querés tener plata no tenés que trabajar, que se yo. Si querés estudiar, bueno, en ciertas clases sociales está claro que estudiar abre grandes posibilidades, y la gente de acá, los papás, también tienen esa idea, pero en los pibes…yo creo que no hay está cuestión de que había que ir a la escuela, no existía, o sea no hay. Yo trato de... conocemos una escuela a la noche, acá, por una amiga, que… y hay cosas que yo se las digo así "vos tenés que ir a la escuela". (Psicóloga CeSAC L. Entrevista personal, 22 de abril del 2009)

Llegando a transformarse ocasionalmente en una suerte de consejo amistoso, algunos profesionales admiten apelar al sentido común cuando entienden que su saber profesional no les da claves suficientes para abordar aquello que excede a lo "propiamente psi" (Adissi, 2011).[334] Tal fue el caso de Marita, psicóloga de un CeSAC quien nos mostró el diagrama de

[333] En las que -como hemos venido mostrando- un modo de obtener prioridad en la atención, o incluso de garantizar su calidad, es siempre ir con una recomendación o preguntar por alguien en particular.

[334] Esta relación entre psicología y sentido común, rebatida por muchos profesionales, es inherente para otros. Al respecto señala Vezzetti (2007) *La relación del dispositivo académico con el campo cultural es un camino de doble vía: por una parte, los "objetos" del especialista arrastran una densidad y una historia en el mundo social; por otra, la modernidad, como es sabido, ha instalado a la ciencia y la técnica como un operadores privilegiados en la formación y reconversión de las representaciones y los hábitos de la sociedad.*

vínculos de dos niñitos que acaba de admitir -pese a no haber venido con un adulto responsable-. Mientras lo hacía, explicaba que ellos no eran hermanos sino uno el tío de la otra. Provenientes de un núcleo doméstico conformado por seis hermanos huérfanos de madre, y cuyo padre está preso, desde muy jóvenes ellos habían comenzado a tener sus propios hijos, y vivían ahora todos juntos. Todos, los que aún estaban en el asentamiento. Dos hermanos mayores murieron asesinados a raíz de una venganza, otro hermano estaba preso, una hermana estaba internada por su dependencia a sustancias. Entre los que cohabitaban había varios con problemas de adicciones y uno con discapacidad mental. Marita se preguntaba, nos preguntaba, qué podía hacer ella ante este cuadro familiar. No dijimos nada. Ella se respondió: "que piensen un poquito antes de hacer las cosas".

Los psicólogos tienen también a su alcance acciones que pueden ser un recurso valioso en el marco del despliegue de distintas estrategias de supervivencia. Marta, habitante de una casa tomada en las inmediaciones del Boero relataba que gracias a una psicóloga consiguió gestionar un certificado de discapacidad mental para su hija adolescente, con el que pudo evitar un desalojo incipiente.[335] Otros usuarios utilizan la consulta con un psicólogo como signo de buena conducta para inclinar a su favor una resolución judicial o similar.[336]

Su investidura profesional puede también permitir otras ayudas. Julia, psicóloga del CeSAC 54, se comunicó telefónicamente con la comisaría donde uno de sus pacientes estaba detenido por haber sido partícipe de un robo, diciendo que estaba preocupada porque este debía que tomar una medicación crónica. Si bien esto era cierto, puesto que el joven convivía con VIH, la profesional apeló a esto tácticamente, para que los efectivos se sintieran de algún modo controlados.[337] Enseguida después de este llamado, liberaban a su paciente.

7.2.3. Sostenerse en el CeSAC

Tal como hemos señalado, nuestro recorte de referencia fue quedando delimitado por aquellos sujetos que hacen uso intensivo de los CeSACs, siendo en el marco de aquel uso donde tiene

[335] El certificado de discapacidad es un documento público que se otorga a toda persona que lo solicite y padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su adecuada integración familiar, social o laboral. Esto lo determina una Junta Médica, independientemente del grado de discapacidad tanto como de la declaración judicial de insania o inhabilitación que determina la designación de curador. Dicho documento posibilita no sólo acceso gratuito a recursos de salud sino además participar del régimen de asignaciones familiares, poseer un pase libre para el transporte público de pasajeros, o solicitar empleo en la administración pública, entre otros beneficios compensatorios. En la Ciudad de Buenos Aires el certificado de discapacidad por motivos de salud mental se tramita en un hospital monovalente de agudos.

[336] Remitimos al Capítulo Cinco de este trabajo.

[337] En Argentina la violencia policial es un problema institucional fuertemente instalado. Al respecto pueden consultarse Daroqui y Guemureman (2007); Mouzo, Ríos, Rodriguez y Seghezzo, (2010a); Rangugni (2010) o las páginas institucionales www.correpi.lahaine.org y www.cels.org.ar

lugar la relación con un profesional de salud mental.

> Hay mucha gente que en situaciones de máxima pobreza, como ha habido, ha aprendido a… sostenerse, en los Centros de Salud, bastante. Esto me parece piola, porque la gente… Vos vas al X, y hay gente que es habitué del X. Habitué quiere decir que va todas las semanas, va todo el tiempo, para cualquier cosa, y es…es raro eso. Porque qué va a hacer con su tiempo, va a la ginecóloga, va a esto, a lo otro, a aquello… Por ahí viene a hablar, hay personas que yo he atendido… suponete, tres meses hace cinco años; hace tres años, dos meses, y el año que… cuando le pasa algo, viene… se acostumbran a tener como un interlocutor al Centro de Salud. (Psicóloga CeSAC C. Entrevista personal, 13 de septiembre del 2008)

> Es típico: van a administración, "tenés turno de gineco" "no" "y de qué tenés?". Así se manejan" (Jefe psi de CeSAC. Entrevista personal, 11 de mayo del 2008)

El carácter polivalente y descentralizado de los CeSACs habilita el sostenimiento de una vinculación ampliada con el establecimiento en su conjunto. De hecho, muchas veces la relación entre sujetos vulnerables y agentes estatales se trasmuta hacia una relación entre sujetos vulnerables y agencias sociales.

Brindando la ventaja de que no requiere estar enfermo y de un contacto cercano y receptivo, el espacio psicológico muchas veces se vuelve ocasión en la que se renueva una relación institucional, más que una instancia profesional autónoma. En tal sentido, lo que muchos profesionales definen como un escaso compromiso con los tratamientos, y que suelen interpretar como habitual en el trabajo con estos sectores, señal de poco compromiso con los tratamientos (Adissi, 2011), podría en realidad estar hablando de un sentido específico atribuido al uso de este espacio.[338]

Según se desprende de relatos de profesionales y de usuarios, los CeSACs forman a su vez parte de una red de organizaciones en las que los sujetos se apoyan para poder afrontar su reproducción cotidiana. Organizaciones que, más allá de su finalidad específica, poseen en común el ser fuente de solidaridad entre sujetos posicionados en distintas zonas del espacio social (Bourdieu, 1990; 1993; 2007).

Desde la perspectiva de los consultantes, las relaciones con agentes institucionales se muestran en su cariz de redes interpersonales. Así, un fenómeno que pasa desapercibido para una mirada que busca efectos sustantivos -en este caso, sanitarios- es el hecho de que la distancia social entre quienes de este modo se vinculan convierte a estas redes en un recurso valioso. El sentido estratégico de la relación con los profesionales se comprende más

[338] Esto ha podido observarse particularmente en aquel caso donde, por voluntad de un Jefe de CeSAC de iniciarlo y luego de ciertos profesionales de sostenerlo, se realiza una reunión semanal interdisciplinaria donde se comentan situaciones relativas a aquellos sujetos que suelen frecuentar el CeSAC. Por otro lado, además de ponerse de manifiesto a través del relato de los usuarios, también puede deducirse del carácter esporádico o intermitente de las consultas con los profesionales *psi*.

cabalmente al considerar que en ocasiones ellos constituyen en gran parte las redes de proximidad de los sujetos socialmente vulnerables. De tal modo, su carácter aparecería traspuesto. En lugar de operar proveyendo la solidez de los soportes societales (Castel, 1995; 2004; 2005), en términos de estabilidad y previsibilidad, los agentes estatales conformarían redes informales -y por tanto, volátiles-. Fundando en estas redes buena parte de la resolución de sus problemas cotidianos, los sujetos abonan a la reproducción de las unidades domésticas a través del acceso a distintos recursos que ellas proveen.[339] Este modo específico de relación con los agentes estatales se vuelve determinante para comprender los contornos precisos de las estrategias de supervivencia.

7.3. La informalidad como patrón de relación

La importancia dada a lo subjetivo y a lo singular, las intervenciones que atienden a la particularidad de cada caso y cada situación, y la contingencia que acompaña aquella falta de pretensión universalizante, son rasgos que la relación entre estos profesionales y usuarios comparte con otros vínculos asistenciales. La recurrencia con que encontramos aquellos rasgos nos ha llevado a pensar en términos de un patrón de relación (Korteweg, 2006; Haney, 1996). Tal patrón, fundado en lo interpersonal, abarca de modo transitivo a las relaciones que los profesionales establecen entre sí o con otros agentes institucionales, y remite a la informalidad como mecanismo de funcionamiento. Es entonces que la relación entre profesionales de salud mental y sujetos socialmente vulnerables admite ser entendida en el marco de un proceso de socialización ampliado, en el transcurso del cual los rasgos institucionalizados llevan a aprender condicionantes bajo los cuales desarrollas estrategias de producción y reproducción de la vida cotidiana.

7.3.1. Las dinámicas de los procesos decisorios condicionan los usos

La informalidad en los procesos decisorios se manifiesta en las interacciones cotidianas entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables. La variación en la oferta del área de salud mental de los CeSACs acorde con la pluralidad de criterios de sus agentes es un hecho tan ostensivo como incuestionado. Esta variabilidad no resulta novedosa para los consultantes. Por el contrario, tenerla presente hace a la socialización que acompaña no sólo esta sino otras relaciones con agencias estatales. Así como es infrecuente encontrar que algún profesional apele a una normativa impersonal a lo largo de sus prácticas, también lo es invocar como

[339] Entre estos recursos, la información -bien fundamental para acceder a los distintos programas sociales- ocupa un lugar destacado.

fuente de legitimación alguna referencia que ubique a las relaciones cara a cara en un contexto institucional ampliado. Por el contrario, la proliferación de prácticas y criterios, y su atadura a quien en cada caso las encarna, es considerada esperable y conveniente. No sólo es una realidad: también orienta las prácticas.

Existe un *saber práctico* (Bourdieu, 2007) que, anticipando tal multiplicidad, indica cómo manejarse dentro de aquellas condiciones convirtiéndola en condición del despliegue de estrategias.[340] Este *saber práctico,* compartido por agentes institucionales y sujetos vulnerables, recomienda interpelar a cada quien en términos individuales, y se funda en una alta valoración de la confianza que da el conocimiento mutuo.[341]

Socializados en tal patrón de relación debido al modo discrecional con que se manejan generalmente las instituciones, la alta permeabilidad de las agencias hacia las personas que en ellas se desempeñan, y la receptibilidad concomitante hacia quienes demuestren poseer mayores capitales -sociales, materiales o simbólicos- son datos básicos de funcionamiento. El éxito en el acceso a recursos depende en gran parte de que estos resortes sean aprendidos e incorporados en los repertorios de estrategias.[342]

7.3.2. Conocerse

Una mañana Viviana, Jefa del CeSAC de Boero, comentaba en la cocina con fastidio cómo se repetía una y otra vez la dificultad al momento de entregar diariamente los turnos, o semanalmente las cajas de leche en polvo. Se quejaba que los usuarios demandaban privilegios y favoritismo, o que incluso los exigían de mala manera. Los trabajadores -profesionales, administrativos, personal de seguridad- que pasaban por la cocina coincidían con ella, abonando su disconformidad con anécdotas y circunloquios variopintos. Transcurrida una media hora, por lo bajo, Viviana reflexionó "pensándolo bien, todos lo hacemos". Nadie retomó esta afirmación. Ante nuestra pregunta, Viviana comenzó a desplegar relatos acerca de excepciones habituales a las reglas por parte de los trabajadores del CeSAC -

[340] El saber práctico consiste, según Bourdieu (2007) en esquemas activos que organizan disposiciones e intereses

[341] De modo contrario al anonimato, se genera un sentido de lo conveniente que remite al vínculo intersubjetivo. Esto deriva en una suerte de habitus institucional que envuelve a los profesionales y a usuarios en la medida que hayan internalizado las pautas de relación. Por habitus se entiende el cúmulo de *formas de obrar, pensar y sentir derivadas de una posición estructural* (Bourdieu, 2007). Cabe señalar que si bien esto no atañe exclusivamente al área de salud mental en los CeSACs, dentro de esta encuentra una serie de tópicos legitimantes que parecen específicos -entre los cuales ocupa un lugar central la apelación al deseo como motor legítimo de toda actividad (Adissi, 2010).

[342] Las intervenciones que toman como destinatarios a niños son una variación particular de aquella afirmación. Si bien en estos casos puede resultar incorrecto hablar de capitales -dado que muchas veces se busca proteger a niños ante padres escasos de aquellos- la similitud se encuentra en el lugar determinante de la empatía que ellos puedan despertar en algún agente con quien tomen contacto.

que la incluían. Enumeró también las críticas que recibía por parte de las autoridades hospitalarias dada su costumbre de saltear los requisitos burocráticos para facilitar a algún usuario la solución a su problema. Finalmente, aludió a problemas con los insumos de la farmacia, relacionados con el uso prioritario que se concedía a algunos referentes del barrio y sus familias. Entretejido con tal anecdotario, se encontraba el hecho de que en el CeSAC del Boero, como en otros, los administrativos y el personal de limpieza viven en el barrio -"son de la comunidad", según las autoridades locales y ministeriales.[343]

En el contexto de agencias heterogéneas, con criterios dispares y fuertemente dependientes de las personas que ocupan cada una de las posiciones, conocer a algún agente permite obtener ciertas concesiones. Reposando en los vínculos interpersonales, el sistema de entrega de turnos puede flexibilizarse. O también, en caso de ser necesario, es posible que algún profesional se acerque hasta la propia vivienda. Repercutiendo incluso más allá de la propia relación, los profesionales conocidos se vuelven proclives a interceder ante otros agentes institucionales. En definitiva, cconocer y ser conocido personalmente en una institución equivale a gozar de una posición algo más ventajosa en el acceso a distintos recursos.

> Me gusta más acá porque es como que ven tu situación, y te dan esa prioridad, de decir: sí, se merece el turno, dale para esta semana. Que si vos vas a un hospital público no te van a decir eso. Olvidate. No: es mucho la diferencia, es mucho. (Josefina, consultante. Entrevista personal, 27 de julio de 2011)

Sostenerse en un establecimiento implica la existencia de algún tipo de seguridad -que enlaza la certidumbre al sentimiento de estar de algún modo protegido. La distinción conocido/desconocido permite marcar una frontera de acceso, que delimita con qué agencias se toma contacto. Guardando correspondencia con el propio modo con que los profesionales se vinculan dentro de la maquinaria estatal y con organizaciones no gubernamentales, el acceso a otros beneficios vendrá dado por las redes que comienzan a movilizarse a partir de acercarse, por ejemplo, a un psicólogo de un CeSAC -en aquellos casos donde el propio vínculo con el psicólogo no se originó de aquel modo. La contrapartida del conocimiento mutuo es que puede retener a los sujetos vulnerables en el vínculo con aquellas agencias ya conocidas.

> (...) tiene que ver con el vínculo transferencial que ellos hacen… ehhh… la verdad que acá hay pacientes que sostienen la atención en el Centro de Salud por años. O sea, vienen todas las

[343] Eso implica que le consiguen turnos preferenciales y acceso a recursos a quienes les tienen simpatía o quienes les ofrecen algún favor a cambio dentro de la cadena de reciprocidades barriales. En CeSACs donde hay promotores de salud del barrio se ha sabido de mecanismos similares. Para un análisis crítico al respecto, véase Cravino, 2004. Algunas resonancias de lo anterior se encuentran, asimismo, en el siguiente Capítulo.

> generaciones… Ehhh… entonces es como… la derivación tiene sus, sus complicaciones, por un lado decís bueno, no es para atenderlo acá, ¿no? Porque requiere de otra complejidad… Pero cuando los derivamos, van, y después vuelven acá. Y claro: acá conocen a la ginecóloga, la encuentran en el pasillo, golpean en la cocina y le preguntan algo a la pediatra, la trabajadora social por ahí se acerca a la casa, a mí me encuentran acá o en el Centro de Salud de enfrente, o vienen acá y ya que vinieron a ver a la ginecóloga me preguntan algo: o sea el trato, que vean a muchos de nosotros, que está bueno, también hace difícil la derivación, incluso cuando es necesaria. Es difícil. (Psicóloga CeSAC N. Entrevista personal, 15 de febrero del 2009)

> Me encanta acá porque son reamorosos, hasta la que limpia, es como que hay esa confianza que yo voy y le pregunto "hola buen día, ¿vino la psicóloga?" y va y se fija. No es como un hospital público, que vos vas y te pelotean pero... mal. Ni ellos parece que no saben: vos preguntás ¿dónde queda pediatría? O ´mirá, necesito sacar turno para esto, donde puedo...´ ´andá allá´y vos vas allá ´no, no es aquí´... te tienen pero peloteando mal... Es más, acá la vez pasada la doctora me vio remal, dice "mirá, mamá: si vos querés, pedimos una ambulancia", como te digo: es muy hermoso. (Patricia, consultante. Entrevista personal, 9 de agosto de 2011)

En ocasiones la ventaja del conocimiento personal no implica más -ni menos- que disminuir la probabilidad de un maltrato, algo habitual en muchas de las agencias con las que cotidianamente los sujetos socialmente vulnerables entran en contacto. Esther cuenta cómo se ha sentido humillada cuando profesionales hospitalarios la culpabilizaron por haber dejado un tratamiento contra la tuberculosis, siendo que ella lo había suspendido repentinamente al accidentarse gravemente su hija. En el CeSAC, contraponía, al conocer su situación personal todos los profesionales se habían prestado a apoyarla.

> Yo siempre me vengo aquí: prefiero venirme a las cuatro de la mañana aquí, para sacar turno, porque te dicen a las ocho pero a las cuatro la cola ya está ya, para clínico no siempre pero sí para niño sano y ginecóloga. A mí me gusta venir aquí porque ya me hablo con todos, ya me conocen, me atienden bien: ya me vengo aquí nomás entonces (Esther, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

Desde la perspectiva de los sujetos, el contrapunto conocido/desconocido ayuda a ubicar sus fuentes de confianza y desconfianza, respectivamente. Pero no sólo sirve como directriz en el acercamiento a instituciones, sino que ocupa un lugar clave como distinción que, bajo una dinámica circular, delimita las relaciones posibles y deseables de aquellas evitables e inconvenientes. Tal como abordaremos más adelante, los sentidos que adquiere acecarse a una institución conocida adquieren todo su relieve al ser comprendidos en este contexto.

> (...)Ahora vos salís a la calle y no sabés quién es. Antes, vos salías y te conocías con todos. Ahora vos salís en la calle y está lleno de... no sabés quiénes son. Esas son las cosas que no me gustan del barrio. Pero el barrio tiene otras cosas buenas, hay muchas ayudas por ejemplo. A mí me gusta venir acá a la salita porque hace catorce años que vengo, entonces acá me conocen. Por eso yo siempre vengo y no me voy a otro lado a atenderme. Esas son las cosas

que me gustan del barrio. (Ana, consultante. Entrevista personal, 7 de julio de 2011)

7.3.3. La selectividad como contrapartida de la interpersonalidad

Cuando durante el trabajo de campo preguntábamos por la existencia de reuniones interdisciplinarias, los profesionales solían respondernos que estas no eran necesarias, puesto que los consultantes no varían demasiado y acuden a varias especialidades. Esto posibilita -según argumentaban- intercambiar sobre los "casos" en los pasillos o en la cocina.

> Vos ya las conocés, son las mismas familias, creo que todos compartimos eso, son las mismas familias. En todo caso son otras generaciones, van pasando los años, pero siempre es más o menos la misma población. (Psicóloga CeSAC D. Entrevista personal, 20 de noviembre de 2008)

La contracara de esas afirmaciones, no siempre tematizada, es el uso intensivo que un grupo reducido de sujetos hace de los CeSACs.

Partir apriorísticamente de la atención en salud como prestación universal -a la que todos tienen derecho de acceder- puede velar los efectos de su carácter selectivo.[344] En primer lugar, debido a la estratificación del sistema de salud -que deriva en que el subsector público tenga como destinatarios principales a sujetos socialmente vulnerables. En segundo lugar, al hecho de que no todos los sujetos socialmente vulnerables acceden a ella. El recorte de población que accede a un profesional de la salud mental posiblemente guarde cierta similitud con el recorte de población que accede a los CeSACs -y "se sostiene*"* en ellos.

El funcionamiento a demanda posee características propias, más allá del contexto y servicio específico en el que tenga lugar. La demanda surge más ligada a la disponibilidad percibida del servicio que a la existencia de los problemas abordados. Ella es extremadamente sensible a factores de accesibilidad geográfica y cultural, pero fundamentalmente a la circulación de información sobre la oferta. Sumado a lo anterior, siempre surge la tendencia a desalentar la demanda, imponiéndole costos de distinto tipo -entre ellos, el tiempo de espera es uno de los más habituales- en aras de mejorar la calidad del servicio. El funcionamiento a demanda sesga la determinación de los beneficiarios en el mismo sentido de los valores que permean la sociedad y se arraigan en la estructura de desigualdades (Lipsky, 2010). Las habilidades comunicacionales son un elemento crucial en tal sentido. Si se considera al Estado en tanto órgano que por su particular escala posee virtudes redistributivas, la selectividad se vuelve un factor que requiere subrayarse.

[344] Utilizamos aquí el concepto de selectividad en aras de señalar un efecto que va más allá de la tensión entre políticas focalizadas y universalistas. Los desarrollos aquí vertidos deben ser puestos en relación con lo analizado en el Capítulo Cuatro.

Amalgamándose con las implicancias del funcionamiento a demanda, administrativos y profesionales contribuyen de modo inintencionado a establecer circuitos de carácter selectivo. Al configurar un sistema poco inteligible como tal (Goffman, 2006), lo aprendido en la experiencia con un establecimiento no puede ser capitalizado para el acercamiento a otro. En consecuencia, la diversidad de formas de organización entre CeSACs tiende a provocar una recepción hostil para aquellos consultantes que toman contacto con más de uno de ellos -y pretenden por tanto manejarse de igual modo en los distintos establecimientos. Como resultado, lo aprendido durante la interacción con agentes de un CeSAC se convierte en un obstáculo en el acercamiento a otros. Es que los administrativos rechazan muchas veces a quienes pretenden saber cómo manejarse sin conocer las pautas del establecimiento, considerándolos no sólo equivocados sino también insolentes -con los efectos de disruptividad que esto puede traer aparejado desde la perspectiva de la población.

> Te atienden con cada cara... te miran de pies a cabeza, o te dicen "¡ya te dije! ¿Qué parte no entendés?" y te despachan. "¡Tome asiento, ya la van a llamar!" y te mandan a sentarte. (…) Cuando al final me llamaron, me dieron un turno relejísimos. Entonces yo empecé a quejarme, porque eso seguro que era porque no había ido directamente a hablar con la doctora, como en la otra salita. Y ahí me dijeron de muy mala manera que si no me gustaba no fuera más, porque me atendían de favor porque no me correspondía, que yo no era del barrio. Entonces así es que te empezás a cansar de que te peloteen y te quedás con lo que ya conocías, que ahí podés manejarte lo más bien. (Hilda, consultante. Entrevista personal, 13 de septiembre del 2011)

Tal como hemos mencionado, el maltrato arbitrario por parte de los administrativos resulta una barrera que demarca conocidos de desconocidos. Asimismo, lleva a que accedan sólo quienes logran desarrollar ciertas competencias o tácticas de afrontamiento (Adissi, 2011).

> Vos a veces vas, educadamente, preguntás, porque es tu primera vez, no es porque vos ya conocés, y te atienden con una cara como diciendo "esta me está cargando", en el sentido de no responderte lo que preguntás... Con esto de que yo me estoy haciendo una terapia psicológica, cuando empecé, que esta va a ser mi tercer visita, me pasó eso de que vos preguntás por una fulana y te dicen "ya viene", "pero disculpame, ¿no sabés a partir de qué hora atiende?", porque vos le preguntás todo para asesorarte... porque yo no sabía realmente cuándo venir a esperar a la psicóloga, y te responden así con esos ánimos malos que ni ganas te dan de volver a acercarte. (Yolanda, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

En lo que a profesionales atañe, en el área de salud mental resulta presumible que se amplifique el carácter demarcatorio de las habilidades comunicacionales. Al mismo tiempo, las propiedades estructurales de los servicios a demanda se escenifican reforzándose con nuevos ropajes. En primer lugar, una batería conceptual y disciplinaria que valoriza la dedicación singularizada e intensiva en términos de tiempo dedicado, en base a la cual los arreglos entre profesionales y usuarios se desvinculan de toda pretensión de

estandarización.[345] En segundo lugar, el no orientarse por formulaciones de tipo programático dada la falta de políticas públicas en la materia. Esto redunda en que los destinatarios del área de salud mental de los CeSACs no respondan más que a una sedimentación pragmática. Microdecisiones respecto de los mecanismos de entrega de turnos, de la administración de listas de espera y respecto de efectuar u omitir un seguimiento delimitan un segmento de población cuyos contornos son desconocidos.[346]

Sin embargo, si bien los contornos del recorte poblacional resultante son desconocidos, pueden presuponérsele algunos sesgos. Entre ellos, el derivado de que los encuadres frecuentemente se flexibilicen considerando la trayectoria institucional reciente del consultante.[347] En consecuencia, juegan un rol definitorio las derivaciones formales e informales, ya sea intersectoriales o internas al propio establecimiento, segmentando las experiencias de los sujetos vulnerables. Junto con aquello, el azar de dar con algún profesional "militante" consagra la relación con un psicólogo como parte de una red institucional más o menos ampliada.

> (…) Nos juntamos Defensoría, el equipo de Fortalecimiento del vínculo, un acompañante terapéutico que no sé bien cómo ni quién lo consiguió, yo, la psiquiatra del [Centro de Salud Mental], la trabajadora social de acá del CeSAC... Porque es una situación de riesgo, entonces uno tiende a no institucionalizar, pero para no institucionalizar hay que armar una serie de dispositivos que contengan al modo institucional, que después… que quedan dependiendo de uno… (Psicóloga de CeSAC N. Entrevista personal, 15 de febrero del 2009)

7.3.4. Estela -o el alivio de los vulnerables

El concepto de selectividad no debe asociarse con la existencia de grupos privilegiados de sujetos, quienes resuelven sus problemas a costa de la exclusión de otros. Hemos dicho que las intervenciones de los profesionales de los CeSACs poseen aspectos en común con las que se originan en políticas asistenciales. Debemos enfatizar que en este mismo sentido, guardan semejanza con las prestaciones diferenciales *para pobres* que se efectúan en los márgenes de las políticas de integración social. Nos referimos a que al apuntar a aspectos subjetivos en lugar de estructurales su potencial transformador es inherentemente limitado (Fassin, 1997; Lo Vuolo et al, 2004).

Si bien los profesionales se esfuerzan por considerar que un abordaje complejo puede resolver las situaciones que habitualmente se les presentan, ellos siempre actúan en el terreno de las

[345] Junto con lo anterior, los profesionales psi suelen sostener que el abordaje por ellos ofrecido "*no es para cualquiera*" (Adissi, 2011).
[346] Véase el Capítulo 4.
[347] Véanse los Capítulos 4 y 5 del presente trabajo.

consecuencias personales -dejando de lado la posibilidad de intervenir en las causas sociales.[348] En tal sentido, los argumentos que contribuyen a legitimar el área de salud mental de los CeSACs no son ajenos a la influencia de procesos culturales de índole global. En ellos la referencia al padecimiento psíquico es parte del modo en que actualmente se construyen y tratan socialmente las desigualdades, remitiéndolas a sus aspectos más subjetivos (Conrad y Schneider, 1992; Fassin, 1997).[349] Se trata de *ideologías del self* que realizan una interpelación atomizante al tiempo que tienden a negar la existencia de aquello sobre lo cual no se puede intervenir. Junto con lo anterior, el fracaso de las intervenciones es atribuido a los destinatarios (Fassin, 2007; Korteweg, 2006).[350] En este contexto, la intermitencia de las intervenciones no es vista como problemática, sino que acompaña una política de estímulo al esfuerzo personal y de transferencia de responsabilidades (Fassin, 2007; Korteweg, 2006; Lo Vuolo et al, 2004; Cravino, 2009). Más allá de que los profesionales personalmente encarnen en mayor o menor medida aquellos valores, quienes estén comprometidos con su tarea se sienten compelidos a actuar dentro de sus posibilidades. En definitiva, ellos sólo tienen a su alcance aliviar las situaciones de pobreza. Y a los sujetos vulnerables, este alivio no les resulta indiferente.

En el caso de Estela, las múltiples intervenciones institucionales que tuvieron al CeSAC como uno de los protagonistas marcaron su vida cotidiana, signada en la precariedad de sus condiciones de existencia. Hace alrededor de cinco años que Estela conoció al pediatra del CeSAC, a raíz de un certificado que precisaba para acceder a un subsidio. Este médico se convirtió para ella en un referente. Estela se acercaba al CeSAC para consultarlo por distintos motivos, no sólo de salud. Posiblemente, este vínculo se haya sostenido por el formato de comunicación que él aceptó establecer: más que acudir a consultas con él, Estela se le acerca en los pasillos, entre consulta y consulta. Sabiendo de esta situación y recomendada por él, la trabajadora social ha desplegado un encuadre similar, ocupando para Estela un lugar clave. Uno y otra han intentado darle turnos con distintos profesionales, fundamentalmente con psicólogos, pero ella no los ha respetado. Lo que sí han logrado, es ponerla en contacto

[348] Se suele denominar "abordaje complejo" a intervenciones realizadas en equipos interdisciplinarios e intersectoriales

[349] Según Fassin (1997) existe un doble movimiento de psicologización y de individuación que corresponde a lo que se puede calificar como una patetización del mundo, es decir una representación patética de las desigualdades sociales y la introducción del pathos en lo político. Esta inflexión, marcada, rápida y decisiva, si bien progresivo -puesto que convive con representaciones anteriores-, corre en paralelo con un énfasis en la singularidad de los itinerarios que llevan a la exclusión, y posee como correlato potencial el desencadenamiento de una reacción de reprobación a las víctimas.

[350] Analiza Fraser (1987) que el efecto -buscado o no- de estas aproximaciones es prevenir de realizar demandas colectivas basadas en una misma posición estructural.

permanente con profesionales amigos que se desempeñan en la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes del barrio.

Comenzando por su niñez en un hogar, parte importante de la vida de Estela transcurrió en instituciones de encierro -comunidades terapéuticas y unidades carcelarias, fundamentalmente. Las distintas parejas que formó fueron con hombres con historias similares. De sus cinco hijos, los cuatro últimos provienen de dos de estas uniones. Sólo logró el reconocimiento de uno de estos dos padres. Su primer hijo había sido producto de una violación, sufrida de muy joven, por parte de su padrastro.

Los hijos de Estela son calificados por los establecimientos educativos como sumamente conflictivos. Han llegado a comprometer la integridad física de sus compañeros -además de la propia- motivo por el cual Estela ha sido convocada reiteradamente. Ante esto, ella ha apelado a la estrategia de cambiarlos continuamente de institución. Como otras mujeres, librada fundamentalmente a sus propios recursos, para conseguir algún trabajo informal debió siempre dejarlos solos -los mayores, cuidando de los más pequeños. En una ocasión, siendo su hija menor una beba, sufrió un accidente grave estando sola con su pequeño hermano. Posteriormente, los vecinos de Estela la denunciaron por ruidos molestos -aparentemente, por situaciones de violencia generadas por quien en ese entonces era su nueva pareja. Uno de sus hijos ha tenido problemas con el consumo de sustancias, y finalmente ha ingresado al sistema penal acusado de un robo. En estas situaciones, entre otras, distintos juzgados han intervenido en este grupo familiar, excluyendo a los niños del hogar o regresándolos a él, discontinuadamente.

Estela vive ahora en un edificio ocupado. En su pequeño departamento son albergados momentáneamente algunos de sus hermanos. Junto con la cuota alimentaria del padre de dos de sus hijos, esto le permite contar con algún dinero, tan escaso como esporádico. Por lo general, ella no logra finalizar los trámites que los distintos programas y subsidios requieren para efectivizarse. Los profesionales del CeSAC han intentado distintas medidas a las que definen como “ortopédicas”. Desde ir a visitarla para sostenerla subjetivamente, hasta facilitarle las gestiones que debía realizar, conseguirle una vacante en una escuela o agilizar el contacto con un juzgado. También, llamarla por teléfono para que se despierte cuando debía realizar alguna tarea importante. Sin embargo, se lamentan, es poco lo que han logrado. En un ateneo en que han expuesto este caso han reflexionado: tal vez haya equivocado el rumbo, y debieran haber tomado otras decisiones.

> El esfuerzo lo pusimos en las condiciones subjetivas de ella para construir una relación de maternaje. Pero ¿cuáles son las condiciones en que una madre puede hacerse cargo de sus hijos? ¿Cuál es el objetivo de sostener una familia con una madre que no se puede sostener a ella misma? ¿La respuesta nuestra va hasta dónde? ¿Hasta dónde no hay que judicializar y aunque lugares pueden ser peor que el lugar de origen...? Tal vez necesitaba otro tipo de decisión (Ex-Jefe del CeSAC 54. Ateneo sobre el caso de Estela, 1 de julio de 2011)

Conclusiones preliminares

Psicólogos y consultantes establecen, junto con su relación terapéutica, una relación social. Considerarlo de tal manera nos obliga a contextualizar aquella relación en el marco de sus condiciones concretas de emergencia y como parte de un entramado relacional más amplio. Es allí donde aquel vínculo adquiere una serie de sentidos sobreimpresos a la dimensión propiamente terapéutica que contribuyen a comprender los usos que quienes consultan hacen de estos espacios.

La informalidad como dinámica de funcionamiento estatal se incorpora a las condiciones de acción de los sujetos. En tal sentido, nuevamente el CeSAC se muestra como punto de mira hacia un entramado institucional ampliado, con similares modos de funcionamiento. Buscando comprenderlo en el marco de un repertorio de estrategias de reproducción cotidiana, hemos ubicado el vínculo que sujetos socialmente vulnerables establecen con aquellos en su carácter de agentes estatales en el marco de una red de resolución de problemas, de la que forman parte. Así, configurando experiencias y expectativas, el Estado cobra cuerpo en la cotidianeidad de los sujetos socialmente vulnerables como plataforma de agencias que permiten entrar en contacto con sujetos pertenecientes a otro estrato social y con cierto acceso a recursos.

Pero también el Estado se hace presente a través de la estructura desfavorable de oportunidades que tiende a distinguir a quienes establecen un vínculo intensivo con los CeSACs. La desarticulación histórica de sus ámbitos laborales y habitacionales remite a procesos ampliados en los que la década de 1990 aparece como referencia obligada.

Ambas dimensiones de la presencia estatal se encuentran profundamente imbricadas, determinando como efecto no buscado de las prácticas de los agentes la selección indirecta de ciertos sujetos socialmente vulnerables, tras la que estos resultan destinatarios de acciones contingentes de alivio de la pobreza.

Al compás de la precarización de condiciones de vida y trabajo, la relación con agencias sociales del Estado ha ido ocupando un lugar cada vez más central dentro de las estrategias de reproducción de la vida cotidiana. El recurso a una batería de agencias locales se ha vuelto parte fundamental del arsenal con que se cuenta al momento de definir los problemas y buscar

soluciones. Incorporando su modo informal de funcionamiento como pauta que orienta el accionar, las agencias estatales han tendido a trasponerse, operando como espacios que habilitan el tejido de relaciones de proximidad. El lugar asignado a los factores interpersonales y la valoración del conocimiento mutuo hacen a un patrón de relación que provee escasas promesas de previsión y estabilidad. Socializados bajo tal pauta, los sujetos las incorporan como naturales y las convierten a vez en elementos sobre los que fundar sus estrategias de reproducción cotidiana.

Ahora bien, hemos ceñido nuestro análisis de las redes de resolución de problemas a la relación entre sujetos socialmente vulnerables y CeSACs. Pero, ¿en el marco de qué redes sociales ampliadas tiene esto lugar? ¿Cómo impacta en la sociabilidad el habitar en territorios degradados? ¿Qué definiciones asumen los problemas relativos a la precariedad en las condiciones de vida? ¿De qué manera contribuyen las agencias estatales a forjar determinadas experiencias sobre la vida en condiciones de pobreza? Finalmente, el carácter de estatalidad que nosotros venimos dando por supuesto en las agencias consideradas, ¿resulta congruente con la perspectiva de los sujetos socialmente vulnerables? El próximo Capítulo estará destinado a profundizar estos dos aspectos, profundamente interrelacionados.

-Capítulo 8-

Estado, territorio, reproducción cotidiana y sociabilidad

Introducción

A lo largo del territorio los recursos de distinto tipo se encuentran desigualmente distribuidos. Considerar la dimensión espacial de los fenómenos sociales nos lleva a advertir la presencia del Estado tanto en sus acciones como en sus omisiones a través del carácter que asuma aquella distribución. Así, la interdependencia entre quienes conforman un conjunto urbano permite considerar que aquel actor con capacidad diferencial de incidir en un territorio, el Estado, actúa tanto a través de sus orientaciones explícitas como implícitas (Bachrach y Baratz, 1963; Castells, 1976; Harvey, 1989; Lewis, 1979; Singer, 1975; 1995; Smith, 2008; Soja, 2008; Theodore, Peck y Brenner, 2009; Topalov, 1979; Weber, 2003). La forma de administrar los recursos al interior de su área territorial de injerencia estará a su vez íntimamente ligada al modo en que se delimite allí una esfera de lo público, en contraposición con los asuntos que permanezcan considerados en términos privados (Benévolo, 1974).

El Estado actúa -o deja de actuar- tanto en su dimensión de ente regulador, incidiendo en la distribución espacial de oportunidades derivadas de las actividades privadas, como a través de sus propias agencias. La localización de estas últimas, y las características que asuman, se vuelven particularmente centrales en contextos históricos donde la movilidad espacial resulta un eje de diferenciación social (Bauman, 2000). En tal contexto histórico, las poblaciones desfavorecidas tienden a quedar ancladas en los territorios locales inscribiendo en ellos sus experiencias de sociabilidad más significativas (Castel, 1995; 2004; 2005; Merklen, 1999). Al configurarse los territorios locales como zonas de posibilidad, la oferta local de las agencias estatales estructura en gran parte las condiciones de producción y reproducción de la vida cotidiana.

Según hemos descripto en el Capítulo anterior, la protección que brindan las agencias estatales en contextos de vulnerabilidad social aparece primarizada, asociada con relaciones de proximidad establecidas entre los sujetos y sus agentes. Los determinantes y las implicancias de esta modalidad de relación se comprenden más profundamente al tomar en consideración las redes ampliadas de sociabilidad que configuran la vida cotidiana de los sujetos socialmente vulnerables.

Resituaremos entonces la relación entre profesionales y usuarios en el marco de territorios desfavorecidos, en los que se producen y reproducen cotidianamente determinados patrones de sociabilidad. A través de la contextualización histórica y geográfica, deslindaremos el rol

estructurante de políticas públicas de distintas esferas y niveles, según han influido de distintos modos en tales patrones de sociabilidad -sea en cuanto a lo colectivo o en cuanto a la interacción cotidiana con los agentes estatales. Analizaremos cómo la relación con los psicólogos de CeSACs se engarza entre los recursos movilizados para la supervivencia de los grupos domésticos ampliados, y en la vinculación con una serie de agencias públicas y privadas en las que los sujetos vulnerables son receptores de variado tipo de ayuda. Nuevamente aparecerá aquí el rol del Estado, a través de una serie de marcas que su accionar -directo e indirecto- va imprimiendo en los entramados relacionales.

8.1. Qué formas asume lo querido de mi Buenos Aires

Según se desprende de las características de los entrevistados y de los relatos de profesionales, gran parte de quienes utilizan intensivamente los CeSACs poseen un origen migrante.[351] Origen habitual, por otra parte, en los barrios socialmente degradados. Esta trayectoria impacta en los marcos de interpretación, condicionando la atribución de significados y expectativas a los hábitats actuales.

8.1.1. Tierra de oportunidades

Esther cuenta anécdotas detalladas sobre la atención médica en el pueblo de Formosa donde ha nacido. Busca acuerdo al concluir que su madre debería hacerle caso y venirse a vivir con ella a la Villa 23 para atender su problema de cataratas. Lo que le permitiría, además "conseguir las muchas ayudas que acá hay".

La Ciudad de Buenos Aires ha atraído históricamente a población migrante. Junto con su constante creación y difusión de valores, conocimientos y símbolos, esto se debe a sus condiciones privilegiadas respecto de fuentes laborales y recursos del Estado social respecto del resto del país -así como de países vecinos. Recibiendo gran parte de la renta económica nacional, esta ciudad posee los mejores indicadores socioeconómicos del país (Cicolella, 2009). El acceso a la ciudad, cuna de las clases medias que caracterizaron mucho tiempo al país, está investido con la promesa de la integración social aun cuando esto en la actualidad haya dejado de ser un horizonte habitual (Prévôt Schapira, 2000; 2002). La facilidad relativa de acceso a establecimientos educativos y sanitarios de carácter gratuito, la conectividad de su sistema público de transportes la continúan haciendo elegible pese a que ya no representa, como otrora, una esperanza de ascenso social (Prévôt Schapira, 2000; 2002). Los hábitats

[351] Al respecto, véase el Anexo Metodológico.

informales que en sus límites se establecen dan cuenta de la importancia que reviste la ciudad como marco de las estrategias de reproducción cotidiana para los sujetos socialmente vulnerables (Di Virgilio et al, 2011).

La distribución geográficamente desigual de bienes y servicios estructura las oportunidades de supervivencia, ensamblando segmentación social con segregación residencial. Las ventajas comparativas que ofrece la localización geográfica -denominadas *externalidades urbanas*- se deben fundamentalmente a la acción pública, y pueden contribuir a profundizar o aminorar situaciones de desigualdad social (Oszlak, 1981; Di Virgilio et al, 2011). Las externalidades marcan las trayectorias vitales al condicionar las estrategias de los grupos familiares. Los relatos autobiográficos dan cuenta del lugar de las agencias públicas en sus decisiones de vida. Entre ellas, los CeSACs forman parte de los ámbitos en que se dirime la experiencia.

> Mi marido es de acá, yo le conocí trabajando en el correo, cuando él iba a provincia a trabajar (…) Nos estábamos empezando a hacer una casita en el terreno de atrás de la casa de mi mamá, pero cuando después tuvimos a la Yani ya ella empezó a tener sus convulsiones, y la veníamos a atender acá porque está enfrente de la casa de mis suegros. Y a la final fue que tuvimos que cambiar de planes y nos decidimos a venirnos con ellos. (Susana, consultante. Entrevista personal, 20 de julio de 2011)

> De mis nietas, una tiene tres años y la otra está por cumplir el añito. (…) mi hija se fue con el papá de las nenas para una villa que está ahí en La Boca pasando el Riachuelo, la Isla de Maciel. Ahí se tuvo que ir... pero por suerte yo le consigo acá los turnos con el doctor de las nenas, entonces me visita y las atiende, todo junto. (Ana, consultante. Entrevista personal, 29 de agosto de 2011)

> Iba a tener a mi hijo, y me empecé a tratar acá [en una maternidad cercana], entonces nos veníamos siempre a quedarnos en la casa de los tíos de mi marido. Después me mudé al barrio por lo de la salud, porque cuando vivía en provincia tenía que venir igual hasta acá para atenderme, asíque... como me quedaba más cerca acá, para atender al bebé y todo, bueno... y después, bueno: empezamos a alquilar, y de ahí estamos viviendo acá (…) Me vine para, justamente, tenerlo ahí en el hospital. Y después me dijeron de la salita de acá del barrio, que no necesitaba irme hasta el hospital para todos los tratamientos. Porque tuve dos nenes más después. (Hilda, consultante. Entrevista personal, 13 de septiembre del 2011)

8.1.2. El tiempo transforma al espacio

En Argentina, la CABA ha sido donde más se han puesto de manifiesto los vínculos entre transformaciones productivas y socioespaciales que, habiendo comenzado en la última dictadura militar, tuvieron su auge durante la década de 1990 (Prévôt Schapira, 2002). La desregulación financiera y la apertura de mercados produjeron una fuerte penetración de capital extranjero en sectores clave de la economía y los servicios urbanos, insertándose así el país en procesos globales que, entre otras implicancias, produjeron una reorganización del territorio atendiendo a funciones distintas a las necesidades locales. El tejido urbano fue parte

de aquella reorganización, y la CABA volvió a poner en evidencia su rol de pionera en el país. A partir de entonces, nuevos modos de socialización, de consumo y esparcimiento, transformaron profundamente y a un mismo tiempo espacios y sociabilidades (Cicolella, 2009).

Se han desatado dinámicas de disgregación del conjunto urbano paralelamente a la desconcentración de las áreas sociales del Estado. En consecuencia la segregación preexistente se vio magnificada por una orientación privada, que fue rigiendo los emplazamientos a partir de la constitución del mercado inmobiliario como decisor más influyente (Clichevsky, 2003; Prévôt Schapira, 2001; Herzer et al, 2008; Pirez, 2004).[352]

Retroalimentándose con el abandono de los espacios públicos por parte de los sectores medios (Kaztman, 2001), la desigualdad social fue cobrando nuevos sentidos en la relación con el espacio.[353] Algunos sectores sociales se iban desterritorializando al amplificar por medios inmateriales sus relaciones sociales (Finquelevich, 2000) al tiempo que adquirían un potencial inédito de desplazamiento gracias a la aparición de nuevos medios de movilidad (Bauman, 2000). Otros, se veían sometidos a un proceso de relegamiento y territorialización (Prévôt Schapira, 2000; Prévôt Schapira y Cattaneo Pineda, 2008; Soldano, 2008).

Las lógicas excluyentes y un complejo proceso de repliegue de la vida pública han ido determinando la reclusión en la esfera íntima. La fragilización de las solidaridades territoriales fue paralela al avance de los espacios privados, instalando una nueva concepción de la proximidad (Cicolella, 2009). Las dinámicas de carácter atomizador fueron debilitando la cohesión social por cercanía física a lo largo de todo el espacio social (Prévôt Schapira, 2001; Pirez, 2004). Vale decir que la vacancia de una sociabilidad común entre miembros de

[352] El mercado inmobiliario sigue una lógica segregadora. Su *boom* fue acompañado por una desigualdad creciente -en la que existen diferencias abismales de valor entre distintas áreas de la ciudad. Se pasó así de un urbanismo reglamentario a un criterio estratégico que diferenciaba entre áreas rentables y no rentables (Cravino, 2010). Junto con la marcada selectividad territorial de las inversiones que han construido un nuevo mapa del desarrollo metropolitano no existió contención por parte de políticas activas de inversión estatal directa. No fueron considerados el mediano y largo plazo en la planificación de políticas, así como tampoco el nivel de conjunto, operando el impacto mediático como criterio de priorización de acciones. Como resultado, existe un nuevo mapa del espacio público y del espacio privado en Buenos Aires, tanto desde el punto de vista de su uso social, como de los espacios donde predomina la acción de uno u otro actor social en términos de inversión (Cravino, 2010; Prevot Schapira, 2000; 2001; 2002a; 2002b; Herzer, 2008).

[353] Instituciones que en nuestro país han sido claves para la cohesión social han visto fuertemente redefinidas su función. Fundamentalmente la escuela, institución obligatoria y continuada, configura un ámbito integrador por excelencia, en la que se pueden establecer relaciones cotidianas con personas de otros estratos sociales en posiciones no jerárquicas, desarrollar códigos comunes, afectos y solidaridades (Kaztman, 2001). Los espacios de recreación y esparcimiento también se han ido segmentando debido a la superposición de barreras de acceso, cuando no a la privatización directa. Esto deviene en un declive de la sociabilidad informal con gente de otros sectores sociales, lo cual a su vez interactúa con la estructura de oportunidades al tiempo que posibilita una suerte de agenda común. Simultáneamente, los espacios y servicios que quedan reservados "para pobres" sufren un deterioro de su calidad, lo cual refuerza el círculo de la segmentación (Kaztman, 2001)

diferentes sectores sociales no ha implicado un refuerzo compensatorio de las solidaridades intraclase. Por el contrario, un proceso de autoconfinamiento atraviesa todo los grupos sociales (Prévôt Schapira, 2000; 2001).

Quienes habitaban en áreas degradadas vieron profundizar su marginalización -junto con la trasmutación del sentido de estas zonas, que de ser espacios provisorios se habían convertido en permanentes. En estos territorios segregados el crecimiento demográfico ha contribuido a complejizar las relaciones barriales (Cravino, 2004; 2009). Articulada con aquel, la presencia de numerosos programas sociales asistenciales focalizados y la opacidad que en consecuencia acompaña la distribución de recursos ha contribuido a minar las relaciones de confianza entre vecinos, introduciendo una lógica de competencia entre los grupos domésticos (Cravino, 2009). Simultáneamente, la interpelación de tales intervenciones a una comunidad armónica y homogénea, junto con la recurrencia de promesas incumplidas, han llevado a acentuar el descreimiento hacia los ámbitos colectivos y las rivalidades internas (Cravino, 2004).

8.1.3. Movilidad territorial más planes de vivienda. Estructurando el aislamiento

En un barrio precario, conformado por las primeras oleadas de inmigrantes bolivianos el edificio donde funciona el CeSAC, cedido por una mutual, ha quedado pequeño. El traslado que los profesionales solicitan implica ubicarlo en el único predio libre cercano, a pocos metros del edificio anterior pero cruzando una barrera. Sin embargo, esta última sirve de frontera simbólica para los habitantes de la villa miseria que linda con el barrio. En consecuencia, los habitantes del barrio se han movilizado para impedir el traslado, argumentando que este implica dejar sin servicio a sus actuales beneficiarios.

En otra parte de la Ciudad, cerca del CeSAC 54, empieza a circular el rumor de un próximo plan de urbanización atinente a un asentamiento ubicado sobre terrenos del ferrocarril. Esto vuelve a sus viviendas repentinamente codiciadas. Al asentamiento llegan familias de la villa más grande de capital, hay quien alquila y quien vende y compra viviendas. Demonizada tanto por los medios masivos tanto como por los agentes institucionales cercanos -quienes no ven en tales transacciones una estrategia de supervivencia sino un oportunismo especulador-, esta dinámica produjo una fractura entre los pobladores del asentamiento. Habiendo sido alertada la policía al respecto, recibió la orden de rodear el asentamiento y no deja entrar ni salir a nadie -quien sale no puede volver a entrar. Una parte de los vecinos responsabilizó a quienes participaban del mercado informal inmobiliario por aquel accionar gubernamental.

Tanto Villa 23 como el Boero fueron testigo de la dinámica de heterogeneización creciente que acompañó a los hábitats informales en los últimos años (Clichevsky, 2003). La movilidad

creciente de población en los barrios vuelve imprecisa la frontera que demarca quién "es del barrio". En un sentido casi literal del concepto de pertenencia, a quien "no es del barrio" se lo cree propenso a dañarlo.

> En este tiempo, por ejemplo, gente de afuera hay muchísimo. Ahora vos salís a la calle y no sabés quién es. Antes, vos salías y te conocías con todos. Ahora vos salís en la calle y está lleno de... no sabés quiénes son. Son gentes que son desconocidas, de afuera: tampoco podemos decir de dónde porque no sabemos. Pero... muchísima gente desconocida, ahora. (Miguel Ángel, consultante. Entrevista personal, 25 de julio de 2011)

> (…) Acá mayormente se venden las casas. No se pueden vender. Pero las venden a cualquiera. Acá hay gente que tiene hasta seis casas, no sé cómo las consiguieron. Supongo que usurpó un terreno, y se fue, y la casa la vendió. Son vivos, en vez de vivir dignamente buscan hacer negocios. Además muchas de esas casas las usan para hacer puestos. Puestos de droga, ¿no? (Karina, consultante. Entrevista personal, 16 de agosto de 2011)

Los vínculos de vecindad se han visto complejizados por el desarrollo de transacciones monetizadas de suelo y vivienda, las que han contribuido con la movilidad espacial, la densificación y la configuración de grupos con intereses antagónicos.[354] Estas prácticas surgieron como consecuencia de condiciones objetivas y subjetivas. Entre las primeras se encuentran la escasez de tierra vacante, un nuevo contexto jurídico-político que dificultaba las nuevas ocupaciones, el incremento de necesidades habitacionales por parte de sectores pauperizados y nuevos migrantes, la rigidización del mercado formal de alquileres. Entre las segundas, la emergencia de una ideología que dio legitimidad a la mercantilización de bienes obtenidos otrora merced a la acción colectiva o las relaciones de reciprocidad, y el modo desarticulado en que llegaban los nuevos migrantes (Cravino, 2009; Herzer et al, 2008).

En tal contexto, los parientes constituyen el vínculo de seguridad y confianza por antonomasia para los sujetos. Mientras que "familia" es un términos reservado para quienes cohabitan, términos como "vecino" y "amigo" revelan a lo largo de los relatos referir a primos o familiares de segundo grado. Una clasificación donde se encuentran resonancias de políticas de vivienda.[355]

La operatoria de los programas habitacionales del Estado ha confluido con los procesos de

[354] El desarrollo del mercado inmobiliario informal ha conformado dos grupos con intereses antagónicos: los que se consideran "*propietarios*" de las viviendas que ocupan -pese a no necesariamente tener un título que lo acredite- y los inquilinos. Mientras los primeros suelen abonar a un discurso que demarca a los inquilinos como habitantes transitorios y en consecuencia, despreocupados del futuro del barrio -pese a que esto no se corresponda con la realidad- son vistos por locatarios y vecinos como especuladores que lucran con la necesidad de los más desposeídos.

[355] En las categorías establecidas por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad para poder adjudicar a los nuevos programas habitacionales se define como grupo familiar -en tanto beneficiario de una vivienda- al sujeto censado, su cónyuge, hijos o nietos, pero no así familiares como hermanos, suegros, primos y otros. (en Informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, s/f)

densificación y consolidación de mercados informales de tierra y vivienda en la configuración de dinámicas de reclusión al interior de los ámbitos privados. El nuevo paradigma de radicación -que no avanza en las causas de degradación de estos barrios sino que propone intervenciones ex post para remediar algunos de los problemas habitacionales- implica una promesa sin demasiadas bases materiales de sustentación en tanto el sector inmobiliario se ha constituido como actor definitorio respecto de la ciudad. Al mismo tiempo, se han establecido como interlocutores de tales promesas a organizaciones poco consolidadas, transfiriendo responsabilidades a quienes no tenían capacidad de afrontarlas.[356]

La intención de ordenar un territorio cuya edificación ha crecido de modo confuso y sin arreglo a planificaciones o reglas compartidas generó intereses encontrados. Sumado a lo anterior, negociar con una multiplicidad de organismos descoordinados, con información insuficiente o errónea y criterios superpuestos requería destreza en el manejo del disenso y un elevado nivel de confianza entre los vecinos. Al compás de un recambio de agencias encargadas tras las recurrentes acusaciones de incumplimiento, la caducidad de los objetivos propuestos y el desgaste de los dirigentes provocaron finalmente la desarticulación de las precarias estructuras colectivas (Cravino, 2004; 2010).[357]

En el Boero, espacio emblemático para la historia de la política de vivienda en la ciudad, hace unos años comenzaron a entregarse las primeras viviendas terminadas de un plan habitacional.[358] Los "tramos" de vivienda construida que van siendo entregados abarcan

[356] A partir del Decreto 3.330/91 se estableció que todas las decisiones que hacen a la urbanización de las "villas" se tomarían en una mesa de concertación que incluya a villeros y distintas autoridades municipales.

[357] En 2003 la Comisión Municipal de la Vivienda (CMV) se reconvierte en el Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC), nuevo organismo con competencias para ser banco de tierras e inmuebles públicos. Frecuentemente denunciado por sus irregularidades, tal como lo fue su antecesor, este organismo el principal interlocutor estatal en las villas a la hora de canalizar cualquier demanda relacionada con las condiciones habitacionales. Asimismo, al tener entre sus funciones el censar a la población, organiza y regula las elecciones que legitiman a los representantes del barrio como los encargados de dialogar, negociar y reclamar ante ella. La gestión de Macri profundizó la política errática al tiempo que se reducía la asignación presupuestaria. Así, se efectuó el traspaso de los programas de urbanización y radicación de villas, asentamientos y barrios precarios a la Corporación Sur, empresa del Estado creada en el 2000 para compensar la asimetría entre la zona norte y la sur de la Ciudad a través de la promoción de inversiones públicas y privadas a través de sistemas de fideicomisos. Con ello se profundizaba la dispersión de responsabilidades entre agencias (Di Virgilio et al, 2011).

[358] El Boero se construyó en el marco del *Plan de Construcción y Financiación de Viviendas*, creado por Ley nº 17.605 el cual planteaba como objetivo final brindar una solución habitacional en siete años a cincuenta y seis mil familias que habitaban en villas de emergencia en el el área metropolitana. La justificación para el diseño de este megaplan fue la situación originada en los desbordes producidos en el año 1967 por los ríos Reconquista y Matanza que habían afectado particularmente a aquellas. Dentro de aquel plan se incluía un programa de alojamiento transitorio que preveía la construcción de ocho mil viviendas por año en terrenos públicos para el alojamiento de igual número de familias provenientes de villas a erradicar y que no tuvieran posibilidades de una solución propia inmediata y un programa de alojamiento definitivo. Los Núcleos Habitacionales Transitorios fueron concebidos como espacio de rotación de la población, donce se preveía que transiten ochocientas mil familias por año. El Boero se construyó en tres sectores -uno de ellos lindante con el predio ocupado por la *Coordinación Ecológica Area Metropolitana Sociedad del Estad*o (CEAMSE). Las condiciones deficitarias de habitabilidad, junto con la falta de infraestructura y la insalubridad de los terrenos, se sustentaban en el

escasas familias, y los criterios según los cuales estas son priorizadas no resultan claros. Tampoco existe información precisa acerca de a quienes y cuándo serán asignadas las viviendas a entregarse en las próximas etapas.[359] La mención de aquel plan emana un sentimiento de injusticia por parte de los habitantes del barrio. Entre quienes habitan las nuevas viviendas y quienes, enfrente, continúan en sus viviendas precarias se ha generado tal sensación de desconfianza y de rivalidad que antiguas amistades e incluso familias se han desintegrado.

De tal manera, en el Boero pueden "no ser del barrio", alternativamente, quienes no han formado parte del primer contingente relocalizado, quienes no han participado históricamente de los procesos de ocupación y autoconstrucción, quienes se han mudado recientemente -admitiendo el carácter de "reciente" distintas ubicaciones temporales- o quienes viven al interior de él en situación de calle.[360] Quienes "no son del barrio" aparecen responsabilizados por el deterioro del mismo. Pero lejos de conformarse un "nosotros" en contraposición con esta otredad, también se responsabiliza de modo indeterminado a quien no hizo valer ciertas reglas o respetar el ámbito barrial.

> Empezó a haber paco cuando se permitió que vendieran bolsitas a un peso, ahí fue como que...chau... no sé por qué se les permitió que hicieran eso, si peruanos que recién llegaban (Estefanía, consultante. Entrevista personal, 10 de agosto de 2010)

8.1.4. Sobre lo colectivo

En un CeSAC tiene lugar una asamblea entre autoridades hospitalarias y vecinos. Un delegado de la Asociación Vecinal se queja con insistencia de que no se permita cobrar un bono para recabar fondos para ella, siendo que "la salita" se había originado por iniciativa de tal Asociación. La representatividad de esta última se pone de manifiesto en un momento

---

argumento de que ello contribuiría a generar en los individuos el deseo de esforzarse para obtener una vivienda digna. Pensado como "*centro de adaptación*", parte de un proceso de "*promoción social*", la intención era impulsar un cambio cultural consistente en el aprendizaje de "*nuevas pautas de vida*" que convirtiera a los villeros en personas capaces de desarrollar moralmente aceptables. (Informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, s/f)

[359] El programa de "Renovación Urbana" para el Boero demoró seis años su primer llamado a licitación. Pese a contemplar al diez por ciento de la población residente en el núcleo habitacional, las obras de construcción comenzaron en el 2003, enmarcadas dentro del Programa de Radicación, Integración y Transformación de Villas y Núcleos Habitacionales Transitorios que llevaba a cabo el Instituto de la Vivienda de la Ciudad. Por no haberse licitado la intalación de los servicios junto con las obras, la entrega se fue demorando pese a que las máximas autoridades públicas recorrían el complejo anunciando oficialmente su inminente adjudicación. En la actualidad, al 20 de marzo de 2013, se encuentra aún en ejecución la primera etapa. Dentro de ella, el primer tramo incluye ciento dieciseís viviendas; el segundo, ciento sesenta.

[360] En los últimos años resulta cada vez más frecuente encontrar dentro de las villas miseria las denominadas "ranchadas", consistentes en su mayoría en personas de distintas edades nucleadas en torno del consumo de pasta base ("paco"), quienes viven transitoria o permanentemente en situación de calle cercanos a las fuentes de expendio de tal sustancia.

donde aquel delegado propone armar *"*una comisión tripartita: el Centro de Salud, los Vecinos y la Asociación Vecinal*"*. Aquel CeSAC es uno más entre los que han surgido a través de la acción colectiva. El CeSAC del Boero posee un origen similar. Miguel, vecino del Boero, cuenta que no sólo fue armado por la Comisión Vecinal sino que también fue emplazado en la misma. A pesar de eso, describe, luego fue "usurpado por la nuera del que manejaba la comisión para hacer su casa particular*"*. "Los que andan en la política siempre hacen cosas para los que están a su alrededor*",* reflexiona.

En los últimos años algunas agrupaciones vecinales dieron muestras de haber rigidizado sus fronteras, delimitando de modo categórico su ámbito espacial de acción. Frente al Boero, del otro lado de la avenida, Rosa contaba que la Comisión ha armado incluso una plaza. Pero que como ese es otro barrio, no es bien visto llevar a los niños a jugar allí. "El problema es que acá sólo se unen para boludeces, se postulan sin propuestas y sin que los conozcan", analizaba.

La percepción respecto de las asociaciones vecinales es análoga a la que caracteriza a otros espacios de resolución colectiva de problemáticas. En el caso particular de las organizaciones que sostienen la práctica de movilizarse en aras de presionar por los reclamos solicitados, quienes participan o han participado en ellas no siempre poseen una lectura en clave política de tal accionar. Bajo la expectativa de recepción que caracteriza al patrón de relación preponderante, los compromisos con lo colectivo pueden ser leídos en clave de abuso o extorsión. "Así son: si vos querés algo, tenés que ir a todas las marchas y así también te dan, si no, entonces no te van a dar nada*"* -explicaba Alejandra, otra habitante del Boero.

Las organizaciones vecinales han cumplido históricamente un rol decisivo en la mejora de las villas, tanto a nivel de infraestructura como de viviendas, sobre todo en las primeras décadas de su constitución. Las prácticas de reciprocidad configuraron un ordenamiento en el que la relación entre organización social y física era clara. Sin embargo, lo colectivo ha ido cobrando otras formas (Cravino, 2004; 2009; Clichevsky, 2003).

En algunos barrios -como ha sido particularmente estudiado para la Villa 23- la conflictividad interna resulta estructurante de las relaciones o evitaciones cotidianas (Rebón, 2004). Mientras tanto, a instancias de organismos internacionales, se han multiplicado los programas estatales y del tercer sector designan como interlocutor en estos barrios a "la comunidad" (Cravino, 2004; Menéndez, 1988; 2002; 2009). Dentro de los CeSACs, por ejemplo, a partir de planes de empleo se ha creado la figura de "promotores de salud". También, algunos vecinos del barrio han comenzado a trabajar como empleados administrativos o de limpieza. Resulta frecuente escuchar quejas por parte de algunos vecinos respecto de la discrecionalidad

con que administran las oportunidades que brinda su pertenencia -básicamente, en la priorización para obtención de turnos o recursos materiales que los CeSACs brindan. Mientras que para ellos mismos y sus allegados estos programas representan una oportunidad clave en términos de acceso a bienes que hacen a su reproducción cotidiana -lo cual incluye el modesto ingreso con que aquellas tareas les son retribuidas- para el conjunto de los habitantes del barrio esta inserción se convierte en un eje más de producción de desigualdades.

La idea de "comunidad" presupone la existencia de comportamientos y concepciones esenciales, distintos al del resto de la sociedad.[361] Y al mismo tiempo, atribuye una lógica de representación que construye mecánicamente a todo sujeto como portavoz legítimo (Ostuni, 2011). La puesta en funcionamiento de intervenciones sobre estas bases han configurado nuevos ejes de diferenciación entre quienes se erigían como representantes/destinatarios y quienes no. Al partir de un supuesto erróneo respecto de la cohesión al interior de los territorios, han contribuido a reforzar -de manera inintencionada- el debilitamiento de lo colectivo.

8.1.5. Me gusta el barrio, no mis vecinos

Gerónima se queja que su vecino "vive en estado de abandono" y que hace años que tiene un caño con pérdida de agua que no arregla, lo que hace que su vivienda y su calle estén siempre anegadas. Sonia se queja de sus vecinos ante la falta de limpieza en los pasillos donde juegan sus niños,

> (…) es que también sus casas deben de ser una mugre: todo empieza por casa. Por eso tiran la basura por ahí y no les importa si los perros la desparraman y está todo sucio y lleno de moscas. No, señor: ellos se quedan mirando el culo de la de al lado o viendo la novela, y no se calientan. (Sonia, consultante. Entrevista personal, 23 de agosto de 2011)

Tanto en Villa 23 como en el Boero suelen escucharse alusiones al carácter degradado del barrio. Raramente esto se articula con referencias a causas estructurales. Por el contrario, las faltas personales de los vecinos aparecen casi como único determinante. Los conflictos presentes en la Villa 23 y el Boero son similares a los del resto de la sociedad. Sin embargo, la escasez de capitales arroja una luz diferencial sobre las relaciones de proximidad (Castel,

[361] En esta línea, el Decreto 3.330/91 estableció que toda decisión relativa a la urbanización y radicación debería tomarse en una mesa de concertración que incluya a villeros y distintas autoridades municipales. Esto no sólo se basó en el supuesto de una representación indisputada en las poblaciones, sino además en el de la homogeneidad del aparato estatal. La falta de coordinación entre agencias -así como la disparidad de criterios entre éstas- fue mostrando que esto no se correspondía con la realidad, y desalentando a los habitantes que habían confiado en tales acuerdos (Di Virgilio et al, 2011; Cravino, 2010)

2005).[362]

El aislamiento dentro de los territorios vulnerabilizados posee como trasfondo el proceso de estigmatización que envuelve a sus habitantes (Cravino, 2010). Estigmatización que ellos mismos comparten, y que por tanto contribuyen a reproducir. Las valoraciones negativas que caracterizan a sus territorios, y por propiedad transitiva, a los que en ellos habitan, llevan a que quienes no aparezcan conectados por redes de parentezco suelan ser representados como ajenos, desconocidos y, en un deslizamiento sutil, amenazantes. Las estrategias de reproducción cotidiana se despliegan en tal contexto.

El proceso de estigmatización de los habitantes informales en la CABA encuentra su origen durante la última militar (Oszlak, 1981). En ella, los medios masivos contribuyeron con la redefinición de sus pobladores como migrantes oportunistas o especuladores que aprovecharían la ocasión de vivir sin pagar renta por el espacio que ocupan. A partir de aquel momento, se ha deslizado la consideración de sus condiciones de vida hacia la desvalorización de su calidad humana, definiéndolos como violentos, ociosos, indolentes, mentirosos, estafadores (Cravino, 2010). Simultáneamente, se ha exaltado la ilegitimidad de estas ocupaciones contraponiéndolas a valores tales como la dignidad, la higiene, o la estética (Ozslak, 1991). En los últimos años, la emergencia de la cuestión de la seguridad urbana ha llevado a enfatizar dentro de aquel imaginario la presunción de que los barrios informales son espacios privilegiados para la habitación de delincuentes (Cravino, 2004; 2010). Articulándose esto último con la preocupación respecto del uso de drogas ilegales, se suele afianzar la creencia en que estos barrios son "de mala junta", vale decir, que la compañía del resto de los habitantes puede provocar la adopción de conductas dañinas.

Aída, habitante de Villa 23, relata sus estrategias en aras de evitar que sus hijos tengan amistad con otros niños del barrio. Llevarlos a una escuela y a entrenar fútbol fuera del barrio es acompañado por un contacto cotidiano sostenido exclusivamente entre miembros de su familia. En esta forma de vida, se enorgullece, ha seguido el ejemplo de su propia madre, "que siempre me tuvo adentro, y así salí: derechita".

8.2. Sociabilidad y agencias sociales

El vínculo que los sujetos que viven en territorios degradados establecen con el espacio que habitan carga con cierta ambiguedad. Por un lado, valoran altamente las agencias sociales que

[362] Castel (2005) describe a los soportes societales como aquellos propios de la modernidad, que ofrecen a los sujetos una protección frente a los riesgos de la vida activa a través de vincular su destino personal a la sociedad como un todo. En términos empíricos, esto se corresponde con la sociedad salarial y con la seguridad social provista por el Estado.

allí tienen sede, y que configuran sus repertorios de oportunidades. Por otro lado, aquellas son recortadas de un medio al que valoran negativamente -apreciación adversa que encuentra su blanco en torno de las relaciones de vecindad. Siendo las agencias sociales espacios de lo conocido, el peligro pareciera acechar detrás de cada nuevo vecino -desconocido. El surgimiento y la expansión de los mercados informales de tierra y vivienda subyacen a esta experiencia. Pero también, el devenir específico de las políticas habitacionales.

El accionar de las agencias estatales cumple un rol central en la cotidianeidad de las poblaciones al impactar en las dinámicas colectivas. El modo en que las agencias construyen a sus destinatarios e interlocutorios es una de las dimensiones determinantes. También, el modo en que definen los problemas que los afectan. Ahora bien, lejos de obedecer meramente a orientaciones explícitas de las políticas públicas, aquellos impactos se desprenden en gran medida de las consecuencias no buscadas del accionar de sus agentes.

8.2.1. La asistencia como estructurante de la vida cotidiana

Alejandra vive en el Boero. Como algunas de sus vecinas, ha acumulado un conocimiento en profundidad respecto de los distintos establecimientos sanitarios. Esto le permite articular ofertas según sus preferencias y necesidades.

> Yo también les digo a mis vecinas que vengan a la salita porque atienden muy bien, y aparte te dan los remedios y todo. Por lo menos para los chicos, porque para los remedios que yo necesito yo me tengo que ir allá al hospital, porque los remedios me los dan allá en el hospital. Y si me tengo que sacar una placa, también tengo que ir ahí al hospital. Pero cuando no es por la receta de acá, que tengo que ir [al hospital de referencia] yo prefiero mejor ir al Ramos Mejía, sobre todo cuando se trata de ir a la guardia. Con mis hijos también, cuando tengo que ir de urgencia, me tomo el [colectivo] 32 que está al lado de mi casa, y les llevo al Hospital Ramos Mejia. Porque si llamo la ambulancia, me lleva al [hospital de referencia]. Pero si los veo que tienen algo complicado, los llevo al Casa Cuna.[363] (Alejandra, consultante. Entrevista personal, 13 de septiembre de 2011)

El conocimiento en profundidad del que da cuenta Alejandra no está homogéneamente distribuido, ni atañe solamente al sector salud. Pero da cuenta del tipo de estrategias compensatorias a las que los sujetos apelan para enfrentar instituciones que no les ofrecen soluciones integrales. Las articulaciones tejidas por los propios sujetos a través de sus itinerarios personales, coexisten con aquellas trazadas como resultado de la iniciativa personal de los agentes institucionales.

La década de 1990 marcó en Argentina el inicio de una proliferación de programas en

[363] "Casa Cuna" es el nombre coloquial de uno de los Hospitales Especializados en Pediatría municipales que posee la Ciudad de Buenos Aires -que hace referencia al modo en que tal Hospital se denominó entre los años 1920 y 1961.

distintas esferas. Cada uno de ellos se proponía modificar las prácticas de quienes definía como beneficiarios (Soldano, 2008). Si bien tales intencionalidades no poseen efectos plenos y unívocos, la vida cotidiana de los receptores se ha ido estructurando a partir de los múltiples compromisos que deben sostener para seguir recibiendo los recursos. La creciente gravitación del mundo de la asistencia fue desencandenando una suerte de carrera de recepción, la cual convertía a los programas sociales en verdaderos modelos de socialización para buena parte de quienes habitan los territorios signados por la asistencia (Soldano, 2008a; 2008b). El inicio de carreras sistemáticas en el mundo de la asistencia consagró un complejo y difícil movimiento de desenganche del contexto urbano -y más aún, de las expectativas propias de la sociedad salarial-. Las experiencias de recepción bajo los dispositivos de la focalización se han convertido en un modo de vida que al ir condicionando proyectos, desplazamientos y vínculos, fueron cristalizando en subjetividades (Soldano, 2008a; 2008b).

Al mismo tiempo, el hecho de que las intervenciones reposen en decisiones personales de los agentes y la atomización resultante, hacen que muchas veces los sujetos vulnerables sean asistidos por aspectos parciales y en distintas instancias. Tal era el caso de Eugenia, una habitante del Boero cuyo hijo menor asistía al psicólogo en el CeSAC del barrio, mientras que sus otros niños recibían tratamiento en un hospital especializado en salud mental y en un hospital pediátrico, respectivamente. De modo simultáneo, y sin que los profesionales entraran en contacto entre sí, ella era atendida por una psicóloga en otro CeSAC cercano. Fracaso escolar, violencia doméstica y tratamiento psiquiátrico eran dimensiones abordadas de modo fragmentario dentro del mismo núcleo familiar.

Al tomar a la consulta en salud mental de los CeSACs como punto de mira emergen referencias a una serie de agencias y programas que estructuran la vida de las personas en situación de vulnerabilidad. Eslabonadas de distintos modos, estas intervenciones dan cuenta del patrón de relación que los sujetos vulnerables establecen con las agencias asistenciales -donde lo intersubjetivo ocupa un lugar determinante, no existen referencias a marcos universalizantes, y el motor está en la actitud personal de quien ayuda.

Articuladas en diferentes formas y medidas con el recurso a los CeSACs, la relación con instituciones y programas asistenciales estructura la vida cotidiana de parte de los sujetos vulnerables. Los itinerarios resultantes, junto con las distintas condiciones de acceso a los beneficios, organizan los tiempos de quienes se convierten en destinatarios, sobredeterminando con ello sus experiencias.

> Tal vez mañana me vaya a ver a la Defensoría, y también tengo que retirar unas cosas en el

> juzgado: me estoy dejando estar con lo del padre de mis hijos. Por eso cuando me citó el psicólogo, me dijo "te venís el lunes" y yo lo que le dije "sabe lo que pasa, doctor: tengo un turno el lunes con la asistente social para hacer otro tipo de trámite, por tema económico" y me dice "bueno, cuando te desocupes, vení". Pero yo ayer me desocupé a las tres y media, cuatro de la tarde: ya no está. Y hoy estoy nuevamente aquí y tengo que volver nuevamente a Pavón y Entre Ríos. O sea, ahora vine por eso, ahora voy a buscar a la nena a las dos y media, o sea a las dos y media estoy acá, le voy a dejar de... le voy a hacer de comer, y me tengo que ir nuevamente para Pavón y Entre Ríos. Y de ahí ya no sé a qué hora vuelvo. O sea, son otra vez dos días perdidos (...)[364] (Wilma, consultante. Entrevista personal, 9 de agosto de 2011)

Irma pidió consultar con la psicóloga del CeSAC porque se lo solicitaron desde la Unidad de Gestión de Intervención Social (UGIS) -un programa dependiente del Ministerio de Desarrollo Económico del Gobierno de la Ciudad, cuya función remite a la realización de obras para mantener y mejorar las condiciones de habitabilidad en barrios informales.[365] Irma tenía su pequeña casilla llena de basura, acumulada durante largos períodos. Por tal motivo fue derivada: para ella, ir al psicólogo es uno de los requisitos necesarios para acceder a mejoras en su vivienda.

En otro barrio Mirta, una mujer con cierta dificultad en el habla, se instala habitualmente en la sala de espera de un CeSAC y toca la puerta de los consultorios por cualquier motivo -por ejemplo, para decir que necesita pasar al baño o que su hija tiene piojos. Mirta está sola con sus dos hijas, y pasa en la sala de espera gran parte de la semana. Con el correr de las semanas, logran que acceda a un tratamiento psicológico y luego, a través de un trabajo más sutil e insistente, que deje a sus hijas en el hogar donde la trabajadora social consiguió vacantes.

En el CeSAC 54, psicólogos y trabajadores sociales han acompañado -cuando lo han creído necesario- a mujeres víctimas de violencia doméstica en su recorrida por instituciones sociales de distinta índole. En otro CeSAC una psicóloga, habiendo reparado a través del relato de una paciente en su dificultad para vincularse con instituciones de asistencia, comienza a comunicarse con aquellas para solicitarles que revisen su accionar en base al dato de que "esta mujer no está brotada ni sacada: se maneja así porque convivió con la violencia toda la vida".

La reproducción cotidiana se funda para un grupo indeterminable de sujetos en el contacto cotidiano con instituciones, remitiendo escasamente a situaciones donde los vínculos de vecindad sean plataforma de acciones colectivas. Es más: el recurso de los sujetos a programas, establecimientos y agentes institucionales se combina con distintas estrategias de elusión de los espacios compartidos.

[364] En la esquina de las avenidas Pavón y Entre Ríos se encuentra la sede del Ministerio de Desarrollo Social porteño.

[365] Y que actualmente ha tomado a su cargo parte de las funciones del Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC).

8.2.2. El lugar del CeSAC en la reproducción ampliada de los grupos domésticos

Justina explica que ya no puede pedir a su vecina el favor de que le llame a un remise porque hace rato que ella a su vez no le hace el favor de mirar a sus chiquitos. Wilma relata sus discusiones continuas con su vecina debido a que no pudo aún sellar el piso de su baño y el agua se filtra hacia la casa de abajo.

Un dato fundamental de nuestro trabajo de campo es haber entrevistado básicamente a mujeres. Es que ellas constituyen la mayor parte de los consultantes en los CeSACs. Esto puede deberse a distintos motivos. Por un lado, a los procesos de feminización de pobreza -fundados no sólo en la cantidad de mujeres pobres sino también en la reorientación de las intervenciones sociales hacia ellas como población-objetivo (Fraser, 1987; Fraser y Gordon, 1994; Haney, 1996). Cabe señalar al respecto que los CeSACs aún trasuntan la impronta de sus orígenes, en que fueran pensados como centros de atención materno-infantil.[366] Por otro lado, en lo que hace a las tareas de cuidado del grupo doméstico, entre las cuales la atención de los padecimientos posee un lugar fundamental, las mujeres han ocupado históricamente un rol diferencial (Menéndez, 1992; 1993). La maternalización social de los cuidados de la infancia refuerza y profundiza aquel rol (Llobet, 2012). Tal vez a lo anterior haya que agregar la particularidad de las consultas *psi*, en las que -siendo que la mayor parte de los profesionales son mujeres- pareciera recrearse un vínculo de solidaridad de género. Asimismo, la consideración de que los patrones culturales de psicologización de problemas sociales hacen un énfasis particular en las problemáticas sufridas por mujeres (Korteweg, 2006).

El lugar socialmente asignado a las mujeres en las tareas domésticas lleva a considerar que, dentro de los hogares vulnerables, tienden a ser ellas quienes poseen peores condiciones de vida por la necesidad de combinar aquellas con la búsqueda de ingresos (Lo Vuolo et al, 2004). Las mujeres se ven así afectadas por una menor empleabilidad, peores condiciones de trabajo, y la subordinación de su vida económica al matrimonio y la maternidad (Andrenacci, 2010). Entre quienes hemos entrevistado en el CeSAC, si bien algunas conforman hogares monoparentales no es esta la regla; por el contrario, la conyugalidad resulta una elección fuertemente condicionada por las necesidades de la reproducción cotidiana. Tan es así que las mujeres que viven solas con sus hijos muchas veces deben su decisión a la violencia doméstica o de género.[367]

[366] Véase el Capítulo Tres del presente trabajo.

[367] Cabe advertir que, correspondiendo el universo de entrevistados a sujetos que se vinculan con el área de salud

Los roles de género remiten a patrones de socialización. Tradicionalmente asociado con la mujer, el ámbito de lo doméstico es el lugar donde transcurre gran parte de la vida cotidiana de las entrevistadas. Fuertemente territorial, en consecuencia, la socialización incluye el modo en que se definen los problemas que hacen a la reproducción cotidiana de los grupos familiares. Tal definición incluye el valor asignado a la ayuda mutua, a los espacios compartidos y a la acción colectiva. Las prácticas que se despliegan en consecuencia conforman, de modo agregado, una trama relacional específica.

Si bien tanto en Villa 23 como en el Boero, comedores y merenderos aparentan proponer una alternativa a la domesticidad familiar, las entrevistadas los consideraron como solución individual a dificultades de reproducción individuales. De hecho, el que las actividades de reproducción cotidiana sean entendidas como un asunto privado y que insuman a las mujeres prácticamente todo su tiempo está valorado por varias de ellas como indicativo de ser "una buena mujer" -o "una buena madre", lo cual suele ser un sinónimo.

> Yo soy más que me dedico a mi casa, a mis cosas, a mi trabajo, a mis hijos, que llevarle a la escuela, que traerle, que limpiar, después ya era la hora que tenía que ir a buscarle. (Esther, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

Junto con lo anterior, los tiempos y condiciones de espera marcan una sociabilidad particular, parte importante de la experiencia de acceso a beneficios sociales.[368] En ella, la superposición horaria es habitual. Por ejemplo, los CeSACs de Villa 23 y del Boero -a diferencia de otros ubicados en barrios de sectores acomodados- están abiertos principalmente de mañana. Hasta media tarde funcionan sólo algunas especialidades, y luego cierran, alegando motivos de inseguridad. Los recorridos de esta franja horaria son parte del saber cotidiano de las mujeres de estos barrios. Como contrapartida, los trayectos no suelen ser demasiado extensos.

La reproducción se ha desmercantilizado en gran parte. Sin embargo, lo ha hecho a costa tanto de la exhibición de carencias y necesidades, como de la peregrinación entre programas fragmentarios, entre organismos y agentes (Lo Vuolo et al, 2004; Andrenacci, 2010; Andrenacci y Soldano, 2005). Al funcionar como lógica organizadora de la vida cotidiana, y en un contexto de desertificación de organizaciones horizontales, se han producido territorios

---

mental de los CeSACs, estas situaciones suelen relacionarse con la recomendación de asistencia psicológica como modo de hacer frente a aquellas experiencias.

[368] Auyero (2012) señala lo anterior como modo en que se construye la relación entre el Estado y los pobres -quienes así aprenderían un modo de conducirse contrario al que implicaría un principio de ciudadanía. Korteweg (2006) plantea que la espera, junto con el maltrato que las mujeres suelen recibir por parte de las agencias del Estado social, concretizan el significado desigual de la ciudadanía en términos de género.

en los que impera una perspectiva de asistencialismo generalizada (Soldano, 2008).[369]

Para hacer frente a los procesos de reproducción de la vida cotidiana, y los riesgos que en ellos pueden aparecer -riesgos que a su vez se ven acrecentados por sus condiciones de vida y trabajo- el recurso a agencias territorializadas, tanto estatales como del tercer sector, constituye la fuente principal de aprovisionamiento de distintos tipos de capital.[370] En tales marcos, el espacio barrial se vuelve terreno de lo familiar, de lo conocido y, fundamentalmente, de lo posible.

8.2.3. CeSACs y psicólogos: estrategias de distinción y acceso simbólico a la ciudad

Encarnación cuenta que, como otras veces, actualmente tiene cobertura por obra social. Pero como sus empleos suelen ser ocasionales, prefiere acudir al CeSAC para no discontinuar sus tratamientos, puesto que allí ya la conocen y le dan prioridad en la asistencia. José cuenta que teniendo la obra social de los jubilados, la atención que recibe en el CeSAC no sólo es de mejor calidad y con menores tiempos de espera, sino que además le permite obtener gratuitamente los medicamentos que necesita. Patricia explica que el clínico le ordenó una ecografía, "pero el tema de los estudios, yo me lo hago en privado, porque ya te digo: en hospital público, olvidate". Matilde se atiende con la psicóloga en el CeSAC porque para acudir semanalmente le resulta conveniente ir a la vuelta de su casa, pero para las especialidades médicas concurre a una clínica cercana, de la que dispone gracias a la obra social de su marido. Jessica cuenta que sólo va al CeSAC a llevar a su hermanito a la psicóloga, porque se atiende en el sanatorio de la obra social que tenía antes de venir al barrio. Agrega que cuando tuvo que venirse al barrio, mudándose con su hermano menor, su hijita y su pareja a la casa del tío de su marido, la principal recomendación que recibió sobre los recursos barriales fue "que mejor ni me acerque".

Entre el "huir" de los establecimientos barriales en la medida de lo posible, y elegir sostener el vínculo con los CeSACs por considerarlo más seguro que otras opciones, los distintos usos configuran parte del aislamiento en que se procesan las necesidades atinentes a la

[369] Andrenacci (2010) ha denominado a este proceso como de "asistencialización" de las intervenciones del Estado social. Distintivo tanto en su forma como en su contenido, ha implicado la configuración de un tejido multívoco de actores sociales tanto públicos como privados. Basadas en la atención de distintas expresiones de carencias y en el abordaje diferencial para cada atributo -en lugar de en causas jerárquicamente superiores y por tanto generalizables- la multiplicidad y escasa duración de los distintos programas ha ido de la mano con la consolidación de un modelo asistencial también sostenido por las ONGs, que hace de la participación y del esfuerzo individual la clave de resolución de todos los problemas (Lo Vuolo et al, 2004).

[370] Si bien la disponibilidad de medios de transporte es mucho mejor que en el conurbano, distintos procesos materiales y simbólicos derivan en lo que se ha denominado como *territorialización de la cuestión social* (Soldano, 2008).

reproducción cotidiana. El acercamiento a los CeSACs se gestiona como un uso individual, que incluso llega a entrar en contradicción con la utilización que de él hagan otros habitantes del barrio. Y la motivación que subyace en muchos de aquellos usos acusa la impronta de lógicas de demarcación (Prévôt Schapira, 2000).

En las últimas décadas un proceso de heterogeneización de las pobrezas -en términos de trayectorias, capitales, autopercepción y lógicas de acción- se ha superpuesto con la fragmentación de los servicios ofrecidos a las poblaciones vulnerabilizadas (Merklen, 2005). Junto con locadores y locatarios, y con beneficiarios y excluidos de exiguos programas, convive el afán de reafirmar fronteras, buscando demarcarse de los más pobres (Prévôt Schapira, 2000). Siendo la relegación no sólo material sino también simbólica (Auyero, 2001; Di Virgilio et al, 2011), los recursos que el territorio provee son utilizados siguiendo lógicas en las que gravitan ambas dimensiones.

El *capital espacial,* en tanto conjunto interiorizado de formas intelectuales y prácticas en que los sujetos se relacionan con el espacio considerado como un bien social (Prévôt Schapira, 2001) es un elemento de diferenciación. Apelar a él, a través de enunciados y usos, conlleva la intencionalidad de reafirmar fronteras. El aspecto exterior de la vivienda, junto con su ubicación en términos de conectividad (Gutiérrez y Rearte, 2006) y de acceso a servicios urbanos (Pirez, 2004), se vuelven elementos de estratificación. La cercanía al CeSAC forma parte de las lógicas de demarcación.

Pero la dimensión simbólica de la vinculación con los CeSACs no se agota allí. Dado el carácter selectivo de la población que a él acude este vínculo puede operar como parte de las estrategias de distinción (Kessler, 1996; Kessler y Di Virgilio, 2008; Prévôt Schapira y Cattaneo Pineda, 2008). El hecho de que el profesional al cual se acude sea un psicólogo parece reforzar aquello. Para quienes poseen historias de pobreza estructural, provee además la sensación subjetiva de mejorar su status, accediendo a prácticas características de otros sectores sociales. Para quienes, en cambio, provienen de trayectorias de empobrecimiento, el acceso es signado como un marcador de origen social, buscando con él una distinción respecto de su entorno (Kessler, 1996). En poblaciones migrantes, se suma a los sentidos anteriores el considerar el acceso a un CeSAC -y más aún, a un psicólogo- como indicativo de un acceso simbólico a la ciudad.[371]

[371] Decimos que este último sentido se agrega a los anteriores porque puede incluir tanto a sujetos provenientes de situaciones de pobreza estructural en sus lugares de origen, como a quienes hayan gozado de una buena posición relativamente mejor en sus lugares de origen implicando la migración -contrariamente a sus expectativas- un descenso en su status social. En esta situación hemos encontrado mujeres que migraron para distanciarse de parejas violentas, personas que migraron por problemas de salud que no podían resolver en su

8.2.4. Contornos borrosos de los CeSACs

En una asamblea de la jefa de un CeSAC con los vecinos se dejaron oir dos reclamos. Uno, que el CeSAC carecía de espacio y por eso había vacunado en una carpa. Otro, que no se hace justicia con la entrega de alimentos. Se precisó un tiempo de debate y revisión de malos entendidos para poner en claro que se había confundido una campaña de vacunación nacional con las actividades cotidianas del CeSAC, y que se había confundido la entrega de leche que se realiza desde el Programa de Niño Sano para con la entrega de "mercaderías" que realizan una serie de programas dependientes del Ministerio de Desarrollo Social. "Hay muchos que no entienden nada" -se quejaba la Jefa.

En el Boero la Defensoría no tenía espacio propio, y funcionaba al interior de una escuela. Se tomó contacto con dos mujeres cuyos hijos habían sido derivados por la Defensoría, pero ellas entendían que la derivación la originaba la escuela. Tal fue el caso de María, quien se acercó al CeSAC de su barrio diciendo "me mandan de la escuela para que averigüe de mis hijos". Luego de que los administrativos consultaron, extrañados, y que finalmente se acercó una trabajadora social, ella logró formular el motivo de su acercamiento en otras palabras: "me dijeron de la escuela que averigüe acá si me puedo hacer cargo de mis hijos o no". Allí los trabajadores del CeSAC comprendieron que aludía a que la Defensoría ubicada al interior de la escuela del barrio había recomendado que realice tratamiento psicológico, para luego ver si era posible otorgarle la tenencia de los niños.

Agencias públicas de niveles diferentes, intervenciones fragmentarias de distintas dependencias, opacos acuerdos interburocráticos y definiciones localistas, conforman un panorama ilegible. Como parte de sus repertorios de supervivencia, los sujetos vulnerables recurren tanto a psicólogos y CeSACs como hechan mano de otros recursos asistenciales, sean estos estatales o pertenezcan a alguna organización no gubernamental. Las trayectorias de los sujetos atendidos muestran que el vínculo con los CeSACs no es exclusivo, sino que debe ser comprendido en el marco de aquellas otras opciones junto con las que se administra.

---

lugar de origen, o también personas que confiaron en procesos de ascenso social que finalmente no encontraron. El descenso social entre migrantes afecta principalmente a quienes en sus lugares de origen habían alcanzdo un mayor nivel de formación, dado que los puestos de trabajo que generalmente pueden conseguir remiten a tareas no calificadas. Los inmigrantes bolivianos, particularmente las mujeres, denotan los valores más altos de movilidad descendente, situación que no se condice con su experiencia laboral previa ni con su perfil educativo. En el caso de mujeres paraguayas, en un 78 % de los casos se suele reproducir las inserciones previas. El nivel de educación alcanzado es un atributo con escaso rédito en la calidad de la inserción ocupacional de los migrantes: los que habían alcanzado un menor nivel educativo son los que denotan la mayor proporción con movilidad ascendente, contrastando con la movilidad descendente de quienes tenían un mayor nivel educativo (Bruno y Maguid, 2010). También hemos encontrado, debido a los obstáculos locales para acceder a la propiedad de la vivienda, que algunos migrantes poseen propiedades en su país o provincia de origen, pero que la falta de fuentes de empleo les ha llevado a trasladarse a lugares donde su calidad de hábitat es deficiente.

Tal como hemos ido señalando, mientras que la atención biomédica es lo más propio del CeSAC, sus trabajadores sociales y psicólogos se vuelven el punto en el que el CeSAC se amalgama con otras instituciones, entre las cuales muchas veces el límite no es percibido.

8.2.5. El Estado, una institución entre otras

> Por partes también extraño como le digo a mi madre, mi padre, mis hermanos. Pero mis hijos de mí están más mejor acá. Porque cuando vivía allá, en Bolivia, si no salía a vender, no comíamos. Mientras que acá yo puedo dedicarme mejor con ellos, tengo como le digo esta salita, recibo la tarjeta, me ayudan en la parroquia, saco mercadería… También cuando ando mal voy al merendero, y ahí hasta ayudan a los chicos con los deberes (Yolanda, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

La utilización que profesionales y usuarios hacen de los CeSACs es dignataria de un contexto configurado por una expectativa recurrente de asistencialismo. Auyero (2001) postula que la expectativa de asistencialismo presente en los sectores vulnerables ha surgido como aprendizaje a lo largo de su relación con instituciones del Estado. Sin embargo, nuestro trabajo de campo ha ido mostrando que la sedimentación de estos patrones de relación personalizados, donde el conocimiento mutuo -lejos de instituciones que garanticen igualdad de acceso- juega un lugar clave a la hora de hacerse con distintos recursos, excede a las intervenciones y establecimientos públicos. En lugar de competer exclusivamente a la esfera de lo estatal o, en su defecto, partidario, las *redes de resolución de problemas* incluyen ampliamente a organizaciones de la sociedad civil. Tan es así que desde la perspectiva de los sujetos resulta infrecuente encontrar alguna marca que permita distinguir si una agencia es estatal o, por el contrario, pertenece al tercer sector. De modo generalizado, programas e instituciones se caracterizan por el carácter recortado de sus destinatarios, así como por su falta de coordinación y desconocimiento recíproco. Siendo tal atomización la regla, un eventual acceso ampliado queda dependiendo de la voluntad personal de quien interactúe con los sujetos, y de la red de contactos que pueda poner a disposición -tanto en las agencias estatales como en las restantes.

Comedores y parroquias o centros evangélicos son algunas de las instituciones con más gravitación en la vida cotidiana de los usuarios de CeSACs con los que se tomó contacto.[372] También, programas asistenciales de organizaciones no gubernamentales -que con frecuencia sostienen espacios planteados como recreativos o de capacitación, a través de los cuales

[372] Cabe señalar que si bien muchos comedores y merenderos aparecen a priori como organizaciones vecinales, su tarea no se explica si no es por su vinculación con asociaciones que exceden al contexto local (religiosas o partidarias, en gran medida) o bien con programas estatales.

también se administran otro tipo de recursos. Amalgamándose aquellos en muchas ocasiones con programas estatales nacionales o locales, una entidad tan difusa como el Estado difícilmente es percibida como tal por los destinatarios.

Hurgando en la perspectiva de los consultantes, aparecen algunos rasgos que ocasionalmente permiten deslindar el carácter estatal de las instituciones. En primer lugar, el deterioro edilicio de las agencias, el maltrato por parte de algunos de sus agentes, y los extensos tiempos que conlleva el acceso a la asistencia -materializados a modo de largas "colas". Ahora bien, estos rasgos se encuentran asimismo en otras organizaciones; si bien ámbitos eclesiásticos y parroquiales parecieran estar exentos de este tipo de desventajas, algunas organizaciones privadas -generalmente, las subsidiadas por el Estado o que proveen para este servicios tercerizados- o corporativas -las obras sociales- cargan con idéntica impronta.

> Hay un centro de salud, te entregan la leche, te entregan medicamentos... tenés ginecóloga... hay un montón de menores que antes, creo que si no estaría el centro de salud, estarían todas con hijos. Mal o bien, es una... Andá y sacá un par de forros de ahi, que son gratis. Tiene su lado bueno: te dan medicamentos, te dan leche. A veces, tampoco... la atención, también es media... cuando venís a sacar los turnos... cómo tratan a los que viven alrededor del centro de salud, y cómo tratan a las señoras que viven por allá atrás, por ejemplo. La forma de hablarles, se nota que cambia. Se nota que hablan de otra manera, "la trato para la mierda: total, es boliviana y viene acá" Y después, bueno: la típica. Que el conocido consiga turnos y el otro, que espere y a la cola. (Marcela, consultante. Entrevista personal, 27 de agosto de 2011)

Otro rasgo que acompaña a lo estatal es el ser sede de distribución de recursos gratuitos. En principio, esta característica excede al Estado, no obstante la particularidad que en ocasiones surge asociada es la sospecha de una administración fraudulenta. En estos casos, cuando aquel *saber práctico* compartido en torno de la gravitación de los factores interpersonales en la distribución de recursos no resulta efectivo, lleva a cuestionar a los agentes. Si bien en principio esto parece corresponderse con el análisis de Gupta (1995) respecto de la corrupción como elemento que denotaría la configuración de expectativas que demarcan aquella entidad abstracta denominada "Estado", entendemos que el sentido que aquí adquiere es distinto. Es que no se trata de una denuncia hacia los particularismos sino que, por el contrario, los intentos de acotar la discrecionalidad son los que suelen despertar recelo. Tal fue el caso de un hombre que fue al CeSAC 54 reclamando agresivamente una pastilla de anticoncepción de emergencia para la mujer que lo acompañaba. Cuando la ginecóloga intentó explicarse que ella era encargada de administrar ese recurso según evaluara clínicamente la pertinencia, el hombre le expetó: "son del gobierno, son gratis, ¿te las vas a quedar vos?"

La característica que opera como común denominador de las experiencias de sujetos socialmente vulnerables es la precariedad en los modos de vida. Una precariedad que no sólo

es material, sino que se relaciona con la debilidad de aquellas instituciones que proveen cierta seguridad (Castel, 2005). Las intervenciones estatales no son ni más certeras ni más universales que las que ofrecen otras instituciones. En cualquiera de ellas, los beneficios permanecen ligados a un carácter ético personal, que funda la solidaridad de los donantes hacia los receptores (Lo Vuolo et al, 2004). La consolidación del tercer sector -con presencia desigual en el espacio- es parte fundamental de la experiencia asistencial y contribuye a consolidar la proximidad interpersonal -y en consecuencia, física. Las agencias estatales son un espacio más de provisión de recursos, a administrar entre otros disponibles.

Conclusiones preliminares

Para los sujetos socialmente vulnerables el territorio en que habitan ocupa un lugar fundamental en la definición de la estructura de oportunidades, de las experiencias cotidianas, y de sus expectativas. Aún siendo barrios degradados, los espacios en que habitan ofrecen ventajas comparativas que los vuelven elegibles. Pero al mismo tiempo, determinan la cercanía con otros sujetos desconocidos o potencialmente amenazantes. Aquello parece amplificarse en el caso de las mujeres, en la medida en que su socialización de rol señala como responsabilidad suya el ámbito doméstico y la reproducción del grupo familiar ampliado. Mediando, claro está, el afrontar aquella responsabilidad individualmente.

Las redes de resolución de problemas trasuntan no sólo el tipo de relación establecida con los agentes estatales, sino que también hablan de los soportes de proximidad en general. Y la forma en que se definan los problemas atinentes a la reproducción cotidiana prefigura entonces la manera de afrontarlo.

En las pautas de sociabilidad cotidiana encontramos marcas de los efectos no intencionados que se derivan del accionar de agentes estatales. También, de orientaciones de gobierno en diversas escalas de espacio y tiempo. Entre tales efectos se encuentra el que las agencias estatales tiendan a volverse indiferenciables en el marco de los repertorios de estrategias de supervivencia. Es que siendo la asistencia una dimensión estructurante de su vida cotidiana, la certidumbre que proveen se remite básicamente a las redes interpersonales establecidas con sus agentes -lo mismo que sucede en agencias sociales no estatales. Nuevamente el área de salud mental de los CeSACs muestra su fertilidad como punto de mira de dinámicas más amplias.

En un complejo condicionamiento recíproco, el aislamiento de los sujetos socialmente vulnerables es medio y resultado de la relación que cotidianamente se establece con distintas agencias sociales. Derivado de lo anterior, y refractando un determinado orden social, los

problemas vinculados con la reproducción son definidos como asuntos a resolver dentro de ámbitos privados -sin encontrar traducciones que los presenten como problemas de índole colectiva.

Pero con lo aquí descripto y analizado, ¿hemos agotado las dimensiones estructurantes de la sociabilidad? ¿Nos hemos acercado a los modos en que los sujetos experimentan los vínculos en su cotidianeidad, o aún nuestra mirada se encuentra condicionada por el lugar desde el que se produce -y en consecuencia, por lo convencionalmente entendido por "salud"? ¿Hemos considerado verdaderamente las redes de resolución de problemas al recortar las relaciones de proximidad y las agencias sociales? Concluiremos nuestra operación de descentramiento en el próximo Capítulo, retomando uno de los significantes más presentes en la vida cotidiana de los sujetos socialmente vulnerables: la "inseguridad".

-Capítulo 9-

La inseguridad como contexto y condición de la cotidianeidad en territorios degradados

Introducción

Sea por virtud de las reglas formales o informales, el carácter recursivo de las prácticas que tienen lugar en los distintos escenarios de interacción organiza las expectativas, proveyendo una sensación de seguridad ontológica (Giddens, 1995). Este elemento reviste un carácter paradójico en torno del área de salud mental de los CeSACs, tal como sucede en otras agencias que entran en contacto con sujetos socialmente vulnerables. Es que si existe algo previsible, ello es la falta de previsibilidad. Esta paradoja no es sólo un recurso narrativo: mientras desde una mirada analítica la incertidumbre relacionada con el siempre posible desajuste de expectativas parece algo desestabilizante, desde la perspectiva de los sujetos involucrados -tanto profesionales como usuarios de los CeSACs- aquella remite al carácter propio del orden de las cosas.

Ahora bien, mientras tal incertidumbre parece no revestir un carácter problemático desde el punto de vista de profesionales y usuarios, existen otras fuentes de imprevisibilidad cotidiana que sí representan para ellos una dificultad, una limitación, un problema. Y un problema grave.

Lo denominado de modo impreciso como "inseguridad" apareció de modo espontáneo e ineludible durante el trabajo de campo. Por un lado, en la voz de los agentes institucionales y de los consultantes al justificar sus prácticas, buscando hacerlas razonables. Por otro lado, en la propia experiencia, puesto que resultó un aspecto determinante de la inserción investigativa. Fuimos entendiendo que dejar por fuera de nuestro análisis aquello que empíricamente insistía desde distintos ángulos implicaba empobrecer nuestra comprensión de la sociabilidad de los sujetos socialmente vulnerables. Entendimos que "la inseguridad" ocupa un lugar definitorio en la realidad de lo descripto. Creímos necesario, en consecuencia, otorgarle un lugar en el análisis.

A través de la búsqueda sistemática de desarrollos teóricos y abordajes empíricos preexistentes, fuimos encontrando que aquella intuición inicial poseía un correlato en la literatura. El carácter no problemático de la incertidumbre en las condiciones de vida, incluyendo las condiciones de acceso a bienes y servicios, se correspondía también desde algunas perspectivas con la problematicidad que sí asumen para los sujetos los eventos de orden delictivo. Es en tal contexto donde se especifican los efectos concretos de que los agentes sociales del Estado se relacionen con los sujetos socialmente vulnerables básicamente

a través de integrar sus redes de proximidad.

Este último Capítulo surge en aras de presentar algunas de esas conexiones, puntos de tensión, paradojas. Abordaremos entonces a "la inseguridad" tanto en su definición pública como en lo que ha quedado por fuera de ella, como dimensión multívoca y determinante de la relación entre profesionales y usuarios de CeSACs.

9.1. El problema socialmente definido como "inseguridad"

Comenzaremos nuestro análisis retomando la perspectiva de los actores respecto de esta temática, señalando la conexión entre aquella y las definiciones socialmente instaladas al respecto. Perspectivas y experiencias de agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables serán analizadas conjuntamente, en aras de complejizar la presentación de las implicancias del temor al delito. Nuevamente, en aras de una comprensión crítica, buscaremos anclar lo entrevisto en procesos ampliados de orden macrosocial.

9.1.1. La "sensación de inseguridad"

A partir de los procesos de apertura de mercados, la CABA ha ido adquiriendo características similares a otros centros urbanos. Tal similitud refiere tanto a la ocurrencia fáctica de sucesos, como a las claves interpretativas que se divulgan y gravitan en los marcos de sentido subjetivos. Así, si bien en términos relativos las tasas de criminalidad siguen siendo bajas, la ocurrencia de fenómenos definidos como delictivos ha aumentado. Sumado a lo anterior, ha ido ganando pregnancia el temor a ser víctima de un delito -el denominado *sentimiento de inseguridad* (Kessler, 2009).

El origen de esta preocupación puede ubicarse durante los años ochenta en los países centrales. Fue allí donde el significante "seguridad" comenzó a menguar su vínculo orgánico para con la esfera de la protección social en términos de previsión de riesgos de la vida activa -"seguridad social"-, siendo utilizado de modo creciente en alusión a la órbita del derecho penal (Castel, 2004). Tal trasposición fue en paralelo con el nuevo uso que de este término hicieron distintos organismos internacionales (Binder, 2009; Mouzo et al, 2010b). En Argentina, las resonancias de estos debates han incluido la resignificación del concepto de seguridad ciudadana, constructo otrora asociado a la conflictividad política y al accionar de las fuerzas de seguridad durante la última dictadura militar (Pegoraro, 2000).

Vinculado a las nuevas acepciones que rodean al concepto de inseguridad, el miedo a una potencial victimización delictiva es cada vez más una de las experiencias definitorias de los espacios urbanos (Daroqui, 2003; Del Olmo, 2000; Kessler, 2010; Pegoraro, 2000). En la

medida en que este temor provoca una serie de estrategias de afrontamiento, generando a su vez consecuencias específicas en la sociabilidad urbana, admite ser analizado de modo independiente a la ocurrencia concreta de actos delictivos (Kessler, 2009). Vale decir que la preocupación social por el tema de la inseguridad es constitutiva de su definición. Lo mismo podríamos decir respecto del recorte en torno de los causales de tal inseguridad con que aquel temor opera. Al respecto, es menester precisar qué tipo de mediaciones interpretativas lo anclan a ciertos grupos poblacionales y espacios, los que serán en consecuencia considerados como peligrosos.

La sensación de inseguridad toma fundamentalmente como objeto de temor a los actos contra la propiedad privada -robos y hurtos- y contra la integridad física que tienen lugar en espacios públicos. En Argentina, particularmente, se ido conformando un imaginario según el cual quienes cometen aquellos primeros lo hacen de modo tan irracional que la intención de robar cualquier objeto, por nimio que este sea, puede derivar en una agresión que incluye incluso al homicidio como posibilidad (Kessler, 2009; 2010). Más allá de los tintes locales, aquello guarda similitud con una consecuencia generalizada de este temor social: el retraimiento en los ámbitos privados (Bauman, 2000; Dammert, 2009). Es allí donde se observa un primer grupo de consecuencias profundas. Entre ellas, la tendencia a invisibilizar aquellos delitos que ocurren en el seno de los hogares, mayormente los ligados a la violencia y abusos intrafamiliares. En el gesto mismo de evitar los espacios públicos, las víctimas de aquellos delitos se encuentran en un mayor estado de indefensión. Pero la desertificación de las áreas públicas tiene aún una serie más larga de consecuencias.

Una de las características que resultan amenazantes de los espacios públicos es la heterogeneidad social. Esto lleva a que se conserve en mayor medida la participación en aquellos más homogéneos socialmente. Es que la asociación entre delito y pobreza lleva a que los más favorecidos eviten a quienes menos tienen, y a desalentar el que estos últimos acudan a lugares compartidos puesto que ello les implica el estigma de resultar sospechosos.

De modo concomitante con los procesos de empobrecimiento masivo, se ha ido demarcando como peligrosos a quienes no acceden a la figura de consumidor-ciudadano (Reguillo Cruz, 2000). Dentro de aquellos grupos poblacionales, quienes han sido específicamente señalados han sido los jóvenes (Guemureman 2006; 2012; Guemureman et al, 2011). No sólo se los tiende a considerar potenciales delincuentes, sino que abundan los razonamientos de sentido común que les imputan una mayor impulsividad en su accionar (Kessler, 2009; 2010). Como resultado, las zonas o territorios demarcados como especialmente inseguros coinciden con la presencia de jóvenes pobres (Rodriguez y Seghezzo, 2010). La sensación de peligrosidad de

transitar espacios públicos cercanos o internos a territorios degradados, en los que habitan sujetos socialmente vulnerables, debe ser ubicada en tal contexto.

En la configuración y persistencia de esta nueva sensibilidad social -que hace equivaler inseguridad con ciertos tipos de delito, y jóvenes pobres con potenciales delincuentes- los medios masivos de comunicación han jugado un papel protagónico (Binder, 2009; Calzado, 2004; Guemureman et. al, 2011; Lorenc Valcarce, 2005; Sozzo, 2000; Vélez, 2000; Pegoraro, 2000; 2002). A través de ellos se ha insistido en interpretar la vulnerabilidad debida a la desestructuración de los sistemas de protección social y de esferas clave como la laboral en términos de categoría de identidad, responsabilizando a los grupos vulnerabilizados por su situación (Ayos y Dallorso, 2011). Simultáneamente, se ha ido forjando el aval hacia la reconfiguración del rol del estado -consensuando el encogimiento del rol social del estado al tiempo que se suman adhesiones a las políticas punitivas como modo de gobernar la cuestión social (Pegoraro, 1997; Rodriguez y Seghezzo, 2010).

9.1.1.1. La "inseguridad" para los agentes institucionales

El 7 de mayo del 2009 un canal de televisión abierta anunciaba la presentación de un material audiovisual con estas palabras:

> La villa más peligrosa de la ciudad de Buenos Aires como nadie te la mostró. Más de cien horas de grabación registradas por tierra, en tren, en lancha, con cámara oculta y abierta. Conocerán cómo operan los narcos (...) Y serán testigos de cómo utilizan a nenas de once años para vender drogas. Además, los destruidos por el PACO y el impactante accionar de "las pirañas". Una experiencia única entre la vida y la muerte, en el corazón del infierno.[373]

Aquel material, presentado como documental, refería al Boero. Si bien su contenido fue repudiado en distintos medios de comunicación -tanto masivos como comunitarios- llegando incluso a ser denunciado por algunas organizaciones, su tono quedó resonando entre los habitantes de la Ciudad. Continuaba como un eco en la misma medida en que el autor de aquellas palabras había sabido reflejar un sentimiento preexistente.

Tanto antes como después de aquel documental, quienes trabajan en el CeSAC del Boero lo hacen mayormente hasta el mediodía. No sólo el horario en que se van, sino también muchas veces el horario en que llegan, está condicionado por lo que se considera como estrategia preventiva ante el delito: llegar e irse acompañados.[374] Tanto antes como después del

[373] En mayúsculas en el original. Disponible en el blog del periodista que registró el material, *http://facundopastor.blogspot.com.ar*

[374] Cabe tal vez matizar la afirmación anterior y la interpretación de lo que se expone a continuación al mencionar que ya Lipsky (2010) había descripto como rasgo estructural de las burocracias públicas el interés en

documental, quienes se desempeñan actualmente en el CeSAC pueden hacer una larga enumeración de compañeros que han conseguido -"por suerte"- poder cumplir al menos parte del horario en que están designados en otro establecimiento. De hecho, casi todos sueñan con poder hacerlo. Tal vez haya existido una profundización de estas estrategias y expectativas luego de aquel documental, pero no hemos podido confirmarlo.

Según puede deducirse de nuestro objeto, la delimitación de un barrio como "peligroso" impacta directamente en la calidad de los servicios sociales que allí se ofrecen. Durante el trabajo de campo adquirió particular resonancia el caso de un hombre fallecido en una villa miseria por falta de atención médica, debido a que quienes conducían la ambulancia no quisieron ingresar dentro del perímetro de aquella.

Respecto de los CeSACs, establecimientos cuya particularidad reside muchas veces en su inserción territorial, las estrategias que los agentes estatales ponen en marcha como respuesta al temor a ser víctimas de un delito no se circunscriben al Boero. En las reuniones de red convocadas desde la Dirección de Salud Mental, la "inseguridad" es un tema recurrente en quienes se desempeñan dentro de establecimientos situados en villas miseria. En la voz de los profesionales, más de una vez se desplaza incluso hacia algo seguro: de amenaza latente a certeza inminente -"salís y te roban", afirmaba una psicóloga. En los relatos que pueden escucharse en estas reuniones, el robo a profesionales, el robo de insumos y la portación de armas son ingredientes habitualmente presentes.

En los distintos CeSACs, los profesionales ensayan -en solitario- respuestas. En otros casos, las mismas autoridades aconsejan o desaconsejan medidas alegando no haber "nadie que se haga responsable si les pasa algo". La reducción del horario de trabajo es una entre las posibles. La más habitual, interrumpir las actividades extramurales limitándose a la atención a demanda -lo cual de hecho llevó a discontinuar la propia inserción etnográfica en el CeSAC de Villa 23.[375] Para quienes insisten en sostener intervenciones comunitarias, las denominadas "poblaciones cautivas" son significativamente las que resultan elegidas -fundamentalmente, los alumnos y docentes de establecimientos educativos.

En ocasiones, y bajo la presión del reclamo profesional, algunas respuestas pueden provenir de otros niveles de gestión. Así sucedió en algunas áreas programáticas en las que se implementó un sistema de "combis" (microbuses) para llevar a destino a los profesionales e

publicitar sus dificultades. Según este autor, las asociaciones gremiales y profesionales ocupan gran parte de su tarea en señalar la escasez de recursos y los ambientes inhóspitos y amenazantes en que se desempeñan, advirtiendo que ello disculpa a los agentes en el ejercicio de sus tareas cotidianas.

[375] La cual debió suspenderse luego de que los dos psicólogos con quienes se trabajaba y una médica clínica fueran asaltados al regresar al CeSAC tras una recorrida barrial. Pueden encontrarse más precisiones respecto de la propia inserción etnográfica en el Anexo Metodológico.

irlos a buscar, considerado como medida de prevención de los asaltos a profesionales transeúntes o en autos particulares.

Bajo ciertas circunstancias, las respuestas son más tajantes. El CeSAC del Boero estuvo cerrado casi dos años seguidos por "situaciones de violencia", según definieron sus profesionales y su Jefa. También permaneció cerrado, junto con otros CeSACs, cuando no se disponía de personal de vigilancia. Esto sucedió en las distintas ocasiones en que hubo problemas con la contratación -puesto que se recurre a tercerizar el servicio a través de agencias de seguridad privada. También, durante la disputa respecto de si correspondía a la Policía Federal o a la recientemente creada Policía Metropolitana quedar a cargo de esta tarea -lo cual ponía a su vez en estado de revisión aquella contratación. Cerró asimismo, como todos los CeSACs cercanos, cuando en la Villa 23 una ambulancia fue baleada.[376]

Más allá de las prácticas de quienes se desempeñan en los CeSACs, las estrategias de evitación de las zonas definidas como inseguras inciden de otros modos en la configuración de la oferta profesional. En los establecimientos insertos en territorios considerados como peligrosos suele haber cargos vacantes debido a la falta de postulantes. "Eso nos pasa siempre: si le decís la Villa Velárdez, que sale todos los días por la tele… y, los profesionales lo primero que piensan es `¿y para qué voy a ir ahí?`" -explicaba el Jefe de un CeSAC inserto en una de las villas miseria más grandes de la ciudad.

Respecto de los efectos más indirectos de las estrategias puestas en juego ante el temor al delito, debe mencionarse el impacto en la configuración de vínculos entre agencias. Siendo que estos son sostenidos de manera informal, el recorte de las plataformas de interacción (Laraña, 1999), resultado de la reclusión al interior de los efectores, deriva en una menor posibilidad de remitir o contactar a los sujetos con otras instituciones o programas locales. Vale decir que a raíz de las dinámicas que determinan las prácticas interinstitucionales, la sensación de inseguridad impacta a nivel de una atomización entre las distintas agencias y actores locales. En consecuencia, aquello que fue predicado respecto del efecto de atomización que se deriva del temor al delito (Dammert, 2007; 2009) resulta extensivo a esta otra escala.

Considerando que los relatos producidos en torno de la inseguridad son constitutivos de las estrategias desplegadas, interesa referirnos brevemente a dos tópicos presentes en las

[376] Las ambulancias han dejado de entrar a algunas villas, alegando que no lo harían sin presencia policial. Esto ha motivado acciones judiciales, distintas asociaciones profesionales han puesto como condición para entrar en estos territorios el ir acompañados por fuerzas de seguridad, lo cual ha resultado de difícil implementación. En una villa de la ciudad, el 5 de abril del 2011 falleció una persona por falta de atención médica, lo cual luego de una movilización alcanzó a los medios masivos, en medio de aquella disputa entre gobierno local y nacional por la responsabilidad jurisdiccional de las fuerzas de seguridad en el subsistema público de salud.

narrativas de los agentes. En primer lugar, al hecho de que más que el delito en sí mismo, se teme la violencia que este -se cree- trae aparejado. De hecho, algunos profesionales asocian su temor a lo que denominan como "ajustes de cuentas" entre habitantes del barrio, vinculando su preocupación a cuestiones más relativas al delito organizado. En relación con la violencia atribuida a los delitos, resulta frecuente encontrar que los profesionales ubiquen como motivo el consumo de la denominada "pasta base".[377] En segundo lugar, interesa referirnos al hecho de que, de modo transversal a las imputaciones causales e independientemente de su demarcación temporal específica, las distintas narrativas ubican de modo binario un "antes" y un "después" en la cotidianeidad de los barrios y, en consecuencia, en su propio accionar.

> Ahora ya casi nadie va, a las casas, y nadie se mueve del Centro de Salud. Vas a las instituciones, pero ya no vas a la casa de fulano o mengano, salvo en un caso de mucha necesidad, y acompañado por gente del barrio. Antes, digamos, íbamos solas, sin ningún problema. No tenían que acompañarte. O sea, empezaste sola, después empezaste con profesionales, empezaste con guardapolvo -que no sirve para nada- y después con la gente de la comunidad… Y ahora ya no salís (…) Entonces nos recluimos en las instituciones, hicimos mucho trabajo en las escuelas, de educación sexual… Todo eso fue en estos años, del dos mil…Ibas caminando por la villa, te metías adentro: no pasaba nada. Así como al maestro se lo respetaba, a la gente del Centro de Salud también, y lo reconocían… Ahora hasta a veces no discriminan, aunque lleves el delantal. Ha habido muchos ataques a las docentes, acá en la escuela de al lado, a algunos profesionales de los Centros también, hay gente que…que no quiere volver a pisar las villas… (En entrevista grupal en CeSAC E, 14 de agosto del 2008)

9.1.1.2. La "inseguridad" para los usuarios

Distintos autores han señalado que las características asumidas actualmente por el sentimiento de inseguridad no resultan ajenas a la configuración de nuevos mercados. Por el contrario, cabe analizar el modo en que la constancia de su presencia ha beneficiado a ciertos grupos económicos entre los que se encuentran los medios masivos de comunicación y las empresas de seguridad privada (Binder, 2009; Calzado, 2004; Guemureman et. al, 2011; Lorenc Valcarce, 2005; Galvani et al, 2010; Sozzo, 2000; Vélez, 2000; Pegoraro, 2000; 2002). Bajo la dinámica resultante, profundamente privatizadora, las respuestas a la "inseguridad" -adquiridas mayormente en el mercado- resultan estratificadas según el sector social de

[377] La denominada "Pasta base" de cocaína o "Paco" es en principio producto de la fase intermedia en el proceso de transformación de la hoja de coca en clorhidrato de cocaína. No obstante, la ilegalidad de los mercados de circulación y consumo lleva a que lo que se comercializa bajo aquel nombre pueda contener distintas sustancias que adulteren o rebajen aquel producto. Los efectos socialmente atribuidos a tal sustancia la ubican como responsable de un descontrol total en los sujetos, considerando que su efecto sería breve y su capacidad adictiva, extrema -lo cual los llevaría a buscar inmediatamente y a cualquier costo la forma de continuar consumiendo. No obstante, debemos señalar que los efectos concretos se relacionan no sólo con las propiedades concretas de la sustancia consumida -que se ignoran a ciencia cierta- sino también con la vía de administración, la cantidad consumida, las circunstancias en que se consume, el estado orgánico y psíquico de los consumidores, y su combinación -o no- con el uso de otras sustancias (Touzé, 2006).

pertenencia (Del Olmo, 2000; 2002). Simultáneamente, el impacto de las acciones delictivas es mayor en los sujetos más vulnerables. Ellos se encuentran más expuestos no sólo porque poseen menores alternativas desde las cuales diseñar estrategias de evitación sino también porque al ser sus capitales exiguos, la más mínima alteración de ellos sobreviene en una desestructuración total de su cotidianeidad. También el temor al delito posee un impacto diferencial en estos sectores.

Si bien algunos de los habitantes del Boero han realizado distintas acciones de protesta ante la estigmatización sufrida por parte de los medios masivos de comunicación,[378] el discurso denunciado interpela no solamente a quienes no viven en el barrio sino también a parte importante de sus habitantes.[379]

Argentina es un país donde la intensidad delictiva es comparativamente baja, pese a que las tasas de victimización han ido aumentando en los últimos años (Kessler, 2009; Binder, 2009). Más allá de las limitaciones para mensurar aquellos eventos, es un hecho el que afecta de modo diferencial a distintos sectores de la población. Tal como ha señalado Young (1993), las mayores tasas de delito convergen con una mayor desprotección. Vale decir que los hechos delictivos recaen en mayor medida sobre los sujetos más vulnerables. Esto redunda en que tanto la criminalidad como el temor hacia ella sean parte definitoria de la experiencia cotidiana de quienes allí viven.

> A él (mi hijo) lo mataron acá en la otra cuadra. Estaba esperando a la hermana que vino del baile, y pasó uno, y lo tiró, no sé... Dicen así, la verdad que uno no sabe, qué es lo que estaba haciendo, qué es lo que le pasó, si es verdad que le mató así... Dios solamente sabe: no pudimos hablar con él... Lo llevaron ahí a las seis, le operaron, y... Mi hija me llamó a las siete de la mañana, y... ya para las siete y media, ya estuve ahí en el hospital y... pasé a verle y todo, ya estaba operado. Estaba en la guardia y... y después dijo el doctor "no: le vamos a llevar a terapia" y le llevaron ahí... y no sé qué pasó: le agarró un paro, parece, o dos paros, y bueno: no aguantó. (Justina, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

La sensación de inseguridad no surge a partir de un análisis intelectual. Por el contrario, se vivencia. El temor a ser víctima de una agresión convoca al cuerpo como dimensión ontológica de la subjetividad (Merleau-Ponty 1957; 1970). Vale decir que pesa en el temor a sufrir una agresión física una autopercepción como cuerpo situado y potencialmente amenazado. En esa clave, las respuestas surgen bajo el compás de lo necesario y lo urgente.

[378] Véase por ejemplo Repudio de un barrio al amarillo de la Tevé. (2009, junio 1). Página/12: Sociedad. Recuperado de *www.pagina12.com.ar*

[379] Es que el discurso de los medios masivos y su insistencia en la potencial omnipresencia de actos de victimización, si bien transmite los valores e intereses de quienes los producen y está idealmente dirigido a otros sectores sociales, interpela fuertemente a quienes se sienten más vulnerables. Contrariando al sentido común por aquellos mismos instalado, los varones jóvenes en situación de pobreza forman parte de este público, ávido de consumir aquellas noticias en función de anticipar estrategias de defensa (Vélez, 2000).

La clave de lo corporal nos remite al tiempo y al espacio como ejes estructurantes de la experiencia. A través del modo en que los sujetos los aprehenden, los significan, organizando a través de su utilización la propia experiencia cotidiana, es que podemos acercarnos a los impactos del temor al delito, las mediaciones entre aquella abstracta categoría *sensación de inseguridad* y las realidades concretas de los sujetos.

9.1.2. La gestión del espacio y la sensación territorializada del peligro

El temor al delito posee, como dijimos, un impacto directo en la sociabilidad. Por un lado, porque los vínculos intersubjetivos, fuertemente marcados por la cercanía física, asumen características específicas cuando hay un "otro" potencialmente peligroso que acecha en los espacios compartidos. Por otro lado, porque como resultado de la asociación entre delito y zonas del espacio público, se produce una reclusión en el "nosotros" que tiene a la familia como sede fundamental. Esto último tiende a invisibilizar el hecho de que muchas veces son los ámbitos domésticos los que para la población vulnerable presentan mayores índices de violencia y delictividad. Al respecto señala Del Olmo (2000) que la reclusión en los espacios privados deja más indefensas a las mujeres, pero fundamentalmente a los niños. Por cuestiones de espacio, no nos detendremos aquí en esto último. Focalizaremos, por el contrario, en el modo en que son significados los espacios públicos al interior del barrio, en tanto entendemos que esto condiciona fuertemente las prácticas de consulta y las relaciones que se tejen para con los agentes del estado.

Entre las resonancias de esto último se encuentra el abandono y descuido de los espacios compartidos. Concomitantemente, la apelación a agencias externas como modo de disuasión de usos conflictivos del espacio. El CeSAC del Boero ve reflejada esta dinámica tanto en el poco cuidado que recibe ediliciamente por parte de algunos vecinos como en la defensa que otros hacen de su presencia. Tal como sucedió en otros CeSACs, ante la amenaza de cerrarlo se escuchó a los habitantes cercanos esgrimir como argumento en su defensa el que esos lugares se convertirían en "aguantaderos".[380] Profundizaremos esto más abajo.

Por otro lado, las autoridades del Ministerio de Salud local sostienen que cada CeSAC posee un "perfil" específico, en función del cual la población acude.[381] Entre los argumentos que fundamentan esta heterogeneidad se encuentra el derecho a la libre elección de establecimientos y profesionales. Pero para los profesionales no es indistinto trabajar en un

[380] "Aguantadero" es un término impreciso, cuyo único referente empírico se vincula hacia actividades ilegales de cualquier tipo.
[381] Véase el Capítulo Seis de este trabajo.

CeSAC o en otro. Y la realidad cotidiana de los sujetos que acuden a los CeSACs muestra que no todos los itinerarios son igualmente transitables. La cercanía espacial entre agencias y usuarios es una virtud relativa, que puede incidir en la elección de establecimientos pero que no resulta un elemento determinante por sí solo.[382]

Cuando se georreferencia al CeSAC del Boero se encuentra que este forma un triángulo con otros dos CeSACs. Pocas cuadras separan entre sí a estos tres establecimientos. Ahora bien: una vía de ferrocarril divide los recorridos. Y si bien las viviendas autoconstruidas se han extendido, formando un continuo en cuanto a las condiciones de hábitat, se delimitan entre el Boero y los otros CeSACs dos territorios diferenciados debido a su origen y la identidad que se les supone. De tal manera, lo más frecuente es encontrar que quienes consultan en uno de estos tres establecimientos no acuden a los restantes. La peligrosidad atribuida a zonas y trayectos está entre los motivos fundamentales de aquella falta de intercambiabilidad. Y el CeSAC de referencia para los consultantes no siempre coincide con el más próximo en términos estrictamente espaciales. Más bien diríamos que la cercanía o proximidad son percepciones donde la sensación de peligro ocupa un lugar nada despreciable.

> (…) como estaba el Centro 64 tan cerca, en realidad, la gente debería haber ido ahí, pero siempre fue que la vía dividió una villa de la otra y tienen características completamente diferentes... siempre en el Boero había más gente…de, de, de… de ser peligrosa, que en la Villa 23. La gente de la Villa 23, hasta que apareció la droga allá por el (año) ´94, ´95, era una villa de gente laburadora, paraguaya, chupaban, se emborrachaban, cantaban, qué se yo, pero era gente de cierta… cierta… cierta forma de laburo, no había malevos, maleantes. Y el Boero tenía una fama… había un sector del Boero que no entraba nadie, que eran todos los pesados que afanaban en toda la ciudad, y que ahora es el tema de la droga, ahí mismo. Pero bueno, después entonces aparecieron unos líderes muy buenos… ehhh… especialmente uno que se llamaba Juancho, era una comisión de cuatro, cinco personas, muy… excelentes líderes, que me vinieron y me plantearon la posibilidad, entonces se deshabitó la mitad de una casa y empezaron a venir los doctores. Entonces tuvieron su propio Centro de Salud, el del Boero. (Ex Director de Hospital, sobre el origen del CeSAC Boero. Entrevista personal, 30 de abril del 2009)

Aquel triángulo de establecimiento posee vías alternativas de trayectoria para quién se moviliza en automóvil. Merced a esta posibilidad, algunos profesionales se desplazan entre ellos, atendiendo en más de un CeSAC. También gracias a ella, durante los años que estuvo cerrado, los profesionales sostuvieron su continuidad laboral atendiendo en otro de los CeSACs cercanos. Pero para acudir a ellos, había que adentrarse en la villa. “Imaginate: ¡había que pasar por la villa y están todos los fisura!” -grafica Susana. Vale decir que aún

[382] Recuérdese que nos hemos referido en los capítulos anteriores al hecho de que la contigüidad física no necesariamente coincide con la consideración de un establecimiento como cercano, sino que esto último se relaciona básicamente con las redes interpersonales que en él puedan tejerse.

cuando existiera un vínculo personal forjado para con algunos de estos profesionales, la modificación del lugar de atención opera como factor de peso en el abandono de consultas y tratamientos.

9.1.2.1. La transitabilidad

Al interior del Boero se replica la inscripción desigual en el territorio de la "inseguridad". Aprehender estos mapas resulta imprescindible para comprender los modos específicos que adquiere una transitabilidad menguada. Una serie de consecuencias permanecen invisibilizadas cuando esto no es tenido en cuenta.

Desde la perspectiva de los sujetos, las distancias espaciales se concretizan cargándose de historias locales y de sentidos singulares, por lo que no encuentran reflejo en la abstracción de una métrica convencional. El acceso a los CeSACs puede verse desalentado por la necesidad de atravesar a pie sectores por los que se considera inseguro transitar.

No todas las zonas son valoradas homogéneamente como riesgosas: tanto en el Boero como en Villa 23, barrios considerados desde el exterior como peligrosos, la sensación de amenaza se distribuye de modo desigual en el espacio. Siendo que este mapa es dinámico, y se teje al calor del relato sobre acontecimientos delictivos, su alteración puede incidir en la suspensión repentina de un tratamiento.

Los límites del territorio que los sujetos experimentan como habilitado para sus prácticas cotidianas posee límites cuya demarcación reviste un carácter conflictivo y complejo. Como resultado, se produce una lógica análoga a la que se ha utilizado para analizar la conectividad en términos de sistema de transportes (Gutierrez y Rearte, 2006). Complejizando lo anterior, diremos que más allá de los CeSACs, los vínculos con otras instituciones pueden incluir la necesidad de trasladarse fuera del barrio. Ahora bien, los medios públicos de transporte poseen lugares específicos donde ser abordados -las "paradas" de colectivos. La valoración del trayecto hacia ellos incide también en la referencia a instituciones externas al barrio. Volviendo a nuestra área de interés, lo anterior debe ser articulado con el hecho de que los CeSACs realizan sólo ciertas prácticas, mientras que para otras complementarias derivan a los consultantes al Hospital de referencia.

Sumado a lo anterior, para quienes portan mayores signos de su vulnerabilidad social, circular por espacios de la ciudad distintos a su propio barrio puede implicar no sólo impedimentos al intentar acceder a ciertas áreas o edificios, sino también incluso una detención policial. Esto convierte a barrios como el Boero en un ámbito de reclusión no elegida para los jóvenes en proporción directa de su desanclaje institucional.

Las decisiones no son tan libres en este contexto: por el contrario, se encuentran fuertemente condicionadas por factores externos al acto considerado como "de salud".

9.1.2.2. Peligro y territorio: las "ranchadas" y el problema de "la droga"

Si bien el Boero está visto como una de las villas más peligrosas de la ciudad, sus habitantes entienden que el delito no es igualmente probable en toda su extensión. Hemos mencionado a los relatos acerca de eventos delictivos como desencadenante de una valoración diferencial del territorio. Debemos agregar a aquellos los lugares de "ranchadas". Tal es el nombre dado a los diversos sitios donde personas en situación de calle más o menos transitoria, jóvenes en su mayoría, se nuclean en torno del consumo de pasta base. Presuntivamente, esto se corresponde con los sitios de expendio al menudeo de la misma.

La equivalencia que para los habitantes existe entre delito y "droga" explica parte importante de la discontinuidad territorialidad.[383] En las "ranchadas", la geografía del barrio delimita zonas que siendo espacialmente internas, se cargan con el sentido de lo externo -lo ajeno, lo extraño, lo otro.

> Viste acá la bajada, antes de la última tira... la única casa, la única tira que hay una escalerita... y ahí en esa esquina, justo en la tercera casa, ahí es donde yo te digo que pasa de todo. Sean las cinco, sean las tres, cualquier hora, el pasillo está lleno. Lleno. Para mi tienen su arreglo con la policía. Pero es una cosa... que vos querés pasar y tenés que decir ´permiso, permiso´, pero no se te mueven. Nadie se fija. (…) Y encima si vos mirás, te miran con cara mal. (Mirta, consultante. Entrevista personal, 9 de agosto de 2011)

Durante los años que el CeSAC del Boero permaneció clausurado, el espacio físico fue utilizado por algunos jóvenes del barrio como ámbito de reunión. Según cuentan los vecinos, lo que nucleaba a aquellos jóvenes era -meramente- el consumo de "pasta base". A partir de la reapertura del CeSAC, ellos continuaron reuniéndose en las proximidades. Y cada tarde cuando aquel cierra, así como los fines de semana, los jóvenes avanzan nuevamente sobre la pequeña explanada de tierra que pertenece al terreno del CeSAC. Durante el trabajo de campo se tomó contacto con otros dos CeSACs donde ocurrían situaciones similares. En todos los casos, se recibían quejas de los vecinos respecto de lo que entendían como un exceso de permisividad por parte de los establecimientos. Los sentidos estigmatizantes asociados al uso de drogas ilícitas en general, y muy particularmente a los "paqueros" afloraban en cada uno de estos casos. Y el reclamo de un CeSAC "nuestro" o "para nosotros" terminaba de

[383] Bajo el concepto de "droga", tanto los medios masivos como asociaciones profesionales y académicas y el sentido común en general suelen englobar de modo indiferenciado a las distintas sustancias ilícitas, presuponiendo que con ellas necesariamente se establece una relación adictiva (Del Olmo, 1992).

condensar aquella ajenidad atribuida a estos grupos de jóvenes.

"Este es un barrio caliente: acá el que no consume, guarda o vende" -advertía Lidia, habitante del Boero. "La droga" como uno de los significantes que condensa las valoraciones negativas sobre el territorio y el resto de sus habitantes -valoraciones compartidas por quienes en él habitan- coagula caracterizaciones personales, que pueden abarcar no sólo a los consumidores sino también a quienes la venden. Caracterizaciones que determinan distintas estrategias de evitación.

Estas estrategias llegan a casos extremos en quienes consumen o han consumido aquellas sustancias. "Droga" y territorio están tan estrechamente asociados que habitualmente se considera requisito irse del barrio para abandonar el consumo -la frase recurrente "alejarse de la droga" tiene la virtud de condensar ambos sentidos.[384]

Algunos consultantes argumentaban su evitación de las zonas de "ranchadas" en base a la necesidad de evitar el contacto con quienes comercializan la sustancia. Explicaban que se trata de personas inescrupulosas que se dedican a la venta de aquello que mata a los más jóvenes -llegándolos a calificar como "asesinos". Este tipo de personas podrían "ensuciarte" es decir involucrar a cualquier vecino si sienten que corren riesgo ante las fuerzas de seguridad -haciendo falsas denuncias o incluso escondiendo en sus terrenos elementos incriminantes.

Por el contrario, otros analizaban que quienes comercializan "droga" son vecinos en busca de una estrategia de supervivencia. En estos casos, la evitación de estas zonas se relacionaba con entender que quienes se juntan a consumir "no son del barrio". Como en el caso de Perla, quien señalaba que los "paqueros" por "ser de afuera" roban en el barrio para seguir consumiendo. Perla analiza que es la falta de unidad entre los vecinos la que habilita que sigan estando y que nadie los eche, que nadie imponga aquel orden que encuentra como razonable. "La lógica es que compren acá pero consuman afuera, que lo consuman donde viven" -sentencia.

[384] Una de las medidas frecuentes es forzar la migración de quienes consumen hacia algún otro lugar geográfico. "*Yo a mi pibe lo tuve que mandar al Paraguay con mi cuñada, porque acá en barrio andaba todo el tiempo loquito, no había forma de que se rescatara",* relataba Claribel. La misma equivalencia se encuentra habitualmente tras la demanda de internación de los jóvenes por parte de sus padres -o adultos a cargo-.Tan es así que se ha recibido incluso durante el trabajo de campo una demanda de reclusión penal por parte de una madre. Vale recordar que la inserción etnográfica en el CeSAC 23 se realizó a través de la participación en un dispositivo de reducción de daños asociados al uso de drogas. Al respecto, puede consultarse el Anexo Metodológico. Respecto de la demanda de esta mujer, debe advertirse que su sentido no era unívoco, compartiendo aquella remisión al territorio con un formato de sanción ejemplificadora o "*puesta de límites*". Esta mujer, de unos cincuenta años se había acercado hacia el "equipo de adicciones" en el cual se participaba. Severa, había explicado al mismo tiempo la peligrosidad del barrio y que su hijo debía "*revisar su conducta*". De modo ambiguo, solicitaba que llamemos a la policía para solicitar la detención del muchacho, y al mismo tiempo argumentaba que era esta una medida *última ratio* si no le conseguíamos una internación terapéutica.

> Están muy fisura, que vienen a buscar la droga, son muy quilomberos: toman, chupan, se drogan. Van y vienen, usted se da cuenta: vienen a buscar eso y después se van, es así. Yo los veo, que se drogan y están siempre así. Vienen de otro lado: son caras nuevas. Vienen, traen sus cosas, se drogan, y se van. (Perla, consultante. Entrevista personal, 2 de agosto de 2011)

Finalmente, hay quienes fundamentan evitar estas zonas debido a que quienes participan de las ranchadas en ocasiones piden monedas a quienes por allí circulan. Esta actitud es considerada como amenazante, además de indeseable.[385]

Por otra parte, previniendo una lectura ingenua, cabe señalar que el barrio se vuelve ajeno a los intereses de habitabilidad a partir de constituirse como sede de actividades ilegales. En el formato específico de inserción de las acciones ilícitas en los territorios degradados -y a diferencia de lo que ha sucedido en otras ciudades del continente- el vínculo entre los beneficiados por estas y los habitantes ha estado caracterizado por el conflicto (Rebón, 2004). En el Boero, como en los barrios con "mala fama", es consejo entre mujeres, y demostración de preocupación por sus hijos, el recluirse en los espacios privados.

> Es impresionante: hay chicos de diez años, o ocho, te da impresión: yo tengo un hijo de diez años, te da cosa que vea eso. (…) Porque hay por todos lados, aparte: vos salís, y... porque antes, ponele, se escondían. De un día para el otro empezaron a aparecer tirados en la vereda, por todos lados. Ahora ya no les importa nada. (...) Hace dos o tres años es como que... ya en el día, en todo momento. A mi, con tal de que me pueda meter de la puerta para adentro de mi casa, no me molesta, pero me molesta que estén parados en la esquina, y que estén haciendo esas cosas, cuando tengo que pasar con mis hijos... (Jorgelina, consultante. Entrevista personal, 13 de septiembre de 2011)

Las estrategias de evitación de ciertos recorridos no sólo obedecen a la seguridad personal. Muchas mujeres con hijos evaluaban que aquellas zonas de "ranchadas" deben ser evitadas en función de impedir que sus niños presencien aquellas situaciones. Cargando con el peso de los mandatos acerca de qué implica ser una "buena madre", la gestión de la cotidianeidad que surge en respuesta de aquella necesidad de evitación refuerza la reclusión como efecto.

> Yo los llevo y los traigo de todos lados y además no los dejo salir, ni nada. Ni que miren, ni nada de eso. Se quedan en casa, a mirar la tele y eso: eso es lo que a mí me gusta, no que vayan a mirar qué están haciendo ahi (Karina, consultante. Entrevista personal, 16 de agosto de 2011)

9.1.3. Efectos de la sensación de inseguridad en la estructuración temporal de la vida cotidiana

La literatura coincide en que el sentimiento de inseguridad tiene efectos concretos en la

[385] Pese a lo anterior, no se han encontrado referencias a que en tales casos se tratara de "peajes", como sí se ha analizado para el caso de otros barrios. Véase al respecto Girola (2007) y Raspall (2012).

sociabilidad debido a las estrategias que lleva a poner en marcha (Kessler, 2009; Bauman, 2000; Dammert, 2009; Del Olmo, 2000; Guemureman 2006; 2012; Guemureman et al, 2011; Pegoraro, 2000; Reguillo Cruz, 2000; Sozzo, 2000). A lo largo de nuestro trabajo en campo hemos ubicado ciertas mediaciones entre aquella afirmación generalizada y la cotidianeidad de los sujetos. Hasta aquí hemos mencionado aspectos relacionados con la experimentación y utilización del espacio, en relación con la amenaza percibida hacia el propio cuerpo. También para quienes habitan en territorios considerados peligrosos, los efectos del temor al delito encuentran traducción directa en la estructuración de la temporalidad.

Tanto en el Boero como en Villa 23 la franja horaria disponible para la movilidad es acotada, puesto que se intenta no salir de las casas después de cierto horario.[386] En consecuencia, la cantidad de actividades que pueden realizarse es considerablemente reducida. Las decisiones respecto de los espacios a sostener o abandonar se encuentran fuertemente condicionadas. Vale decir que no se logra comprender el tipo de respuestas de los sujetos si no se aborda el modo en que es vivenciado el problema.

> Ella dejó ahora el colegio adonde estaba yendo, porque en ese colegio robaron dos veces, al lado, y le dio miedo. Entonces me dijo "no, mamá: no quiero ir más al colegio". Y es verdad, porque nosotros vimos por la tele que estaban ahí robando. Es una escuela media... y le dije "y, bueno, hija: dejá", así estoy también más tranquila yo. Yo le llevaba y le traía, le llevaba y le traía. Todos los días. Y a veces entraba a las siete, a veces entraba cinco y media, a veces entraba a las seis, porque como había materias que ella ya hizo, entonces tenía que ir por algunas materias nomás, y ella entraba a la tarde. Para las ocho ya tenía yo que estar ahí. Salía ocho y media, a veces un poco antes, y yo tenía que esperarla. (Hilda, consultante. Entrevista personal, 13 de septiembre del 2011)

Cabe recordar que el foco de nuestro abordaje empírico estuvo situado en mujeres con un rol vertebral en la reproducción de la vida cotidiana familiar. Esto vuelve particularmente central los mecanismos de priorización y jerarquización de tareas cotidianas.

Para quienes, como estas mujeres, tienen escasos recursos con que responder ante las necesidades propias y de su grupo familiar, las estrategias ante distintos eventos y problemas suelen apelar al tiempo como recurso básico. En relación con la consecución de bienes materiales y la vinculación para con agentes estatales, es tiempo lo que se les demanda habitualmente en compensación de aquello que se tiende a considerar que se les otorga de manera gratuita (Auyero, 2012; Lipsky, 2010). Al mismo tiempo, es tiempo el recurso al que

[386] Si bien de modo generalizado se hace referencia a los horarios nocturnos como aquellos en que debe evitarse el salir de las casas, también se han recogido relatos donde el *timing* era marcado por remisión a las rutinas en el uso de drogas -suponiendo que quienes las consumen se despiertan tarde, y van alcanzando un grado de consumo mayor a lo largo del día, encontrando un momento de crispación máximo cuando la sustancia que necesitan o desean no se encuentra disponible.

apelan para responder al temor al delito. De tal manera, las necesidades de reproducción cotidiana se enfrentan a una escasez aún más acuciante. Apelar al tiempo como insumo básico de las estrategias de evitación implica, por ejemplo, acompañar a los distintos hijos en los trayectos hacia sus diferentes actividades. Lo cual a su vez incide en las decisiones sobre la consecución o finalización de aquellas.

> Yo, para salir, por ejemplo, de mi casa para ir a tomar un colectivo y eso, salgo, pero hay lugares que iba antes, que ya no voy. Para el centro de salud, para la iglesia allá atrás de... para la salita o la Caacupé, yo iba mucho, pero ahora no voy más. Porque cortábamos camino, íbamos por atrás: ahora ya no se puede, es como que... Te limita en muchas cosas, y no podés aparte estar tranquilo, vos decís después de las siete de la tarde, ya no podés: está un poco oscuro, no sabés a quién te vas a encontrar... Yo, ni en la casa de mi cuñada, ya no voy más, o sea a la tarde, a la noche. Si tengo para crédito, le mando un mensajito y ya está. (Esther, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

El impacto de la sensación de inseguridad en la sociabilidad cotidiana deja a los sujetos con menores oportunidades aún que las que contaban anteriormente. El tiempo disponible para vincularse con otros por fuera del hogar brinda pocas oportunidades de interacción. Sumado a lo anterior, en contextos como el Boero el tiempo requerido por las tareas de reproducción cotidiana dificulta la disponibilidad para actividades valorizadas por el mercado. El temor al delito profundiza la tensión entre la supervivencia y la inclusión dentro de la esfera productiva.

9.1.4. Consecuencias inseguras de la "inseguridad": fuerzas represivas y sujetos vulnerables

Los sectores desfavorecidos no sólo se ven afectados en mayor medida por el delito, sino que son quienes se encuentran sujetos a las consecuencias negativas del accionar punitivo (Young, 1993). Las prácticas penales y policiales funcionan de modo discriminatorio, tomando por objeto a quienes al mismo tiempo padecen los efectos de la falta de regulación estatal en la economía (Wacquant, 2004). Las fuerzas policiales se apropian de estigmas socialmente circulantes y los reproducen, con lo cual agregan la violencia de su accionar a las causas de vulnerabilidad social (Frederic, 2008). En consecuencia, junto con el temor al delito, los sujetos socialmente vulnerables ven marcada su experiencia por el tipo de respuestas dadas a la "inseguridad" tal como es construida. Esta experiencia es compleja y contradictoria. En base a una distinción analítica, nos concentraremos en este apartado en el accionar represivo de las fuerzas de seguridad.

La respuesta estatal al problema de la "inseguridad" tal como fue construido en Argentina a

partir de 1990 ha consistido básicamente en apelar al sistema penal (Binder, 2009; Daroqui, 2003; Guemureman, 2006; 2012; Mouzo et al, 2010a; Pegoraro, 1997; Sozzo, 2000; 2007; 2008). En los sectores sociales más desprotegidos, la impunidad del uso letal de la violencia represiva se convierte en una causa más de inseguridad. Hablar de sensación de inseguridad en estos grupos poblacionales equivale por tanto a hacer referencia tanto a los delitos comunes como al accionar de quienes se presentan como encargados de prevenirlos (Galvani y Mouzo, 2010).[387]

En general, los varones jóvenes y pobres poseen un contacto fluido con agencias penales y judiciales (Guemureman et al, 2011). El encierro y la muerte a manos de fuerzas policiales son amenazas cotidianas, cuando no realidades. Impactan directamente en las configuraciones vinculares -desestructurando los roles asignados a cada generación- y en la percepción sobre la propia vida (Guemureman y Daroqui, 2007).

Las circunstancias que afectan a los jóvenes impactan en todos grupos poblacionales. No sólo desde lo personal, sino también porque las formas que adquiere la presencia policial en los territorios degradados hace del desamparo y la impunidad parte de la experiencia cotidiana de inseguridad. Así nos lo relataba Juana, habitante del Boero

> (…) A la mañana, a esa hora que estábamos por salir, "tá, tá, tá" [onomatopeya en alusión a disparos]: me tiraron como tres, cuatro tiros en la puerta de mi casa, que tenía una puerta de... chapa. Yo tenía la mesa, las sillas: todos los días ahí mi hija estudiaba y tiraron como siete... como seis, siete tiros. Yo escuché eso que tiraban, todo por la pared, todo. Pasó por la puerta: yo tenía un aparador así, y ahí se quedó la bala. Y la mesa donde ella se sentaba estaba ahí... [Suspira]. Yo me levanté y miré todo eso, todo... tenía el cartuchito ese, ¿viste? Nos cuidaban así los policías, cuidaban... realmente: no cuidaban nada. Pero fui y le llamé y le dije "miré: esto y esto pasó en mi casa anoche: quiero que vaya y que mire todo, está esa bala ahí... que traiga alguien que se fije y..." En vez de eso, parece que ellos también tiraban. Y siguieron nomás tirando, por ahí estaban buscando a alguien, no sé... se escondieron o qué se yo, no sé. Yo ahí tuve que ver cómo hacía para cuidar a mis hijos... (Juana, consultante. Entrevista personal, 13 de julio de 2011)

La violencia del delito y la de fuerza policial marcan la vida de los habitantes de territorios degradados. De tal manera, muertes y encarcelamientos convergen con el deterioro a causa del abuso de sustancias, enfermedades, accidentes: la incertidumbre respecto del futuro y de la propia vida signa la experiencia. Se vuelve un modo de habitar en el mundo.

> Muchos chicos que fuiste viendo crecer te enterás con el tiempo que… a los dieciséis, diecisiete, se suicidan, o los mata la policía… o sufren un accidente (Ana, consultante. Entrevista personal, 29 de agosto de 2011)

[387] La intención de dar caza a los definidos como delincuentes a cualquier costo genera no sólo genera un aumento de población carcelaria sino también de víctimas fatales -tanto presuntos involucrados como terceros ajenos al hecho- producto del accionar del sistema represivo (Pegoraro, 2000).

9.2. Una atención insegura

> De allí me dicen "mirá, no te aseguramos nada con respecto a si los nenes pueden ser atendidos aquí, porque nosotros tenemos hasta cierto cupón de chicos que podemos atender". Lo que nos mata es el horario, porque mis nenes estudian a la mañana y a la tarde es muy imposible, "no te aseguramos nada, mamá". (...) Yo estaba, así, en la nada. Yo estaba en la nada porque fui aquí atendida una vez sola por la licenciada... no me acuerdo cómo se llama, que atiende adultos. Pero ahí justo la salita cerró porque habían robado. (Sonia, consultante. Entrevista personal, 27 de julio de 2011)

La definición social de la "inseguridad" como problema público implica una inversión del paradigma con que se comprendían las relaciones entre Estado y sociedad (Pegoraro, 1997). La inseguridad social y su contrapartida, la necesidad de estar protegidos, admiten ser interpretadas en una clave de lectura que vincule al fantasma de "nuevas clases peligrosas" con la inseguridad cotidiana de quienes son presa de las dificultades materiales de la existencia (Castel, 2004). Es nuestro interés aquí recontextualizar la problemática, inscribiéndola en el marco de las relaciones que las agencias del Estado social establecen con los sujetos vulnerables. Entre ellas es que se encuentran los CeSACs.

Tal como hemos referido arriba, el sentimiento de inseguridad que caracteriza a los territorios donde se ubican muchos de los CeSACs vuelve a la atención volátil. Sin embargo, no es este el único factor que deriva en que la atención que brindan los CeSACs sea incierta.

Ya hemos hecho referencia a que las condiciones de trabajo de los profesionales no garantizan su continuidad. También, a una operatoria dependiente de las decisiones personales, por la que lo ofrecido a la población resulta coyuntural y aleatorio. A esta falta de previsibilidad y garantías básicas se le sobreimprimen las consecuencias de que la realidad cotidiana de las poblaciones atendidas no sea tenida en cuenta.

La lógica con que funciona la cotidianeidad de las poblaciones tiende a colisionar con la lógica de las instituciones. No sólo en términos de significados y valoraciones, sino también de aspectos prácticos que hacen al acceso y en las formas de organizar la oferta en términos de asignación de turnos, listas de espera y otros mecanismos aledaños (Adissi, 2010). La dificultad de anticipar sus propias condiciones en función de respetar un turno programado o las condiciones que se solicitan para concretar una consulta espontánea son aspectos de esta falta de adecuación.

> Yo no entiendo por qué los psicólogos no me quieren atender, si es urgente. Me dicen que es urgente pero que no hay especialistas en violencia. Entonces no entiendo para qué me dicen que es urgente. (Perla, consultante. Entrevista personal, 9 de agosto de 2011)

La calidad de los recursos edilicios y de mantenimiento termina de dibujar un cuadro donde lo ofrecido resulta provisional e incierto. Y pone de manifiesto el lugar real dado a las agencias sociales, más allá de la visibilidad que una gestión determinada puede lograr a través de la apertura o remodelación de establecimientos.[388] En el CeSAC 54 un día se rompió la cortina exterior del edificio. Inaugurado a fines del 2007, en aquella situación se descubrió que la construcción de este nuevo efector había amurado los corredores laterales de tal cortina, sin dejar posibilidad de proceder a su arreglo.[389] Para repararla se debió esperar a que se demolieran partes de la mampostería. Esto llevó a que el CeSAC permaneciera cerrado durante varios días.[390]

Como componente agregado, el maltrato que impera en muchas agencias públicas asociado con la estigmatización de las poblaciones vulnerables, contribuye a consolidar la precariedad de lo ofrecido. "En la salita te atienden bien, pero en el hospital siempre algún médico te atiende mal. Te descomponés, y no te dan bola" -denuncia Estela, habitante del Boero.

9.3. Relaciones inseguras

Hemos analizado que la oferta de los CeSACs carece de atributos de estabilidad. Sin embargo, al profundizar esta afirmación encontramos que lo entendido por estabilidad es dado por supuesto, cuando podría admitir una lectura en clave relativa.

Tomando como referencia la vida cotidiana de los usuarios, encontramos que ella misma está basada en actividades, vínculos y situaciones a los que desde una mirada externa cabría calificar de inestables. ¿Puede en estos contextos aparecer ante la población un CeSAC como lugar seguro? ¿Tal vez el ampliar el repertorio de estrategias de supervivencia sea en sí mismo una suerte de seguridad, siendo una lectura en clave de "garantías" discontinua en relación con su propia experiencia?

Ubicando dimensiones estructurales de su experiencia cotidiana, vuelve a ser necesario referir brevemente a las características que suelen asumir sus relaciones de proximidad, para luego focalizar en las que asumen sus los anclajes institucionales.

Imposibles de ser cuantificados en términos de cuán frecuente es su ocurrencia, los "casos" sobre los que conversan los profesionales de CeSACs poseen características comunes. Atados

[388] Véase el Capítulo Dos de este trabajo.

[389] El CeSAC 54 no se encuentra inserto en un territorio degradado, tal como detallamos en el Anexo Metodológico. No obstante, el episodio relatado hace al modo en que fueron concebidos ediliciamente los CeSACs de inauguración más reciente, y -según hemos ido encontrando en campo- resulta arquetípico de los modos que asume en general la oferta asistencial en agencias del Estado.

[390] En otro CeSAC donde rota la cortina se encontró que no podía ser reparada, la solución se encontró reorganizando la entrada por un club barrial en el terreno del cual se había construido el establecimiento.

a relaciones de proximidad y con pocas alternativas en que ampararse, aquellos sujetos -y generalmente, los niños que están a su cargo- suelen encontrarse en trayectorias signadas por la desprotección. En ellas se conjugan capitales y recursos exiguos para afrontar los riesgos inherentes a los procesos de reproducción ampliada, por un lado, y la presencia permanente de los riesgos derivados de sus condiciones de vida, por el otro. Previniendo una mirada estática, debe considerarse que estos sujetos generalmente han sido socializados en ese modo de vida. Es por ello que los vínculos que establecen tienden a reproducir rasgos presentes en su experiencia cotidiana. Las relaciones de proximidad, en tal contexto, lejos de ser un soporte o representar estabilidad, tienden a reproducir los mismos conflictos del entorno.

> Hay una chica que ahora estamos tratando de ubicarla de vuelta, una chica muy grave, ¿no? que la perseguía el ex -novio porque ella estaba con otra persona, que la habían golpeado, que quedó embarazada de nuevo, que la suegra la amenazó, que se fue a vivir a provincia y venía acá a atenderse lo que pudo… llegó un momento en que desapareció de acá. (...) yo atiendo muchas chicas que están en situaciones así de violencia, se criaron en medio de eso y es como que podés anticipar la película, ya la sabés. Ellas vienen con toda la intención de hacer algo, pero en general las parejas no están de acuerdo con que vengan (...) Entonces, sostienen lo que pueden, digamos, y en general, terminan dejando. (Psicóloga CeSAC 54. Entrevista personal, 15 de febrero del 2009)

En aquel entorno, aspectos básicos como la vivienda y el empleo poseen -como hemos analizado- fuertes rasgos de inestabilidad. Las inscripciones informales en el mercado de trabajo y en el de vivienda llevan a hacer de la potencialidad de la desocupación o del desalojo una realidad cotidiana y continua.

> (...) porque siempre en estos trabajos te toman tres meses, después te despiden. Entonces, yo digo: si uso la obra social, y después me despiden, hice todo al pepe porque después tenés que volver a buscar otros médicos. Por eso prefiero siempre la [salud] pública, porque aunque no sea lo mejorcito sabés que tengas plata o no, la tenés. Sino después te cortan y... Porque sabés que no vas a acceder si no tenés plata. (Encarnación, consultante. Entrevista personal, 16 de agosto de 2011)

Considerando que la problemática actual de las protecciones sociales se sitúa en la intersección de la esfera del trabajo y el mercado (Castel, 2004), debemos agregar la mercantilización creciente de distintas dimensiones de la vida cotidiana. La incertidumbre que esto provee se acopla con las agencias sociales. Es que pareciera que un espíritu mercantil anima asimismo a una oferta de protección contingente. El hecho de que las propuestas de intervención de las instituciones públicas y del tercer sector dependan de la demanda efectiva realizada por cada uno de los sujetos ante su propia necesidad, y de la mayor o menor fortuna de las modalidades particulares que cada quien encuentre para realizar aisladamente tal

demanda, no contribuye a contrarrestar aquella inestabilidad, sino más bien a potenciarla.[391]

> Yo quise ver de ir a un juez porque me habían dicho que por la discapacidad de [mi hija] me correspondía que me dieran prioridad con los departamentos. Pero no más de un buen la tuve que abandonar a esa idea por tema de trabajo. Y tema de bolsillo, también. Porque había tiempo que yo no me podía movilizar porque había tiempo que agarraba trabajo, tiempo que no agarraba. Y doble mano me quedaba, redoblemano... (Marta, consultante. Entrevista personal, 27 de julio de 2011)

9.4. Vínculos informales: la certidumbre en contextos inseguros

> Mientras voy viendo, de tu parte, te derivamos al Penna, andá al Penna y fijate. Bueno: fui al Penna y me hicieron rebotar dos veces porque no fueron esas dos veces las... supuestamente, los nombres que me dieron aquí. Vine de ahi y les dije y de aquí es como que se comunican, parece, al hospital Rawson. O sea, es toda una cadena: porque cuando yo vuelvo de nuevo aquí me dijeron las psicólogas "mirá, mamá: nosotros lo que tenemos: vos ya fuiste atendida una vez en el Rawson, no?" y yo la miré y le dije que sí, le fui sincera "bueno, ahora te vas a tener que ir al hospital Rawson y en el hospital Rawson ya saben lo que tienen que hacer con vos". Bueno, listo: de ahi, todo macanudo: me consiguieron, las doctoras del Rawson, para atender a los dos nenes (...) (Sonia, consultante. Entrevista personal, 7 de julio de 2011)

Alvarez Leguizamón (1998) ha analizado la remisión a la esfera comunitaria y familiar de las políticas sociales como una primarización de las políticas sociales. A lo largo de nuestro trabajo de campo hemos encontrado que aquello posee en lo local ciertas características que lo complejizan. Y es que las redes de proximidad que ocupan el lugar que las políticas públicas van dejando como vacante incluyen instituciones barriales -comedores, parroquias- tanto como agentes estatales. Vale decir que las relaciones de proximidad y las relaciones con las agencias públicas no necesariamente remiten a dos esferas diferenciables. Tanto en uno como en otro caso, es la calidad del vínculo intersubjetivo lo que puede permitir obtener cierta estabilidad.

Tal como hemos analizado, el contacto cotidiano con agencias estatales de distinto tipo va

[391] Cabe aquí señalar un dato que tal vez resulta curioso, y es que durante las entrevistas realizadas no apareció ninguna mención a la Asignación Universal por Hijo (AUH). La AUH es una política selectiva que busca hacer extensivos algunos de los beneficios de que gozan los hijos de trabajadores formales hacia gran parte de la población infantil (Gasparini y Cruces, 2010). Siendo que las referencias no aparecieron de manera espontánea, en su momento no se consideró pertinente preguntar de modo directo por aquella, en tanto se asumía que su implementación no había dejado marcas consistentes en términos de experiencias y expectativos de los sujetos -tanto de quienes podrían resultar beneficiarios como de quienes no. Durante la etapa de campo en que fueron realizadas las entrevistas, se consideró que aquello abonaba ciertas críticas que la AUH había recibido respecto de su carácter selectivo y de su ambigüedad al proponer como derechohabientes a los niños al tiempo que dejar su suerte a merced de los responsables de su cuidado (Lo Vuolo, 2009). Básicamente, nuestra hipótesis es que el hecho de que se trate de un beneficio desprendido de una demanda -y atado en consecuencia a ella- se ha sumado a su impronta asistencial impidiéndole trascender la experiencia de incertidumbre que caracteriza a otras acciones.

enseñando determinados patrones de relación (Korteweg, 2006; Haney, 1996).[392] Socializados en aquellas relaciones, los sujetos habitualmente encuentran de poca utilidad la remisión a mecanismos formales -aún para obtener beneficios básicos que el derecho supone garantizar.

El campo de la salud por sí mismo tal vez no brinda suficientes ejemplos para comprender las experiencias cotidianas, dado que salvo casos extremos el contacto con ellas no es cotidiano.[393] Los entrevistados han remitido al campo educativo al ser indagados por este tipo de resortes. Allí la segregación escolar lleva a que el deseo de los habitantes del Boero de que sus hijos concurran a algún establecimiento situado al exterior del barrio se enfrente con las barreras de acceso que las escuelas públicas ponen a quienes provienen de territorios degradados.

> (…) yo quise meterlo en el [escuela pública cercana], pero es imposible salvo que tengas algún conocido (…) Como le pasó a un vecino: la hija quedó en la lista en el número veinticinco, y resulta que su mujer trabajaba en una casa de familia. La señora, o sea su patrona conocía a alguien de ahí del colegio, entonces entró. Entonces es así, todo por acomodo. (…) Había una señora, que yo no lo hice caso, que vive ahí en Constitución, que tenía buena relación con la directora, y ella hizo meter a unos chicos. Pero ella te cobra. En ese entonces yo trabajaba, y mi pareja, el papá de mi nene más chico, trabajaba: no había problema en pagarle. Pero lo que pasa es que esa señora es muy mentirosa, yo no le creía. Y resulta que hizo meter a más de cinco. O a siete. Sólo porque conocía a la directora. (…) Yo había tenido un problema, con el papá de mi nene más chiquito, de violencia familiar, y lo había denunciado todo. Unos amigos me dijeron "usá ese problema para que ya le den la vacante a tu hijo". Me avivaron. Había una asistente social por suerte, y se ve que le caí bien, por eso me dieron bolilla. (Sonia, consultante. Entrevista personal, 23 de agosto de 2011)

En consonancia con lo que sucede al interior de las agencias estatales, los sujetos experimentan a diario el hecho de que apelar a mecanismos informales es más efectivo que la remisión a mecanismos formales. Esta experiencia cotidiana lleva a entender que, si existe cierta certeza, esta no se encuentra en la esfera del derecho. Por el contrario, lo comparativamente seguro reside en las redes interpersonales.

Como sustrato de lo anterior, debe insistirse en que los mecanismos informales a que los sujetos apelan -y con los que tienden a resultar más exitosos frente al modo de funcionamiento de las agencias sociales- tienen como prerrequisito la definición de los problemas como privados. La primarización de las respuestas es concomitante con las soluciones individuales.

[392] Véase el Capítulo Siete del presente trabajo.

[393] Y que cuando tales casos extremos tienen lugar, ellos son significados con la vara de la excepción por su misma naturaleza.

9.4.1. La precariedad como habitualidad para la población

La dinámica del CeSAC no es excepcional, por el contrario, es parte de un conjunto de instituciones que no terminan de dar respuestas a la población. Según lo recogido en entrevistas y de relatos de profesionales, las experiencias con el sector salud y con el sector educación son parte de esto. Lejos de toda impronta universalista, los programas asistenciales consolidan la sensación de transitoriedad mencionada. La experiencia de esta volatilidad deja a la población con escasos repertorios de vínculos estables. En las trayectorias de los sujetos hay muy pocas experiencias que permitan comprender el sentido de una garantía o un derecho. Las agencias sociales del Estado no se encuentran entre las instancias que podrían permitir forjar este tipo de concepciones.

> (...) y justo coincidió que la profesora que venía para acá no vino más porque tuvo problemas con unos chorros. Éramos como veinte personas que queríamos terminar la secundaria en ese momento, estaba buenísimo. Y todos los sábados ella nos enseñaba, nos traía carpetas (…) y era buenísimo, pero lamentablemente por culpa de los chorros ella no vino más, y se fue toda la gente, terminó en la nada. (Jorgelina, consultante. Entrevista personal, 9 de agosto de 2011)

Mientras que parroquias, comedores, y otros recursos partidarios o del tercer sector poseen cierta continuidad por su modo de arraigarse en los barrios, la sensación de inseguridad parece volver evanescente, fundamentalmente, la presencia de las agencias sociales del Estado.[394] De modo circular, son estas últimas las que suelen ofrecer menor garantía de continuidad a los pobladores de territorios degradados.

Nuevamente resulta útil remitir a las experiencias para con el sistema educativo. Lo encontrado en campo se corresponde con los análisis de Kessler (2006), quien ha mostrado que en ocasiones el mismo hecho de acudir a la escuela para los jóvenes de sectores vulnerables se vuelve una experiencia de baja intensidad, que no permite incorporar lo que él define como *experiencia de la ley*. Más allá de que no está siempre abierta, sino que su presencia es en un punto aleatoria, se puede transcurrir en el seno de sus aulas sin realizar aprendizajes significativos, e incluso sin recibir un mínimo cuidado por parte de los adultos responsables. La escuela primaria del Boero, por su parte, ha plasmado el vínculo que sostiene con el barrio con la edificación de un muro perimetral. Según los maestros, evitar los robos reiterados fue lo que motivó la construcción de este. Según Josefina, una vecina, "fue para

[394] Las organizaciones no gubernamentales o agrupaciones partidarias están conformadas en parte por habitantes del barrio, o bien por sujetos para los que el barrio en sí mismo constituye la base sobre la que han elegido su propia tarea -paradigmáticamente, en el caso de los sacerdotes. En el caso de los agentes estatales, la elección en caso de existir suele estar condicionada por ser el modo más accesible para ingresar a la administración pública -como en el caso de docentes y profesionales de la salud.

sacarle la visión a todos los vecinos, para lo que pasa en la escuela, porque ahí los chicos se apedrean mientras las maestras están hablando de otra cosa".

Pese a su propia intermitencia y la inocuidad de las respuestas muchas veces dadas, las agencias suelen manejarse suponiendo que el vínculo que los sujetos establecen con ellas obedece al manejo de su libertad individual. Esto genera constantes desencuentros, adobados con el maltrato y la estigmatización que suelen caracterizar a las agencias estatales. Estas situaciones se ven replicadas en cada contacto que los sujetos establecen con instituciones públicas. O al menos, con instituciones explícitamente sociales del sector público.

9.5. Agencias estatales, no sólo sociales. La faz protectora de la criminalización.

En el Boero y en Villa 23, así como en otros barrios, los jóvenes refieren al personal policial bajo distintos apelativos. Uno de ellos es "la ley". Lejos de referir con esta palabra a aspectos del orden del derecho, ella se hace presente en su costado represivo.

La atrofia de las agencias del Estado social resulta no sólo contemporánea de la hipertrofia del cariz penal del Estado en cuanto a estrategias de intervención sobre la pobreza, sino también complementaria (Wacquant, 2007). Posiblemente esto condicione el desplazamiento de los sentidos atribuidos a agencias de una y otra índole.

Algo de esto pudo observarse durante la propia inserción en un dispositivo de reducción de daños asociados al uso de drogas -y fue confirmado por posteriores observaciones y escuchas de carácter más aislado, en el transcurso del trabajo de campo. No resulta infrecuente que el área de salud mental de los CeSACs decepcione a aquellas mujeres que acuden en busca de la internación en caso de consumo de sustancias. Escuchando estas demandas, puede entreverse una subyacente solicitud de una instancia mínimamente estable, previsible. Segura.[395] Muchas de estas mujeres temen, además del daño producido por el uso de sustancias, un accionar violento por parte de la policía -del cual prevendría la internación terapéutica.

Desde la perspectiva de los jóvenes que padecen o han padecido problemas con el uso de sustancias, la entrada y salida en instituciones de internación (mayormente "comunidades terapéuticas") es parte de sus historias de vida. Intercalado frecuentemente con su paso por instituciones penales, la reclusión -solicitada por ellos mismos o por sus familiares- es una experiencia recurrente. De tan recurrente, el recuerdo de estas situaciones suele cargar una impronta de naturalidad. E incluso, de una mínima esperanza.

La cercanía con el uso problemático de sustancias es frecuente para los habitantes del Boero y

[395] Debo a Alfredo Carballeda la sugerencia de esta clave de interpretación y análisis.

de Villa 23. Sus condiciones de vida determinan tanto la mala calidad de las sustancias como los efectos devastadores que estas tienen en los cuerpos debilitados. Pero no es la única materia donde la yuxtaposición y el desplazamiento entre agencias sociales y de control se ponen de manifiesto. Comunidades terapéuticas y agencias penales parecen compartir la virtud de funcionar en ocasiones como un engranaje, comunicando con otras instituciones o programas de asistencia social. Algo similar sucede con las intervenciones estatales que surgen desde la perspectiva que se ha denominado como de *nueva prevención* (Sozzo, 2000).

De maneras tan distintas como convergentes, y más allá de sus respectivas intenciones, el Plan de Prevención del Delito y el Programa de Libertad Asistida contribuyen a asociar la figura del delincuente con el acceso a beneficios y prestaciones sociales, configurando de tal modo una suerte de *criminalización de la política social* (Wacquant en Daroqui, 2003).[396] Los beneficiarios directos e indirectos de aquellas intervenciones experimentan muchas veces al contacto con la esfera de lo punitivo como la fractura que puede posibilitar la instalación de un orden para quien está "perdido". Esto posee puntos de contacto -no exentos de contradicciones- con las propuestas institucionales, signadas en torno de la gestación y prosecución de un "proyecto de vida" (Passin, 2009; Medan, 2012). En ambos casos, al tomar como un dato previo la asociación entre delito y pobreza, contribuyen a reactualizarla (Pasin, 2009). El reenvío de las soluciones hacia el ámbito de lo comunitario tiende a reificar la falta de oportunidades como realidad cotidiana, en tanto los sujetos son remitidos a aquellos mismos territorios que estructuran desfavorablemente sus condiciones de vida y de reproducción cotidiana.[397] El sentido de la protección social queda así reducido a una mínima expresión, consistente en aquellos pequeños beneficios que puedan obtener por su carácter de "*riesgosos*" (Medan, 2011) durante su inserción en estos programas.

La relación con las fuerzas de seguridad posee un carácter complejo y contradictorio, que no termina de comprenderse sin retomar algunos sentidos presentes en los habitantes de estos barrios. Es que existe una demarcación tajante en el imaginario, donde la inseguridad debida al accionar represivo es ubicada netamente en torno a la presencia de la Policía Federal. Valorada como irracional y corrupta, la sensación de amenaza se ciñe a la intervención de esta única fuerza, entendiéndola como poco confiable.

> Capaz que la policía tiene sentido para otra gente, en otros lados: acá no es nadie, ¿entendés? Cascotean el patrullero, le tiran tiros a los ratis que están abajo: no son nadie (Yolanda, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

[396] Sobre estas políticas, véase en el Capítulo Cinco la nota 250.
[397] Tal como hemos analizado en el Capítulo Ocho.

> Esos milicos están al pedo, cuando no están arreglados con los que están en la cosa más roñosa... (Estefanía, consultante. Entrevista personal, 10 de agosto de 2010)

La recientemente creada Policía Metropolitana ha heredado en parte una valoración similar. Por el contrario, otras fuerzas represivas generan en los habitantes una sensación de alivio.[398] Durante el trabajo de campo en el Boero tuvo lugar una nueva política pública que insistía en la articulación entre delito, territorio y ciertos sentidos asociados a la protección: el Plan Unidad Cinturón Sur. Básicamente, este consiste en la intervención de las fuerzas nacionales de seguridad en una estrategia de prevención situacional del delito. De tal manera, efectivos militares se hacen presentes en los espacios compartidos y de circulación internos o aledaños a los barrios más degradados de la Ciudad.[399]

Así, mientras que podría señalarse que las medidas denominadas de prevención del delito basadas en una mayor presencia de efectivos en los territorios vulnerables contribuyen a reforzar el estigma con que cargan estas poblaciones (Kessler, 2009; Sozzo, 2000; 2008), tanto en Villa 23 como en el Boero, la presencia de la Prefectura y Gendarmería nacionales tiende a ser significada como un gesto de protección.[400] Los habitantes relatan con satisfacción la llegada de estas fuerzas, ubicando muchas veces un "antes" y un "después" en la narrativa sobre la inseguridad en los barrios.[401] La remisión a la Policía Federal en esa delimitación temporal emerge de manera espontánea.

> En el barrio hubo una época que hasta entraban a robar en las casas. Pero desde que está la Gendarmería podés salir más tranquila a la calle. (…) Yo digo que ojalá que se sigan quedando, porque la Policía ya pasó de moda, ahora la que viene es Gendarmería, que es mejor (…). Cuando volvés del colegio, de noche, cuando salís: están en cualquier parte. Además, ahora como están ellos, los taxis te traen hasta el barrio, cosa que antes no. Fijate la diferencia, que incluso a un (colectivo) se subieron acá unos pibes patoteando que los lleve gratis, y el chofer dijo que iba a parar al lado de gendarmería para que los bajen: ahí nomás

[398] Mientras la Policía Federal y la Policía Metropolitana son habitualmente desacreditadas, la Gendarmería y Prefectura Nacionales son vistas con buenos ojos. En los primeros casos, los vecinos suelen suponer que los efectivos son corruptos, negligentes, discriminadores o perezosos. En los segundos casos, se les atribuye racionalidad y comedimiento, al tiempo que cortesía y solidaridad. Tal como sucede en la órbita de lo asistencial, en lo represivo la referencia al nivel de las políticas públicas es casi inexistente, y las distintas jurisdicciones de gobierno aparece confusa para gran parte de los sujetos. En consecuencia, el rechazo y aval de unas y otras fuerzas parece responder a ciertas cualidades esenciales atribuidas a las mismas.

[399] El "Plan Unidad Cinturón Sur" se puso en marcha el 4 de julio de 2011 a través del decreto presidencial 864. Consiste en el despliegue de 2500 efectivos de la Gendarmería Nacional y la Prefectura Naval en las villas miseria del sector sur de Buenos Aires. Véase http://www.minseg.gob.ar/plan-unidad-cintur%C3%B3n-sur

[400] Gendarmería y Prefectura Naval son fuerzas de seguridad de naturaleza militar, dependientes del Ministerio de Seguridad de la Nación. La Policía Federal, fuerza histórica en la Ciudad, depende actualmente del mismo Ministerio. La Policía Metropolitana, creada en el marco de la ley N° 2.894/08 de Seguridad Pública surge a partir de la autonomización administrativa y política de la Ciudad de Buenos Aires y depende del Ministerio de Justicia y Seguridad del Gobierno de la Ciudad.

[401] Esto coincide con análisis realizados para otras áreas. Dentro de la Ciudad de Buenos Aires y con similares conclusiones, Raspall (2012) analiza lo sucedido con este operativo en el barrio de Villa Soldati.

bajaron solitos. (Ana, consultante. Entrevista personal, 7 de julio de 2011)

-Ahora con los de Gendarmería no hay tanto quilombo: se nota en el centro de salud, se nota... en lo que es el barrio y alrededor, se nota que está la gendarmería. Porque antes de que llegaran, ya los chicos no podían salir ni al mediodía
-¿Por los robos?
-No: por los tiros. O sea... y claro: robaban ahí abajo, subían corriendo, ¿por dónde suben? Por los pasillos. La policía los perseguía a los tiros, y no se fijan realmente si hay criaturas jugando afuera, si vos estás saliendo con tu bebé... Ellos suben a los tiros, los corren a los tiros, y bué. (Esther, consultante. Entrevista personal, 28 de junio de 2011)

La presencia de la Gendarmería representa una protección tanto a la sensación de inseguridad derivada del temor al delito como de la intervención de las fuerzas policiales. Esto coincide con el modo en que, desde el propio discurso institucional, se argumentan las intervenciones.

(...) se dispuso un operativo de saturación, tratando de prevenir delitos y de realizar un patrullaje exhaustivo al interior de los pasillos de la villa. Para eso se desplegaron alrededor de cuatrocientos uniformados y en personas de apoyo cien efectivos más que incluían patrulla aérea que volaron, sobrevolaron la zona (...). Básicamente apuntan a tratar de detectar la presencia de armas de fuego, alguna otra irregularidad, presencia de estupefacientes, y sobre todo de lo que se trata aquí es de desarrollar un operativo de saturación en procura de prevenir delitos. La idea es naturalizar para los habitantes de la zona, los vecinos del lugar, de la presencia de la Prefectura Naval Argentina para que se establezca una relación con la comunidad y vuelva el orden que siempre debió haber existido en este lugar (Subsecretario de delitos complejos y lucha contra la criminalidad organizada, en video institucional del Ministerio de Seguridad sobre operativos de "saturación" realizados en el marco del Plan Unidad Cinturón Sur por personal de la Prefectura Naval en el Boero)[402]

Los discursos institucionales presentan a los efectivos militares enlazados a la sensación de confianza. En contextos de incertidumbre, donde es escasa la fiabilidad, estos discursos parecen haber interpelado fuertemente a los habitantes. De tal manera, los tópicos presentes en el discurso de los habitantes retoman aquellos dados a publicidad oficialmente.

Recuperar la confianza de la sociedad en sus propias fuerzas de seguridad es también un instrumento muy importante para combatir la inseguridad. Es vital. (Presidenta Cristina Fernández de Kirchner, discurso de balance anual del Plan Cinturón Sur, 16 de agosto de 2012)

(Los vecinos) recuperaron el espacio público y la libertad de circular sin temor y ganaron en tranquilidad para cosas tan básicas como ir y venir de sus trabajos (Ministra de Seguridad Nilda Garré, discurso de balance anual del Plan Cinturón Sur, 16 de agosto de 2012) [403]

La presencia estatal aparece como incierta en términos de agencias sociales. O bien la protección aparece primarizada, remitida a vínculos interpersonales para con los agentes. En

[402] El video donde de modo simultáneo con estas declaraciones se muestra el despliegue de las fuerzas al interior de la villa y la detención de varones jóvenes, se encuentra disponible en www.minseg.gob.ar/
[403] Disponibles en http://www.minseg.gob.ar/plan-unidad-cintur%C3%B3n-sur

contraposición con esta falta de garantías, comienza a hacerse presente una faz del Estado tradicionalmente vinculada al rol punitivo, ahora otorgando beneficios que aparecen ligados a la protección social. La contraprestación implícita es convalidar el rol de peligrosidad socialmente atribuido a ciertas tipificaciones de sujetos y a los territorios en que se habita. En ocasiones, la presencia de este tipo de agencias logra condensar ciertos atributos de certidumbre del que carecen las agencias propiamente sociales. Las experiencias de sentirse protegido y de confianza deben ser entendidas en este contexto cotidiano.

Conclusiones preliminares

La relación entre sujetos vulnerables y psicólogos de CeSACs tiene lugar como parte de un entramado ampliado de relaciones, que la condicionan y que a su vez contribuye inintencionadamente a reproducir. Los sujetos se socializan en estas relaciones cotidianas, configurando a través de ellas percepciones y expectativas. Entre las experiencias que estas relaciones proveen se encuentra un modo particular de experimentar la ley y el derecho. Amalgamada de modo complejo y contradictorio con estas experiencias, la sensación de inseguridad y su contrapartida, la sensación de estar protegido, explican gran parte de las prácticas cotidianas en territorios degradados.

La definición social de la "inseguridad" ocupa un lugar clave, en tanto genera estrategias de afrontamiento específicas. Por un lado, el temor al delito determina la reclusión en los ámbitos domésticos y en el círculo de lo conocido. Incide asimismo en la gestión del espacio y el tiempo, afectando la transitabilidad, determinando el acceso -o no- a distintas agencias según su localización e imponiendo un costo tan alto a las distintas actividades cotidianas que lleva inevitablemente a recortarlas. Se configura así una sociabilidad específica que impacta directamente en la estructura de oportunidades de los sujetos socialmente vulnerables. Por otro lado, si un sistema institucional basado en vinculaciones interpersonales ofrece una alta incertidumbre, el temor al delito converge con la peculiar dinámica institucional acentuando la evanescencia de las prácticas sostenidas por agentes sociales del Estado.

Revisitando la tensión entre la malla de visibilidad pública y lo que ha permanecido velado, hemos tensionado la definición del problema de la inseguridad. Hemos descripto la escasa estabilidad que caracteriza distintas relaciones sociales, siendo la poca previsibilidad de las agencias sociales parte de aquel conjunto de soportes endebles. De tan recurrente, la precariedad es incorporada por los sujetos socialmente vulnerables como característica normal de su vida cotidiana. La sensación de seguridad no puede definirse en términos absolutos; los sujetos socialmente vulnerables se sienten más amparados al forjar redes personales con

agentes de distintas instituciones -entre ellas, los CeSACs- a fin de resolver individualmente los problemas que hacen a su reproducción cotidiana. La vivencia cotidiana de la poca fiabilidad de reglas y marcos formales impacta en su experiencia de la ley y el derecho.

En tal contexto, políticas estatales que surgen de la articulación entre lo criminal y lo social parecieran tensionar el concepto de protección en sus aristas materiales y simbólicas. Si las agencias sociales tienden a volverse indistinguibles de otras instancias de intervención social provenientes de organizaciones no gubernamentales, son las agencias represivas las que parecen conservar cierta impronta de estatalidad. Las fuerzas de seguridad -algunas de ellas, en rigor de verdad- condensan para los sujetos el atributo de estabilidad y garantía del que carecen otras agencias estatales. Embebida de la definición social del problema, la sensación de seguridad encuentra complejos y paradójicos puntos de imbricación con la criminalización de la política social. El rol del Estado aparece como un interrogante frente a aquellas trasposiciones entre agencias sociales y represivas.

El Estado impacta en la vida cotidiana de los sujetos socialmente vulnerables de una multiplicidad de maneras. Es esta multiplicidad la que imprime sus huellas en experiencias, percepciones y expectativas, contribuyendo a configurar las condiciones inadvertidas de la implementación de políticas sociales.

A modo de cierre...

Un documento tiene la virtud de plasmar en una reducida cantidad de páginas procesos mucho más complejos y contradictorios que el orden bidimensional del papel. No obstante, si una investigación cualitativa ha llevado a sus últimas consecuencias los preceptos del método, es probable que los meollos del recorrido formen parte constitutiva de los hallazgos. Desde tal convicción hemos presentado esta Tesis vinculándola con la trayectoria investigativa que la informa. Trayectoria dentro de la cual han fecundado aquellas inquietudes que, al ser sistematizadas, se han ido volviendo brújulas. Es así que los datos construidos representan a un mismo tiempo resultados y recorridos, por lo que nos resultaría difícil diferenciar hallazgos de puntos de partida. Tampoco es nuestra pretensión deslindarlos en este apartado final, sino por el contrario, dejar sembrados una serie de interrogantes para futuras indagaciones empíricas.

Poca duda cabe respecto de que a través de las políticas públicas se dirimen orientaciones sobre el rol del Estado. Preocupadas por tal motivo, un número creciente de investigaciones se ha centrado en el análisis de leyes, planes y programas de gobierno durante los últimos años. De modo implícito o explícito, tales indagaciones comparten una concepción sobre el Estado como una multiplicidad de sistemas de acción, arenas y juegos de influencia, discutiendo en consecuencia a quienes lo consideran como actor monolítico. Nuestra propuesta ha sido tensionar los hallazgos de tales abordajes al mostrar que el rol del Estado no se pone en juego únicamente a través de las orientaciones explícitas y formalmente sancionadas, profundizando con ello aquel gesto desustancializador.

Mediando una operación de ruptura con un problema social que ha obtenido reconocimiento formal, hemos subrayado en un mismo gesto el carácter contingente de su definición y el carácter problemático de las nociones de Estado implícitas. Evitando tomas de posición apriorísticas en uno y otro sentido, hemos remontado nuestro análisis a partir de un área de prácticas no tematizada por aquellas orientaciones políticas, y hemos recuperado las dimensiones estatales utilizando al "Estado" como concepto sensibilizador. Mientras lo primero nos fue permitiendo ubicar una serie de dinámicas empíricas que estructuran el encuentro entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables, lo segundo nos iba posibilitando un rastreo amplio de bibliografía que nos iba permitiendo analizarlas.

Traccionando nuestra búsqueda, hemos adherido en teoría y método a una perspectiva relacional. Según la entendimos, esta nos fue guiando en la indagación conjunta de los distintos actores significativos, así como en la comprensión contextual de las prácticas -vinculándolas con los marcos que acompañan sus orígenes y explican sus sentidos concretos. En consecuencia, un eje transversal de nuestro trabajo consistió en aunar posicionamientos teóricos e investigativos. Junto con lo anterior, incorporar la propia experiencia al investigar como indicativa de las propiedades del objeto bajo estudio. Es por ello que nuestros hallazgos remiten a un mismo tiempo al orden de los contenidos como al de los procedimientos, siendo uno de nuestros objetivos postular la fecundidad heurística de nuestra propuesta.

Nuestro recorrido argumentativo consistió en ir ubicando distintas dimensiones del fenómeno estatal a medida que abordábamos la cuestión de la salud mental en sus formulaciones tanto hegemónicas como subalternas. Lo socialmente entendido como salud mental operó así como punto de mira, sea en lo que cobró visibilidad pública como en otras prácticas que cotidianamente tienen lugar en su nombre -distantes de la agenda. Ahora bien, este ordenamiento no se corresponde linealmente con nuestra trayectoria investigativa. Por el contrario, fruto de un trabajo de reconversión del problema que le diera origen, busca arrojar nueva luz sobre inquietudes que inicialmente remitían a cuestiones sustantivas. Hemos resituado nuestra preocupación primera por las prácticas y significaciones presentes en el área de salud mental de los CeSACs al ir comprendiendo que admitían un análisis ampliado que las ubicara en los tiempos y espacios concretos de su emergencia. Y que junto con aquellos espacios y tiempos, fuera relevando las distintas modalidades que lo estatal asumía como esfera determinante. Nuestra preocupación ha nacido en el preciso momento en que, durante las primeras aproximaciones de campo, los profesionales del área de salud mental de los CeSACs comentaron no recibir lineamientos específicos respecto de su tarea.

A partir de la experiencia inicial de desencuentro entre el primer problema de investigación y los debates presentes en el campo académico, político y social, hemos buscado describir y analizar los procesos históricos que determinaron que una definición particular de la salud mental resultara erigida como problema público, permaneciendo luego cristalizada. Fue así que decidimos dar comienzo al cuerpo de esta Tesis presentando el proceso de recorte y acentuación que ha acompañado el surgimiento de una nueva política pública sobre salud mental en Argentina.

Hemos descripto y analizado la emergencia y cristalización de la cuestión del encierro psiquiátrico como problema social. A tales fines, nos ha resultado útil acuñar el concepto de *malla de visibilidad* para dar cuenta de una operatoria que simultáneamente es y no es estatal. Nos referimos a la instancia en que una multiplicidad de actores disputa el sentido de asuntos definidos como de incumbencia pública -y en consecuencia, pugna por imponerlos a través de una normativa oficial. En el caso analizado, el imperativo de visibilidad que acompañó la tematización de una cuestión como atinente al orden público implicó concentrar la discusión en ciertos tópicos. Así, el compromiso de interpretaciones surgido en función de pugnar por la imposición de sentidos fue relegando aspectos de la realidad en aquello que presentaba como de interés general.

El análisis permite poner de manifiesto una dimensión paradojal del Estado. Por una parte, un cariz al mismo tiempo elusivo y ubicuo, según una pluralidad de actores públicos y privados influyendo en los procesos decisorios, difuminando sus contornos. Por otra parte, un cariz unificado y diferenciado, relacionado con su capacidad indelegable de legitimación y asignación de recursos -que lo convierte en arena por excelencia de las pujas sociales. Con ello dejamos asentada una línea de análisis para futuras indagaciones, al tiempo que proponemos una vía procedimental para materializar aquella operación de ruptura epistemológica que Bourdieu, Chamboredon y Passeron (1975) postularan necesaria.

La malla de visibilidad pública ha consagrado como hegemónicas algunas problemáticas, subordinando aspectos de la realidad. Tomando al área de salud mental de los CeSACs como punto de mira, hemos encontrado que su posición subalterna en la mirada pública se condice con una serie de propiedades estructurales. Por un lado, porque distintas relaciones de preponderancia que atraviesan al campo de la salud configuran sucesivamente a la atención de sectores sociales vulnerables, a la psicología y a la atención primaria de la salud, como elementos de menor jerarquía relativa. Por otro lado, porque la imprecisión de los contornos de aquella área parece coincidir con su menor capacidad de aglutinar intereses e interpelar a actores que logren cierta gravitación en el espacio social ampliado. En el área de salud mental de los CeSACs convergen y se superponen diferentes rasgos que hacen a su carácter subalterno ¿Son algunos de estos rasgos comunes a las distintas cuestiones que permanecen relegadas por la malla de visibilidad pública? He aquí un interrogante que también abrimos a futuras indagaciones.

De modo simultáneo con los contenidos particulares atribuidos al concepto de "salud mental", hemos analizado la existencia de dinámicas vinculadas con el accionar estatal en su conjunto que permanecen veladas desde la óptica de los abordajes sectoriales. Nos referimos a los modos de entender lo formal. Modos que serán tanto medio como resultado de las expectativas de actores colectivos, agentes estatales y sujetos que tomen contacto con las agencias públicas, y que determinarán una serie de usos específicos. Una meta inviable pero que permite direccionar las luchas sociales; una oficialización de lo que ya venía funcionando de hecho -fueron algunas de las modalidades descriptas y analizadas en nuestra Primera Sección. De allí postulamos inicialmente la existencia de una serie de dimensiones del accionar estatal que escapan a las disputas producidas en términos del derecho, y que revisten una complejidad desconsiderada al pensarse meramente en términos de (in)cumplimiento. En consecuencia, deducimos que el Estado interviene a través de sus agencias en formas que exceden a las orientaciones formalizadas por las políticas públicas. Vale decir que mientras la discusión por la sanción legal puja por dirimir el rol del Estado en ciertas dimensiones, hay otras que permanecen sin ser aprehendidas.

Sin embargo, vale recordar que nuestra aproximación ha seguido el camino inverso, resultando sus hallazgos de un proceso inductivo. Tampoco hemos recalado en la cotidianeidad de las agencias estatales por considerar que ello era conveniente para nuestro problema de estudio: por el contrario, fue la empiria construida allí inicialmente la que abrió una serie de interrogantes respecto del rol del Estado que no remitían a los términos formalmente establecidos. Las prácticas que en ellas tienen lugar a diario han sido aquí presentadas no tanto por su interés específico, sino en la medida en que permiten observar a través de qué procesos decisorios concretos se configuran.

Hemos fundado nuestro análisis en una serie de entrevistas en profundidad que, realizadas inicialmente a profesionales de salud mental de distintos CeSACs, hemos ido haciendo extensivas a autoridades hospitalarias y ministeriales. Hemos incluido, además, el análisis de documentos tanto oficiales como no oficiales. Nuestra estrategia, fundada en los principios de la Teoría Fundamentada y continuo objeto de reformulación, nos orientó en la recolección de aquellas ausencias que aparecían naturalizadas. Cabe advertir que indagar por lo faltante -los lineamientos, básicamente- conllevó una profunda vigilancia epistemológica en aras de deslindar un mapa de los vacíos existentes que evitara la proyección de parámetros normativos. En

términos de procedimientos, resultó determinante retomar la propia experiencia de trabajo en campo como parte de lo analizado. Fue a partir de allí que adquirieron peso específico y relevancia las distintas variables indagadas.

La falta de encuadres formales para las prácticas que cotidianamente tienen lugar en el área de salud mental de los CeSACs posee un correlato con la ausencia de disputas colectivas por su sentido. Circularmente, aquello que incide en su escasa visibilidad pública se incorporó a la investigación como un desafío metodológico. Los contornos borrosos del área bajo estudio demandaban no sólo un importante esfuerzo de delimitación analítica sino también un rastreo de carácter intersticial. Siendo que el problema en reconfiguración no se correspondía con límites preestablecidos, su unidad debía surgir de una reconstrucción conceptual, y las fuentes debían ser continuamente reinventadas. Una diferencia fundamental respecto de lo planteado desde la sociología de las políticas públicas era que la heterogeneidad relevada no se relacionaba con conflictos de perspectivas, apropiaciones diferenciales ni interpretaciones divergentes, sino que si había algo que las unificara era, casi exclusivamente, la atomización de sus agentes y su singular autonomía relativa. No sólo carecían de un marco formal que las unificara, sino además de cualquier otra plataforma que las tomara como un conjunto. Pese a esto, nuestra argumentación se basó en sostener que sí consisten en una totalidad diferenciable, en tanto resultan eco de una serie de regularidades que dibujan su perfil, y en tanto generan una serie de expectativas convergentes entre quienes interactúan de algún modo con lo que hemos denominado como área de salud mental de los CeSACs.

Hemos mencionado la autonomía relativa de los agentes de este espacio como rasgo característico. Ahora bien, tal autonomía resulta en un punto de observación doble. Por un lado, a falta de lineamientos, los profesionales aparecen como ocupando un espacio institucional que puede rellenar en base a su propio criterio. Por otro lado, si bien lo anterior implica que idealmente podrían procesarlas de diversas maneras, sus injerencias se vinculan íntimamente con las demandas recibidas. De uno y otro lado, el análisis de las rutinas y regularidades que pueden encontrarse en el área de salud mental de los CeSACs nos ha remontado hacia una serie de relaciones -tanto horizontales como verticales- que tienen lugar al interior de la maquinaria estatal. En todos los casos, mostrándonos una peculiar articulación entre prácticas cotidianas y marcos formalmente establecidos.

Nuestra comprensión de la vida cotidiana como esfera de indagación nos fue señalando el rol

central jugado por las motivaciones de orden pragmático. Resituando la cotidianeidad de las agencias estatales como ámbito laboral, hemos analizado las decisiones en tanto obedecen a imperativos propios del proceso de trabajo, y a los contenidos específicos que aquí adquiere aquella lógica de lo apropiado que rige las interacciones dentro de toda institución. Metodológicamente, esto implicó retomar el punto de vista de los actores sin por ello reproducirlo. Desde allí hemos deslindado tipificaciones, enmarcándolas en sus condiciones estructurales de emergencia. Hemos ido señalando, junto con lo anterior, que las consecuencias inintencionadas del accionar de estos agentes poseen un impacto en términos de estratificación social, en tanto consisten indirectamente en intervenciones estatales. El ubicarnos en el terreno de las recurrencias nos posibilitó describir el modo en que aspectos de orden macrosocial son condición y resultado de lo que cotidianamente acontece en los espacios descriptos.

Las dinámicas relevadas coinciden en gran medida con lo descripto por la etnografía y la microsociología del Estado. No obstante, conservan una diferencia fundamental. Según la literatura, la demarcación de una esfera de lo estatal se produce apelando al campo jurídico. Simultáneamente, y como contrapartida necesaria, lo que sea deslindado como informal será remitido a la órbita de los intereses privados. En nuestro objeto de estudio, a diferencia de lo anterior, las prácticas no pueden legitimarse apelando a una norma abstracta, ni se justifican invocando el bien común. No se trata de los dilemas y discrecionalidades propios de la aplicación de una regla general a casos particulares -aún incluyendo la consideración de las reglas informales. Las decisiones no sólo se originan independientemente de una mirada de conjunto, sino que tampoco buscan en la totalidad un fundamento. Dado que difiere con lo descripto hasta el momento, nos hemos detenido en la descripción y análisis de este rasgo del funcionamiento estatal y su eficacia específica. En él, y a través suyo, hemos analizado las dinámicas de socialización que tienen lugar en el seno de estas agencias, las que hacen que una serie de pautas y valoraciones informales perduren a lo largo del tiempo.

De tal manera, el haber otorgado legalidad analítica tanto a las dimensiones formalizadas como a las que no lo están nos permitió analizar los puntos de articulación entre ambas. Como hemos sugerido arriba, pensar en términos de reglas de la acción nos evitó convertir a los marcos legales en estándares analíticos tanto como suponerlos una instancia primera y autónoma. Como contrapartida de su carácter de miembros de estas agencias, los agentes han aprendido modos específicos de relacionarse con lo formal, indisociable de prácticas y valoraciones que, siendo

informales, se organizan tan establemente que admiten ser calificadas como instituciones. Ellas configuran sus percepciones, experiencias y expectativas. La dispersión de prácticas y sentidos a lo largo de los CeSACs nos ha llevado preguntarnos por la naturaleza del vínculo entre tales elementos heterogéneos. Y allí hemos visualizado al aislamiento de los agentes como condición y resultado de sus prácticas.

¿Cuáles son las condiciones específicas que determinan este aislamiento? Por un lado, los marcos formales organizan débilmente la cotidianeidad. No se trata sólo de las características concretas que asumen los marcos normativos -con baja especificación de responsabilidades y recursos- sino también de los modos en que son puestos en común, es decir, de sus condiciones de difusión y utilización. Los espacios son rellenados según la voluntad de quien los ocupe. Esto no sólo sucede al interior de cada CeSAC, sino que atraviesa las cadenas jerárquicas. De modo generalizado, se encuentra una escasa preocupación por la estandarización, la homogeneización de criterios, la divulgación de marcos legales, o la circulación de información. Incluso los registros estadísticos, tal vez el único instrumento con pretensión de abarcar al conjunto, se deslizan hasta convertirse en sede de tácticas de control y resistencia, perdiendo con ello su capacidad uniformizante.

Pero analizar lo anterior exclusivamente en términos de déficit implicaría dejar sin explicar los motivos de su reproducción continua. La carencia de instancias de estandarización formales, y el mapa de escasa organicidad y previsibilidad que de ella resulta, estructuran la socialización de los agentes. De tal manera, existe un punto donde el carácter circunscripto de prácticas y relaciones se convierte paradojalmente en una expectativa que, de tan generalizada, organiza la reciprocidad de perspectivas.

El aislamiento es internalizado no sólo como natural, sino fundamentalmente como deseable. Es esta, su eficacia específica, la que provoca que la atomización no devanga en desintegración. La falta de uniformidad es entendida como oportunidad de desplegar la propia autonomía, en una suerte de institución informal que condiciona tanto la dispersión de prácticas y sentidos como el contenido y la viabilidad de los marcos formales.

Así como las fragmentarias normativas de aplicación cotidiana no proveen marcos interpretativos que abonen a una lectura de conjunto, tampoco se encuentran iniciativas colectivas que la propongan. Al recelo frente a las autoridades no se le contraponen proyectos con pretensión totalizante. En aquellas ocasiones donde el trabajo cotidiano es concebido por los agentes a modo de “militancia”, concepto que significativamente es utilizado indistintamente

tanto para referir a las orientaciones alternativas a las oficiales como a la vía regia de aplicación de las leyes vigentes, no se trata de disputar colectivamente la orientación del sistema como un todo sino de construir grietas donde este funcione de acuerdo con el propio criterio de lo justo o lo legítimo. Concebida de esta manera, la oferta hacia los sectores socialmente vulnerables se produce considerando sólo de modo muy recortado determinantes e implicancias de la desigualdad social. En otras palabras, raramente aparece invocada la referencia a las garantías o a la igualdad de oportunidades -puesto que unas y otras, analizamos, requieren de una mínima homologación y organicidad del sistema.

Ahora bien, arriba hemos planteado que la autonomía defendida por los agentes es en verdad relativa, y que remite más a una idealización que a la realidad de sus prácticas. Es que, por un lado, su cotidianeidad se encuentra fuertemente condicionada por las demandas y la escasez de recursos. Por otro lado, una serie de dinámicas confluyen en que sus tareas reproduzcan patrones hegemónicos. Encontramos así una serie de regularidades que no surgen de lineamientos específicos sino de los distintos modos a través de los cuales se impone lo jerarquizado socialmente. En primer lugar, esto se vuelve ostensivo en la predominancia de la asistencia clínica individual a demanda, y en las dificultades experimentadas por quienes intentan o han intentado llevar adelante otro tipo de propuestas y abordajes. En segundo lugar, las orientaciones alternativas logran pervivir -si bien en los márgenes- cuando se corresponden con tópicos presentes en la malla de visibilidad pública. En tercer lugar, como efecto no buscado de sus prácticas, la necesidad de priorizar destinatarios deriva en una operatoria selectiva que configura a un sector poblacional como receptor privilegiado.

Hemos incluido en nuestra indagación empírica a aquellos consultantes del área de salud mental de los CeSACs que hacen un uso intensivo de estos Centros como un todo. Este recorte -originado una vez más como fruto de los avatares del trabajo de campo- demostró su fertilidad al acercarnos a las regularidades que resultan de aquella socialización. Hemos encontrado que ellos comparten como rasgo el ser receptores de múltiples propuestas asistenciales. Mientras que desde los profesionales analizar la esfera de lo cotidiano nos remitía a los procesos y lógicas de trabajo, desde aquí nos ubica en el contexto de la reproducción cotidiana de los grupos domésticos. Las motivaciones pragmáticas que esta vez encontramos se encuentran ligadas a los imperativos de supervivencia. Hipotetizamos que las características de los servicios a demanda determinarían esta suerte de carreras asistenciales, en las que los sujetos vulnerables estarían a su vez socializados.

Desde la perspectiva de los usuarios, el hecho de depender los recursos obtenidos de su propia agencia activa -de su capacidad de demanda, sus habilidades comunicativas, la presentación de sí mismos, su capacidad de movilizar empatía, y otras aptitudes de gestión- vuelve tendencialmente indiferenciables a las agencias sociales del Estado. Conjuntándose con otras instancias asistenciales que estructuran su cotidianeidad, tal vez el punto de diferenciación consista en su mayor precariedad -la menor calidad de lo ofrecido y su menor previsibilidad en contraposición con organizaciones de la sociedad civil.

Incorporar la perspectiva de los destinatarios nos posibilitó ubicar efectos convergentes del accionar de distintas agencias, órbitas, intervenciones y escalas temporales, donde lo estatal adquiría sentidos específicos al tiempo que se presentaba como instancia poco diferenciada. Así, mientras los análisis de políticas públicas permiten un ejercicio de desustancialización del Estado, nuestra indagación nos llevó a reconstruir los trazos superpuestos que imprime en la cotidianeidad de los sujetos socialmente vulnerables.

Hemos referido a procesos históricos que han afectado el área laboral, habitacional y asistencial, evitando un análisis fragmentario. Encontramos que la posición que aquellos sujetos ocupan dentro de la sociedad como un todo se caracteriza por la convergencia de transformaciones en estos tres ámbitos. Esta mirada de conjunto nos permitió incorporar una lectura en clave de desigualdad social. A través de aquellas esferas, cuyos procesos afectaban a todos los sujetos aún en su heterogeneidad, hemos ubicado distintos modos en que procesos macrosociales han ido estructurando la cotidianeidad de los sujetos. Junto con esto profundizábamos nuestra propuesta de situar al área de salud mental de los CeSACs en el marco de un abanico ampliado de prácticas estatales en las que tiene lugar, y por las cuales adquiere parte de sus usos y sentidos. Insistiendo en nuestro interés en las rutinas e instancias de socialización, hemos corrido el foco de sus contenidos plurales para centrarnos en los modos en que se configuran sus repertorios de acción.

Recuperando distintas dimensiones procesuales de lo observado -la estigmatización, la informalización, la focalización, la segmentación social, la criminalización de la juventud y la pobreza, el incremento de las tasas delictivas- hemos reconstruido su génesis a través de la literatura existente en la materia. Nuestros análisis muestran la discontinuidad histórica en procesos estructurantes de las redes de sociabilidad de distintos signos, introducidos fundamentalmente por la última militar y los procesos que profundizaron las dinámicas de neoliberalización durante la década de 1990. De la mano con la afectación de las protecciones

sociales y estatales, ello pareciera remitirnos a la mercantilización creciente de distintas dimensiones de la vida cotidiana, y la incertidumbre y fragmentación que ella ha acarreado.

Hemos encontrado la huella de lo estatal a través de los roles jugados en la distribución de recursos -propios o no- y su impacto en la estructura de oportunidades. De modo inintencionado, la selectividad que resulta de los agentes de CeSACs juega su modesto rol en este marco, y los sujetos están tan advertidos de esto que lo incorporan a sus estrategias de supervivencia. Sin embargo, esto no sucedería del modo en que se produce de no ser por la centralidad que ocupan las relaciones interpersonales como contrapartida de la escasa formalización de las prácticas. Lo que hemos analizado como una primarización de las agencias sociales del Estado, es decir, el que los sujetos vulnerables incorporen a sus agentes como parte de sus redes de resolución de problemas, define uno de los usos fundamentales de estos espacios. Como parte de un proceso complejo que es medio y resultado de aquella primarización, los problemas que hacen a las condiciones de existencia son leídos en clave individual, como asuntos de orden privado.

Junto con su relativo acceso a recursos gratuitos y a otras ofertas asistenciales, la distancia social entre agentes estatales y destinatarios se mostró como dimensión clave de la relación interpersonal que entre ellos se establece. La incertidumbre que caracteriza la cotidianeidad de estos sujetos se hace ostensiva cuando observamos la confianza establecida para con un agente estatal resulta un capital tan valioso que pese a su volatilidad, es ubicada como uno de los soportes más sólidos de previsibilidad. Esto, a su vez, pone de manifiesto la estrecha dependencia de los sujetos socialmente vulnerables hacia estos agentes, y nos describe por contraposición la trama relacional que organiza su vida cotidiana. Encontramos así que las derivas de los entramados colectivos no son ajenas a aquel vínculo, y que en ellas podemos ubicar nuevamente la huella estatal.

En los territorios donde transcurre la mayor parte de la vida cotidiana de los sujetos, y donde se estructuran y definen sus oportunidades, las solidaridades se encuentran básicamente atadas al conocimiento interpersonal, mientras que los desconocidos tienden a ser considerados como amenazantes. Uno de los determinantes centrales de esta sociabilidad remite al modo en que las actividades delictivas -tanto por parte de civiles como de agentes de las fuerzas estatales- se han articulado real e imaginariamente a estos territorios, confiriéndole sentidos específicos a la sensación de inseguridad. Esta da origen, de un lado, a una serie de estrategias de afrontamiento. De otro lado, contribuye a delimitar su contrapartida, la sensación de estar protegido. Vale

señalar que nuevamente este análisis surge en gran medida a partir de incorporar la propia implicación en campo como elemento de estudio.

El modo de funcionamiento de las diversas agencias estatales ha ido abonando a la construcción de un bagaje de experiencias acerca del rol del Estado. Aquel repertorio configura un horizonte de lo posible y lo deseable en relación con las protecciones, las legalidades, y los marcos formalmente establecidos. Y este horizonte es constitutivo del despliegue cotidiano de estrategias de supervivencia. La experiencia de Estado, la experiencia del derecho, es condición y resultado de la interacción entre agentes estatales y sujetos socialmente vulnerables, está presente en las diversas instancias de socialización y es reforzado en cada encuentro.

Recapitulando nuestro recorrido, tanto en el caso de los sujetos socialmente vulnerables como de los agentes estatales, nuestra concepción de la esfera cotidiana nos ha llevado a ubicar las rutinas y regularidades como aquellas mediaciones que permiten una traducción apropiada entre los niveles macro y microsociales de análisis. Hemos entendido que las experiencias y sentidos atribuidos al vínculo al interior de las agencias y entre estas y sus destinatarios, así como las expectativas que lo determinan, remiten a procesos ampliados. Comprenderlas ubicando las instancias de socialización nos permite evitar las traducciones mecánicas, abriendo una serie de interrogantes respecto de los modos concretos en que un determinado orden social es experimentado, producido y reproducido por los sujetos. La interacción conlleva el aprendizaje de una serie de patrones que permiten anticipar el funcionamiento e incorporarlo a las pautas del propio accionar. Más allá de las heterogeneidad, o precisamente merced a ella misma, existen dinámicas regulares que funcionan con la suficiente predictibilidad como para convertirse en objeto de aprendizaje -y de indagación. Contraintuitivamente, hemos encontrado en el aislamiento una cualidad cohesiva.

De manera espiralada nos interesa regresar en este punto al concepto de malla de visibilidad pública. En primer lugar, debemos señalar que a lo largo de nuestro recorrido hemos ido encontrando distancias variables entre las realidades cotidianas y lo refractado en aquella suerte de sensibilidad colectiva. Un ejemplo de esto consiste en el modo en que fue comprendida la articulación entre los sectores estatales de salud -salud mental, específicamente- y justicia. Mientras que se ponía en agenda el doble encierro que afecta a quienes poseen un padecimiento psiquiátrico y han sido condenados penalmente, las derivaciones que cotidianamente afectan a los servicios ambulatorios han permanecidos veladas. Otro ejemplo lo ofrece lo socialmente

tematizado como inseguridad, donde un cúmulo de académicos e intelectuales ha venido insistiendo en señalar la contracara de aquello subrayado a través de los medios masivos, al tiempo que problematizando el temor al delito. Y dónde las agencias sociales del Estado parecen difuminarse y trocar sus sentidos al formar parte de un conjunto en el que se incluyen las agencias represivas. Estas temáticas están articuladas entre sí, y se imbrican de manera compleja y contradictoria con los aspectos sustantivos implicados por la demanda de atención en salud mental. Esperamos regresar a estas intersecciones en futuras indagaciones. Pero así como aquellas conexiones configuran en modos que resta indagar lo velado por la malla de visibilidad pública en lo atinente a la salud mental, no es menor el grado en que lo hacen respecto del rol del Estado.

Desprendido de lo anterior, argumentamos la relevancia de complementar los análisis de políticas públicas con investigaciones cuyos objetos analíticos se caractericen por su intersticialidad. Ha sido nuestra intención demostrar que la sociología cualitativa posee especial aptitud para este tipo de indagaciones. Consideramos que los abordajes que responden a sus principios representan una vía particular de aporte a la movilización social, que opera problematizando los términos en lugar de confirmarlos. En momentos históricos donde parte importante de las luchas sociales se concentran en la sanción legislativa de distintos proyectos, puede resultar interesante señalar no sólo dentro del ámbito académico sino también a los propios actores sociales las potencialidades y límites de estas modalidades de acción colectiva. Sobre todo, considerando que son cuestiones del orden de lo colectivo las que encontramos como fundantes de nuestros hallazgos.

Nos encontramos en condiciones de afirmar que no es sólo en la aprobación normativa donde se dirime el rol del Estado. Y no sólo porque la sanción puede ser distante de la implementación, sino porque el Estado interviene de maneras más abarcadoras, indirectas y complejas que las explícitamente orientadas. Lo cual no vuelve a las leyes menos necesarias, sino que señala su carácter necesariamente incompleto y fragmentario. Señala, simultáneamente, que los contenidos cotidianamente atribuidos al derecho, los modos y formatos en que estructura las prácticas, así como el modo de experimentarlo y las expectativas que lo acompañan, son variables a indagar más que cuestiones a dar por descontado.

Los términos en que están planteadas las políticas públicas no consiguen agotar la realidad existente. Pero siendo que la regulación oficial constituye un aspecto central del desempeño de los agentes *qua* estado, introducir esta dimensión de análisis implica recalar en una condición

inicial del debate sobre políticas públicas. La relación que los agentes establecen con los marcos legales, el vínculo entre reglas formales e informales, es algo que no puede ser supuesto *a priori*. Contribuyendo a poner en cuestión la demarcación entre una esfera de lo público y otra de lo privado, analizar un espacio estatal que no resulta explícitamente orientado nos ofrece la posibilidad de analizar contornos del Estado singularmente desustancializados. Lo que permanece sin definiciones formales puede servir tanto a modo de objeto empírico como de lente analítica, poniendo en cuestión las dicotomías y alertando ante el uso investigativo de ciertas categorías apriorísticas. La construcción de un problema investigativo allí donde no existe un problema social puede servir como punto de mira de dinámicas institucionales que tienden a caer por fuera de los análisis, y que sin embargo prefiguran la implementación de cualquier orientación política.

Hemos construido en un mismo gesto la problematización de los recortes temáticos de las políticas públicas y la problematización de la idea de Estado. Nuestra mirada intersticial ha sido fundada en esta doble tensión para con las perspectivas de derechos. Hemos recalado en problemáticas cuyos contornos son borrosos, deslindando líneas de indagación que requieren ser profundizadas, y que pareciera exceder al objeto descripto. Encontramos dimensiones novedosas de un problema sociológico o que aún no han sido suficientemente descriptas, para las cuales el área de salud mental de los CeSACs puede ser entendida como un caso particular. Pero al mismo tiempo resulta necesario preguntamos si estas dimensiones han aparecido a consecuencia de la ruptura con los términos con que fuera socialmente definido el problema, o bien emergieron por características particulares de nuestro objeto de estudio.

Es en este punto donde podemos abrir una serie de interrogantes. Los hallazgos presentados, ¿en qué medida han sido posibles gracias a nuestra mirada intersticial, y en qué medida gracias a las particularidades del área de salud mental de los CeSACs? ¿Qué grado de extensión tienen los espacios de intervención estatal no regulados formalmente? ¿Coinciden en todos los casos con su posición subalterna en cuanto a la malla de visibilidad pública? ¿Qué rasgos en común comparten, cuáles los diferencian? ¿En todos ellos las reglas informalmente establecidas se configuran de manera análoga? Regresando a aquello que intencionadamente hemos dejado de lado, ¿cuáles son las implicancias de lo descripto en términos de ciudadanía? ¿Cuáles son los puntos concretos en que el Estado realmente existente puede transformarse hacia el Estado idealmente propuesto por las orientaciones políticas? ¿En qué medida una política pública puede contribuir a revertir las condiciones iniciales en que surge? ¿Cómo impacta en los repertorios

cotidianos de los sujetos socialmente vulnerables una medida de origen sectorial? ¿De qué maneras se juega la motivación de los agentes en el logro de efectos de agregación? ¿Puede transformarse el rol del Estado a partir de la reconfiguración de las expectativas de quienes entran en contacto cotidiano con sus agencias? ¿Puede existir un Estado que garantice derechos acoplado con una perspectiva mercantil que enfatice el rol de la demanda? ¿De qué maneras pueden conmoverse las expectativas socialmente generalizadas respecto del rol del Estado? La primarización del vínculo con los agentes estatales, ¿tiende a reproducir las desigualdades previas entre los destinatarios o a moligerarlas? ¿En qué medida se logra instalar nuevos sentidos del derecho sin modificar la previsibilidad y homologación de las agencias sociales? ¿En qué puntos y de qué maneras se tiñe el rol de las agencias tradicionalmente sociales al modificarse el rol desempeñado por las agencias represivas? ¿Cómo pensar la responsabilidad en estos contextos -quién o quiénes son responsables por las condiciones que estructuran la vida cotidiana de los sujetos socialmente vulnerables? ¿Dónde ubicar el límite entre las consecuencias no buscadas del accionar de los agentes estatales y una orientación política que funciona por omisión? En otras palabras, ¿cuánto de lo descripto podría modificarse emergiendo en la malla pública de visibilidad? ¿Y cuánto a través de políticas públicas específicas? ¿En qué medida lo descripto se corresponde con los límites del diagnóstico previo, y en qué medida refleja aquello que la operación de recorte y acentuación que acompaña a toda política pública necesariamente dejará por fuera de la mirada?

El éxito que hayamos logrado en la argumentación de nuestra propuesta puede juzgarse regresando a los capítulos iniciales. Si a la luz de lo descripto la nueva Ley de Salud Mental adquiere una coloración distinta y aparece la necesidad de revisar algunos de sus supuestos, tal vez hayamos logrado dar cuenta de algunas de sus condiciones inadvertidas. O de algunas posibles barreras para su implementación en ciertos contextos. O bien, finalmente, sugerido posibles impactos en términos de consecuencias no buscadas.

Referencias bibliográficas

Acuña, C. y Chudnovsky M. (2002). "El sistema de salud en la Argentina". Documento de Trabajo Nº60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI), Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

Adissi, I. G. (2010). *La individualización de problemas sociales en contextos de labilidad estatal: el área de Salud Mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria) como punto de mira.* Tesos de Maestría, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Argentina.

Adissi, G. y Vazquez R. (2012). *Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires -un abordaje cualitativo sobre las estadísticas en el sistema público.* Buenos Aires: Ediciones CCC.

Adissi, G. (2013a). La construcción de la "salud mental" como problema de agenda - Ciudad de Buenos Aires, 2007-2012. *Anuario de Investigaciones 2012 del Centro Cultural de la Cooperación*.

Adissi, G. (2013b). "Salud Mental": escenario político y cristalización de los términos del debate en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista del Centro Cultural de la Cooperación.* 17 (2013b)

Aguilar Villanueva, L. (Comp.) (1993). *La implementación de las Políticas Públicas*, México: Porrúa.

Alonso, G. (2000). *Política y seguridad social en la Argentina de los ´90*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Alonso, G. (Comp.) (2007). *Capacidades Estatales, instituciones y políticas social*, Buenos Aires: Prometeo.

Alonso, M. (2010, noviembre 22-24). Psicólogos/as en Argentina. Actualización 2009. En Facultad de Psicología UBA. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

Álvarez, M. (Edit.) (1997). *Antropología y práctica médica: La dimensión sociocultural de la salud-enfermedad*, Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Secretaría de Cultura, Ministerio de Cultura y Educación, Presidencia de la Nación.

Álvarez, M. y Barreda, V. (Edits.) (1995). *Cultura, salud y enfermedad: Temas en*

antropología médica. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Secretaría de Cultura, Ministerio de Cultura y Educación, Presidencia de la Nación.

Álvarez Leguizamón, S. (1998, septiembre 30 y octubre 1-2) Solidaridad privada e indiferencia pública, la nueva cara de la política social para los excluidos. En Universidad de Buenos Aires *Estado y sociedad, la reconstrucción de la esfera pública*, Terceras Jornadas Internacionales.

Ameigeiras, A. (2007). El abordaje etnográfico en la investigación social. En Vasilachis de Gialdino, Irene (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.107-149). Buenos Aires: Gedisa.

Andrenacci, L. (2010, mayo 26-28) Política social y ciudadanía en América Latina contemporánea: una contribución al debate acerca de las transformaciones de política social de la región en la primera década del siglo XXI. En II Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales, Ciudad de México.

Andrenacci, L. (Comp.) (2005). *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo.

Andrenacci, L. y Soldano D. (2005). *Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino.* En Andrenacci, L. (Comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* (pp. 17-79). Buenos Aires: Prometeo.

Arditi, B. (2009). Argumentos acerca del giro a la izquierda en América Latina ¿Una política post-liberal?. *Ciências Sociais Unisinos,* 45 (3), 232-246.

Arteaga Botello, N. (2010). Consolidación de los archipiélagos de seguridad en América Latina. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad,* XVII (49), 163-195.

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2012) *El IVC frente a las villas de la ciduad: poco derecho y mucha discrecionalidad*. Recuperado de http://es.scribd.com/doc/117413223/El-IVC-frente-a-las-villas-de-la-Ciudad-poco-derecho-y-mucha-discrecionalidad

Austin, J. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras.* Barcelona: Paidós.

Auyero, J. (2001). *La Política de Los Pobres: Las Prácticas Clientelistas Del Peronismo.* Buenos Aires: Manantial

Auyero, J. (2007). *La zona gris. Violencia colectiva y política partidaria en la Argentina contemporánea.* Buenos Aires: Siglo XXI

Auyero, J. (2012). *Patients of the State. The Politics of Waiting in Argentina*. Durham: Duke University Press.

Ayos, E. (2012). Comunidad, cultura y prevención social del delito: formas de territorialización en la intersección de la política social y la política criminal. *Papeles de Trabajo.* 24. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-45082012000200001&script=sci_arttext

Ayos, E. y Dallorso, N. (2011). (In)seguridad y condiciones de vida en la problematización de la cuestión social: Políticas sociales y políticas de prevención social del delito. *Política criminal.* 6 (11), 1-18.

Bachelard, G. (1988). *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI.

Bachrach, P. y Baratz M. (1963). Decisions and nondecisions: an analytical framework. *The American Political Science Review.* 5 (3), 632-642.

Balán, J. (1991). *Cuéntame tu vida. Una biografía compartida del psicoanálisis argentino.* Buenos Aires: Planeta.

Barry, C.A, Stevenson, F., Britten, N., Barber, N. y Bradley C. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care?. *Social Science & Medicine.* 53. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459399

Basaglia, F. (1976). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico,* Buenos Aires: Corregidor.

Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres.* Barcelona: Gedisa.

Bauman, Z. (2006). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Becker, H. (1966). *Outsiders -Studies in the sociology of deviance.* Nueva York: The Free Press of Glencoe.

Belmartino, S. (1993). La implantación de servicios locales de salud. *Estudios Sociales*. 5, 9-34

Belmartino, S., Bloch C., Carnino, M., Persello A. (1999). *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1940-1960.* Buenos Aires: OPS.

Belmartino, S., Bloch C., Báscolo E. (2003). *Reforma de la atención médica en escenarios locales* Buenos Aires: Lugar.

Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX.* Buenos Aires: Siglo

XXI.

Belmartino, S. (2006, agosto 9-10) Los procesos políticos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría. En Centro de Estudios Avanzados, *II Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad en la Argentina*.

Belmartino, S. (2010). *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. Recuperado de http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf

Bertranou, J., Palacio, J.M. y Serrano, G.M. (Comps.) (2004). *En el país del no me acuerdo. (Des)memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.

Brand, P. (2001). La Planeación Urbana y las Ciencias Sociales en Colombia. *La ciudad y las ciencias sociales en Colombia.* 10, 133-141

Braslavsky, C. (1985). *La discriminación educativa en la Argentina.* Buenos Aires: GEL- FLACSO.

Braslavsky, C. y Krawczyk, N. (1988). *La escuela pública.* Buenos Aires: Miño & Dávila

Benévolo, L.(1974). *Historia de la Arquitectura moderna*. Barcelona: Gustavo Gili.

Bialakowsky, A. y Rosendo E. (1998). Salud Mental y Flexibilización Laboral: Una perspectiva antropológica. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría.* 31,

Bialakowsky, A., Rosendo, E., Crudi, R., Reynals, C., Zagami, M., Costa, M.I....Veleda, M. (2001a). Fuerte Apache, de la salud de la violencia o de la violencia de la salud. *Salud Problema y Debate.* 23. 87-99

Bialakowsky, A., Faraone, S., Lusnich, C. Haimovici, N., Rosendo, E., Socolovsky, G. (1997). Las nuevas patologías mentales o la creación de lo social. En Sorokin (Comp.) *Drogas. Mejor hablar de ciertas.* Buenos Aires: UBA

Binder, A. (2009). El control de la criminalidad en una sociedad democrática. Ideas para una discusión conceptual. En Kessler, Gabriel (Comp.) *Seguridad y ciudadanía. Nuevos paradigmas y políticas públicas.* Buenos Aires: Edhasa.

Blumer, H. (1971). Social problems as collective behaviour. *Social Problems.* 18 (3), 298-306

Blumer, H. (1981). *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*, Barcelona: Hora.

Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*, Buenos Aires: Periferia.

Bourdieu, P. (1997). Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático. En Bourdiey, P. *Razones prácticas.* Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (1999). Comprender. En *La miseria del mundo* (pp. 527-543) Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología.* Madrid: Istmo.

Bourdieu, P. (2001). *Las estructuras sociales de la economía.* Buenos Aires: Manantial.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Bourdieu, P. (1988). *Cosas Dichas.* Buenos Aires: Gedisa.

Bourdieu, P. (1990). *Sociología y Cultura*. Grijalbo: México.

Bourdieu, P., Chamboderon, J.C. y Passeron, J.C. (1975). *El oficio de sociólogo.* Buenos Aires: Siglo XXI

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Bozzano, H. (2009). *Territorios posibles. Procesos, lugares y actores.* Buenos Aires: Lumiere.

Bril Mascarenhas, T. (2007). El colapso del sistema partidario de la ciudad de Buenos Aires. Una herencia de la crisis argentina de 2001-2002. *Desarrollo Económico.* 47 (187), 367-400

Bruno, S. y Maguid, A. (2010). Migración, mercado de trabajo y movilidad ocupacional: el caso de los bolivianos y paraguayos en el Area Metropolitana de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires.* 7(12), 7-28.

Calzado, M. (2004). Discursos sociales y prácticas punitivas: las construcciones significantes de la opinión pública en las asambleas del plan de Prevención del Delito. *Delito y Sociedad.* 13 (20), 137-157

Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria –Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los ´60 y ´70 (1957-1983),* Tomos I y II. Buenos Aires: Topía.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado.* Buenos Aires: Paidós.

Castel, R. (2004). *La inseguridad social -¿qué es estar protegido?*. Buenos Aires: Manantial.

Castel, R. (2005). El proceso de individualización: fragilización de los soportes de

identidad frente a las transformaciones del capital y del trabajo. En Pérez Sosto, G. (Coord.) *Las manifestaciones actuales de la cuestión social*. Buenos Aires: Instituto Di Tella

Castellani, A. (2002). Implementación del modelo neoliberal y restricciones al desarrollo en la Argentina contemporánea. En Schorr, et.al. *Más allá del pensamiento único. Hacia una renovación de las ideas económicas en América latina.* Buenos Aires: CLACSO-Unesco

Castells, M. (1976). El fenómeno urbano: Delimitaciones conceptuales y realidades históricas. En *La cuestión urbana* (14-27). México: Siglo XXI.

Castells, M. (1995). *La ciudad informacional. Tecnologías de la información, reestructuración económica y el proceso urbano.* Madrid: Alianza.

Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2004). *Políticas de seguridad ciudadana y justicia penal*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Chiara, M. y Di Virgilio, M.M. (2005). La política social en la crisis de convertibilidad (1997-2001): mirando la gestión desde las coordenadas municipales en el Gran Buenos Aires. En Andrenacci, L. (Edit.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea.* Buenos Aires: Prometeo.

Ciccollela, P. (2009). Buenos Aires: una metrópolis postsocial en el contexto de la economía global. En Pírez, P. (Edit.) *Buenos Aires, la formación del presente.* Quito: OLACHI

Cicolella, P. y Mignaqui, I. (2009). Capitalismo global y transformaciones metropolitanas: enfoques e instrumentos para repensar el desarrollo urbano. En Poggiese, H. y Cohen Egler, T. (Comps.) *Otro desarrollo urbano : ciudad incluyente, justicia social y gestión democrática* Buenos Aires: CLACSO.

Clichevsky, N. (2003). Territorios en pugna: las villas de Buenos Aires. *Ciudad y Territorio, Estudios Territoriales.* XXXV, 136-137.

Cobb, R. y Elder Ch. (1983) *Participation in American politics. The dynamics of agenda building.* Baltimore: The John Hopkins University Press

Cohen, F. (2009). *Regulación del sistema de salud post-convertibilidad: desafíos y orientaciones recientes.* Buenos Aires: CIEPP.

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Edit.) *Psiquiatría Crítica -La política de la Salud Mental* (129-154). Barcelona: Crítica/Grijalbo

Conrad, P. y Schneider, J. (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Cravino, M.C. (1998, octubre) Las organizaciones villeras en la Capital Federal entre 1989-1996. Entre la autonomía y el clientelismo. En NAyA *Primer Congreso Virtual de Antropologia y Arqueologia.* Recuperado de http://www.naya.org.ar/congreso/ponencia2-11.htm

Cravino, M.C. (2004). El barrio concebido como comunidad. Reflexiones acerca de algunos supuestos presentes en la focalización territorial de políticas asistenciales. Recuperado de http://www.infohabitat.com.ar/web/img_d/est_06072009200444_n06072009200027.pdf

Cravino, M.C. (2009, septiembre 29-30 y octubre 1-2) El mercado inmobiliario extralegal y las transformaciones en la territorialidad barrial en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. En UNSaM/IDAES *Diversidad y poder en América Latina*. Reunión de Antropología del Mercosur.

Cravino, M.C. (2010). *Entre el arraigo y el desalojo. La Villa 31 de Retiro. Derecho a la ciudad, capital inmobiliario y gestión urbana.* Los Polvorines: UNGS.

Creswell, J. (1994). *Research Design. Qualitative and quantitative approaches. California: Sage*

Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos.* 18 (1), 5-47.

Csordas, T. (1992). *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self.* Cambridge: Cambridge University Press

Cruz, J.M. (2000). Violencia, democracia y cultura política. *Nueva Sociedad.* 167, 132-146

Cuenca, D. (2012). Estado débil e inseguridad. Una cuestión a resolver. *Voces en el Fénix.* 15, 12-17

Cuenya, B. y Corral, M. (2011). Empresarialismo y grandes proyectos urbanos: el modelo de Puerto Madero en Buenos Aires. *EURE Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales*. 37 (111), 25-45

Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires: Paidós.

Dammert, L. (2007). Seguridad pública en América Latina: ¿qué pueden hacer los gobiernos locales? *Nueva Sociedad.* 212, 67-81.

Dammert, L. (2009). Políticas públicas de Seguridad Ciudadana: Innovaciones y desafíos. En Kessler, G. (Comp) *Seguridad y ciudadanía. Nuevos paradigmas y políticas públicas* (pp.119-142). Buenos Aires: Edhasa.

Danani, C. (2008). América Latina luego del mito del progreso neoliberal: las políticas sociales y el problema de la desigualdad. *Ciências Sociais Unisinos.* 44(1), 39-48.

Danziger, K. (2005). *Los orígenes sociales de la psicología moderna.* Recuperado de http://www.elseminario.com.ar

Daroqui, A. (2003). Las seguridades perdidas. *Argumentos. Revista de crítica social.* Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsdl/collect/ar/ar-030/index/assoc/D6100.dir/2_5.pdf

Daroqui, A. y Guemureman, S. (2007). Ni tan "grande" ni tan "chico": realidades y ficciones de los vínculos familiares en los sectores urbanos pauperizados. *Revista Desafío(s).* 5. Recuperado de http://observatoriojovenes.com.ar

De Almeida Filho, N. y Silva Paim. J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales.* 75. 5-30

De León, P. (2007). Una revisión del proceso de las políticas: de Lasswell a Sabatier. En Acuña, Carlos *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer al actual.* Jefatura de Gabinete, Buenos Aires, 2007

De Mattos, C. (2010). Globalización y metamorfosis metropolitana en América Latina. Hacia una nueva forma urbana. En *Globalización y metamorfosis urbana en América Latina.* Quito: OLACHI.

Del Cueto, C. y Luzzi, M. (2008). *Rompecabezas. Transformaciones en la estructura social argentina (1983-2008).* Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Del Olmo, R. (1987). Criminología y Derecho Penal. Aspectos Gnoseológicos de una Relación Necesaria en América Latina. *Doctrina Penal.* 10 (37). 23-43

Del Olmo, R. (1989). Drogas: distorsiones y realidades. *Nueva Sociedad*. 102. 81-93

Del Olmo, R. (1992). *Prohibir o Domesticar, Politicas de drogas en America latina.* Nueva Sociedad: Caracas.

Del Olmo, R. (2000). Ciudades duras y violencia urbana. *Nueva Sociedad.* 167. 74-86

Del Olmo, R. (2002). ¿Por qué el actual silencio carcelario? En Briceño León (Comp.) *Violencia, sociedad y justicia en América Latina* (369-381), Buenos Aires: CLACSO.

Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B. y Kleinman, A. (1997). *Salud Mental en el*

mundo –problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud

Di Leo, P. F.; Camarotti, A. C. (Edits.) (2013). *"Quiero escribir mi historia". Vidas de jóvenes en barrios populares*. Buenos Aires: Biblos.

Di Virgilio, M.M. (2011). La dimensión colectiva del hábitat: Pistas para pensar las relaciones entre estrategias habitacionales, redes sociales y políticas sociales en el hábitat popular urbano en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En Rodríguez M. C. y Di Virgilio, M. M. (Org.) *Caleidoscopio de las políticas territoriales Un rompecabezas para armar*. Buenos Aires: Prometeo

Di Virgilio, M.M., Herzer, H., Merlinsky, G. y Rodriguez, C. (Orgs) (2011). *La Cuestión Urbana Interrogada. Transformaciones urbanas, ambientales y políticas públicas en Argentina.* Buenos Aires: Café de las Ciudades

Diaz Arana, F. (2008). *Los trabajadores de la Salud Mental de los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la ley 448*". Tesis de Doctorado no publicada, Maestría en Ciencias Sociales y Salud. CEDES/FLaCSo, Argentina

Elías, N. (1982) *La sociedad cortesana.* México: Fondo de Cultura Económica, 1982.

Elias, N. (1998). Apuntes sobre el concepto de lo cotidiano. En: Weiler, Vera (Comp. & Trad.) (331-347). *La civilización de los padres y otros ensayos.* Bogotá: Norma.

Elmore, R. (1993). Diseño Retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas. En Aguilar Villanueva, L. (Comp.) *La implementación de las Políticas Públicas* (251-280). México: Porrúa.

Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos de Antropología Social 25. 151-168.

Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

Etulián, J.C. (1997, marzo 17-21) Impactos territoriales de la política vigente: principales consecuencias regionales y locales a mediano y largo plazo. En T*erritorios en Redefinición. Lugar y Mundo en América Latina.* VI Encuentro de Geógrafos de América Latina. Universidad de Buenos Aires.

Evans, T. (2009) Managers, professional and discretion in street-level bureacracies. Recuperado de www.historyofsocialwork.org

Evans, T. y Harris J. (2004) Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work.* 34 (6). 871-895

Falappa, F. y Andrenacci, L. (2008). *La política social de la Argentina democrática (1983-2008)*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Faraone, S. (2012). *Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina [1983-2010]: tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas.* Tesis de Doctorado no publicada, Doctorado en Ciencias Sociales. UBA, Argentina.

Fassin, D. (1999). La patetización del mundo. Ensayo de Antropología política del sufrimiento. En Viveros Vigoya M., y Garay Ariza, G. (Comps.) *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (31-41) Santa Fé de Bogotá: CES.

Fernández Wagner, R. (2008). *Democracia y ciudad. Procesos y políticas urbanas en las ciudades argentinas (1983-2008)*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Finlay S. y Sandall J. (2009). "Someone's rooting for you": continuity, advocacy and street-level bureaucracy in UK maternal healthcare. Social Sciences Medicine. 69 (8). 1228-35.

Finquelievich, S. (2000). Los actores sociales, ¿cambian según los escenarios? Los actores sociales urbanos en la Sociedad de la Información. *KAIROS*. 4 (5). Recuperado de http://www.revistakairos.org

Foucault, M. (1975). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomos I y II. México: Fondo de Cultura Económica, México

Fraser, N. (1987). Women, Welfare and the politics of Need Interpretation. *Hypatia*. 2 (1). 103-121

Fraser, N. y Gordon, L. (1994). A Genealogy of Dependency: Tracing a Keyword of the U.S. Welfare State. *Signs*. 19 (2). 309-336

Frederic, S. (2009). Comentario a ´La dinámica de delito-policía en los procesos de reforma policial´. En Kessler, G. (Comp) *Seguridad y ciudadanía. Nuevos paradigmas y políticas públicas*. Buenos Aires: Edhasa.

Freidson, E. (1978). *La profesión médica –un estudio de sociología del conocimiento*

aplicado. Barcelona: Península

Galende, E. (1997). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica* Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual.* Buenos Aires: Paidos.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser.* Buenos Aires: Lugar.

Galvani, M. y Mouzo, K. (2010). Pobres en acción. Un análisis del programa de televisión Policías en Acción. En Galvani, M., Mouzo, K., Ortíz maldonado, N., Rangugni, V., Recepter, C., Ríos, A.l., Rodriguez, G., y Seghezzo, G. (2010). *A la inseguridad la hacemos entre todos. Prácticas policiales, mediáticas y académicas.* Buenos Aires: Hekht.

Galvani, M., Mouzo, K., Ortíz maldonado, N., Rangugni, V., Recepter, C., Ríos, A.l., Rodriguez, G., y Seghezzo, G. (2010). *A la inseguridad la hacemos entre todos. Prácticas policiales, mediáticas y académicas.* Buenos Aires: Hekht.

García, A. I. (2009). La paciencia de los pobres. Políticas sociales e integración en Centroamérica. En Altmann Borbón, J. (Comp.) *Cohesión Social y Políticas Sociales en Iberoamérica.* (83-104) Quito: FLACSO .

Garriga Zucal, J. (2012). "Josecito... te van a cagar a piñas". Miedo y sentido común en el trabajo de campo". *Estudios en Antropología Social.* 2 (1). 15-24

Gasparini, L. y Cruces, G. (2010). *Las asignaciones universales por hijo: impacto, discusión y alternativas*. Recuperado de http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas

Giddens, A. (1995) *La constitución de la Sociedad. Bases para la teoría de la estructuración.* Buenos Aires: Amorrortu

Girola, M.F. (2007) Procesos de apropiación del espacio y sociabilidad vecinal en un gran conjunto urbano situado en la ciudad de Buenos Aires. *Anthropologica.* XXV (25). 131-155

Glasser, B. y Strauss A. (1967) *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research* Nueva York: Aldine Publishing Company

Goffman, E. (1981) *La presentación de la persona en la vida cotidiana.* Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (1998) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires: Amorrortu.

Good, B. (1994a) A body in pain. The making of a World of Chronic Pain. En *Pain as Human experience. An anthropological perspective (*29-49). Berkeley: University of California Press.

Good, B. (1994b) *Medicine, Rationality and experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.

Gorelik, A. (2004). *Miradas sobre Buenos Aires -historia cultural y crítica urbana.* Buenos Aires: Siglo XXI

Gorelik, A. (2006). Modelo para armar: Buenos Aires, de la crisis al boom. *Punto de Vista.* 29 (84). 33-39

Grassi, E. (Coord.) (1996). *Las cosas del poder. Acerca del Estado, la política y la vida cotidiana*. Buenos Aires: Espacio.

Grassi, E. (2003a) Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal -La otra década infame [I] Buenos Aires: Espacio.

Grassi, E. (2003b) El asistencialismo en el estado neoliberal. La experiencia argentina de la década del 90. *e@latina - Revista electrónica de estudios latinoamericanos.* 4. 27–48.

Grimberg, M. (1995). Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud. En Álvarez, M. y Barreda, V. (Comps.), *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.

Groisman, F. (2011) Argentina: los hogares y los cambios en el mercado laboral: 2004-2009. *Revista CEPAL.* 104. 81-102.

Guber, R. (2001). *Método, campo y reflexividad.* Bogotá: Norma.

Guber, R. (2004) *El salvaje metropolitano –Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* Buenos Aires: Paidos.

Guemureman, S. (2006) Ni bandas ni pandillas: la miopía de las teorías de las subculturas para explicar la violencia juvenil. *Temas Sociológicos.* 11. 153-171

Guemureman, S. (2012, octubre 25-27) Los casos de violencia juvenil, las teorías de las subculturas criminales y los miedos sociales. En Conferencia Internacional *Más allá de las pandillas, violencias, juventudes y resistencias en el mundo globalizado.* FLACSO.

Guemureman, S. y Daroqui, A. (2001). *La niñez ajusticiada*. Buenos Aires: Ediciones del Puerto.

Guemureman, S., Fridman, D., Graziano, F., Jorolinsky, K., Lopez, A., Pasin, J. Y

Salgado, V. (2011, septiembre 6-11) Rol de los medios de comunicación en el despliegue de los mecanismos de control social, proactivos y reactivos. Legitimación de la violencia estatal contra los jóvenes pobres y su vinculación discursiva con la `delincuencia`. VI Jornadas de Sociología. UNLP

Gupta, A. (1995). Blurred boundaries: the discourse of corruption, the culture of politics, and the imagined state. *American Ethnologist.* 22 (2). 375-402

Gutiérrez, A. (2000). Neoliberalismo y servicio público: el caso del transporte urbano de pasajeros, con especial referencia al de la Región Metropolitana de Buenos Aires. *EURE.* 26 (77). 109-136

Gutierrez, A. y Rearte, J. (2006). Segregación y accesibilidad a servicios públicos de transporte en la ciudad de Buenos Aires. En Brasileiro, A y Marques da Silva, P. (Edits.) *Panorama Nacional da Pesquisa en Transportes 2006* (829-840). Río de Janeiro: ANPET.

Gutierrez Puebla, J. (2001). Escalas espaciales, escalas temporales. *Estudios Geográficos.* LXII (242). 89-104

Hammer, D. y Wildarsky, A. (1994). La entrevista semi-estructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa. *Historia y Fuente Oral.* 4

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación.* Barcelona: Paidós

Haney, L. (1996). Homeboys, babies, men in suits: the state and the reproduction of male dominance. *American Sociological Review.* 61. 759-778

Haney, L. (2002). *Inventing the Needy -Gender and the Politics of Welfare in Hungary.* California: University of California Press

Harris, M. (1984). *Introducción a la antropología general.* Madrid: Alianza.

Harvey, D. (1989). From Managerialism to entrepreneuralism: the transformation in Urban Governance in late capitalism. *Geografiska Annaler*. 71 (1). 3-17

Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo.* Madrid: Akal.

Heller, A. (2002). *Sociología de la vida cotidiana.* Barcelona: Península.

Helmke, G. y Levitsky, S. (2006) *Informal institutions and democracy -Lessons from Latin America.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Henderson, A. (2011, junio 2-4) An Examination of Administrative Discretion in Emergency Medical Services. 11th Public Management Research Conference. The Maxwell School of Syracuse University.

Herzer, H., Di Virgilio, M.M., Rodriguez, M.C. y Redondo, A. (2008) ¿Informalidad o informalidades? Hábitat popular e informalidades urbanas en áreas urbanas consolidadas (Ciudad de Buenos Aires). *Pampa. Revista Interuniversitaria de Estudios Territoriales.* 4 (4). 85-112

Herzer, H. (2008) (Org.) *Con el corazón mirando al sur. Transformaciones en el sur de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Espacio.

Homedes, N. y Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 17 (3). 210-220

Hupe, P. (2007) The Frontline Supervisor: On the Study of Leadership at the Street-Level. Delaware: Erasmus University.

Idiart, A. (2008, septiembre 4-5). Políticas sociales y estado social en Argentina. Transformaciones y continuidades del sector salud en el SXX. Coloquio Internacional *La construcción del estado social en la Argentina*. IDAES (UNSAM)/Universidad de París VII/CSIC (Madrid).

Imbert, G. (1992) *Los escenarios de la violencia: conductas anómicas y orden social en la España actual.* Barcelona: Icaria.

Isuani, E. (1991) Bismarck o Keynes: ¿quién es el culpable? Notas sobre la crisis de acumulación. En *El estado benefactor: un paradigma en crisis.* Buenos Aires: Miñó y Dávila/CIEPP.

Isuani, E., Tenti, E., Lumi, S., Golbert, L., Lo Vuolo, R., Pérez Irigoyen, C. *Estado democrático y política social.* Buenos Aires: EUDEBA, 1989.

Jobert, B. (2004). *Estado, Sociedad, Políticas Públicas.* Santiago de Chile: LOM-Capítulos IV y VI

Jordana, J. (2007). El análisis de los *policy networks*: ¿una nueva perspectiva sobre la relación entre políticas públicas y Estado?. En Acuña, Carlos *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer al actual.* Buenos Aires: Jefatura de Gabinete.

Joutard, P. (1995). *Los territorios de la historia oral*, México: Fondo de Cultura Económica.

Kaztman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. Montevideo : IPES.

Keiser, L. (1999). State bureaucratic discretion and the administration of social welfare programs: The case of Social Security disability. *Journal of Public Administration Research and Theory.* 9 (1). 87-106.

Keiser, L. (2003, octubre 9-11). The determinants of street-level bureaucratic behavior: Gate-keeping in the Social Security disability program. National Public Management Research Conference. Georgetown Public Policy Institute.

Kessler, G. (1996). Empobrecimiento y fragmentación de la clase media argentina. *Proposiciones.* 34

Kessler, G. (2002). *La experiencia escolar fragmentada. Estudiantes y docentes en la escuela media en Buenos Aires*. Buenos Aires: UNESCO.

Kessler, G. (2006). Dilemas y desafíos de la experiencia educativa de jóvenes en conflicto con la Ley. En Observatorio argentino de violencia en las escuelas. *Miradas Interdisciplinarias sobre la Violencia en las Escuelas* (13-20) Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

Kessler, G. (2009). *El sentimiento de inseguridad -sociología del temor al delito*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Kessler, G. (2010). *Sociología del delito amateur*. Buenos Aires: Paidós.

Kessler, G. (2012). Delito, sentimiento de inseguridad y políticas públicas en la Argentina del siglo XXI. En Zavaleta Betancourt, J.A. (Coord.) *La inseguridad y la seguridad ciudadana en América Latina* (19-40). Buenos Aires: CLACSO.

Kessler, G. y Di Virgilio, M.M. (2008). La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las últimas dos décadas. *Revista CEPAL.* 95. 31-50

Kleinman, A. (1994). The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds. En *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective* (169-198). Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (1995). Violence, Culture and the Politics of Trauma. En *Writing and the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. (173-189) Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. (2000). Violence of Everyday life. The multiple forms and Dynamics of Social Violence. En Das, V., Kleinman, A., Ramphele, M. y Reynolds, P. (Edits.) *Violence and Subjectivity*. (226-241). Berkeley: University of California Press.

Korteweg, A. (2003) Welfare reform and the subject of the working mother: `get a job, a

better job, then a career`. *Theory and Society.* 32 (4). 445-480.

Korteweg, A. (2006). The construction of gendered citizenship at the Welfare Office: an ethnographic comparison of welfare-to-work workshops in the United States and the Neatherlands. Oxford University Press. 313-340

Kralich, S. (2002). La ecuación "más privado, menos estatal": quiénes ganan y quiénes pierden. El caso del servicio de transporte público en el Gran Buenos Aires. *Eure.* 28 (84)

Kulfas, M. (2006). Modelo de ciudad y desindustrialización en la Ciudad de Buenos Aires. *Realidad Económica.* 218. 34-50

Lagroye, J. (1994). *Sociología Política.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Landau, M. (2008). *Política y participación ciudadana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* Buenos Aires: Miño & Davila.

Laraña, E. (1999). *La construcción de los movimientos sociales.* Madrid: Alianza. 67-127

Laurell, C. A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales.* 37. 3-18.

Lemus, J. (1995). *Areas Programáticas - conceptos de salud pública, epidemiología y atención primaria, aplicados a la estrategia de distritos y sistemas locales de salud en las grandes ciudades. Evaluación de la experiencia de la Ciudad de Buenos Aires.* Buenos Aires: Escuela de Salud Pública.

Lins Ribeiro, G. (1989) Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la teoría antropológica. *Cuadernos de Antropología Social.* 2 (1). 65-69

Lipsky, M. (1969). *Toward a theory of street level bureaucracy.* Nueva York: The American Political Science Association.

Lipsky, M. (2010). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in the public servic*e. Nueva York: Russell Sage Foundation

Llobet, V. (2012). Políticas sociales y ciudadanía. Diálogos entre la teoría feminista y el campo de estudios de infancia. *Frontera Norte.* 24 (48). 7-36.

Llovet, J. J. (1989) *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*. Buenos Aires: Hvmanitas-CEDES

Lo Vuolo, R. (1991) Economía política del Estado de Bienestar: mitología neoliberal y keynesianismo populista. En Isuani, E., Lo Vuolo, R. y Tenti, E. (Comps.). *El estado benefactor: un paradigma en crisis*. Buenos Aires: Miñó & Dávila/CIEPP

Lo Vuolo, R., Barbeito, A., Pautassi, L., Rodriguez, C. (2004)**.** *La pobreza... de la*

política contra la pobreza Buenos Aires: Ciepp/Miño & Dávila

Lo Vuolo, R. (2009). *Asignación por hijo*. Buenos Aires: Ciepp.

López, A.L., Fridman, D., Graziano, F., Pasin, J. y Jorolinsky, K. (2009, noviembre 10-12). Mapa de las agencias de control social penal dirigidas a adolescentes y jóvenes. V Jornadas de Jóvenes Investigadores, IIGG, UBA.

Lorenc Valcarce, F. (2002). Agenda política, producción de sentido y conflictos sociales en la Argentina. El último año del gobierno de Menem. En Levy, B. (Comp.) *Crisis y conflicto en el capitalismo latinoamericano: lecturas políticas.* (28-56) Buenos Aires: CLACSO.

Lorenc Valcarce, F. (2005a). El trabajo periodístico y los modos de producción de la noticia: el tratamiento de la inseguridad en la prensa argentina. *Questión.* 1 (7). Recuperado de http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/search/titles?searchPage=16

Lorenc Valcarce, F. (2005b). La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política. *Nómadas. Revista critica de ciencias sociales y jurídicas.* 12. 141-150.

Maceira, D. (2007). Propuesta de evaluación de estrategias de Atención Primaria de la Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires. En Maceira, D. (Edit) *Atención Primaria en Salud -enfoques interdisciplinarios*. (197-233) Buenos Aires: Paidós.

March, J. y Olsen, J. (1997). El ejercicio del poder desde una perspectiva institucional. *Gestión y Política Pública.* 6 (1). 41-73

Marques, V. (1983). *No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana.* Barcelona: Anagrama. Cap. 1

Martín Pérez, A. (2010). Atención al ciudadano y gestión cotidiana de las políticas sociales. Barcelona: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Seguridad Social, Gobierno de España.

Martínez Nogueira, R. (2002). Las administraciones públicas paralelas y las capacidades institucionales: la gestión por proyectos y las unidades ejecutoras. *Reforma y Democracia.* 24.

Mattina, G. (2009, noviembre 10-12) Consolidación de los nuevos formatos representativos: Itinerario de las elecciones legislativas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2009). Quintas Jornadas de Jóvenes Investigadores. IIGG, UBA.

Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach.* Thousand Oaks, California: Sage

Medan, M. (2011). Sociabilidad juvenil masculina y riesgo. Discrepancias y acuerdos

entre un programa de prevención del delito juvenil y sus beneficiarios. *Última Década.* 35. 61-87

Medan, M. (2012). ¿"Proyecto de vida"? tensiones en un programa de prevención del delito juvenil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 10 (1). 79-91.

Mendizábal, N. (2007). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa* (65-105). Buenos Aires: Gedisa.

Menéndez, E. L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología.* 7 (28). 11-27.

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En AAVV. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* Buenos Aires. 451-464.

Menéndez, E. L. (1990a). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.

Menéndez, E. L. (1990b). *Morir de alcohol.* México: Alianza.

Menéndez, E. L. (1992a). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales.* 59. 3-18.

Menéndez, E.L. (1992b). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En AAVV *La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate* (103-122). Washington: OPS.

Menéndez, E. L. (1993). Autoatención y participación social: estrategia o instrumento en las políticas de atención primaria. En Roesch, C. et al. (Edits.), *Medicina tradicional 500 años después (*53-102). Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana.

Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades.* 4 (7). 71-83

Menéndez, E. L. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuadernos Médico Sociales.* 73. 5-22.

Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra

Menéndez, E.L. (2006). Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales. *Relaciones.* 107 (27). 147-178

Menéndez, E. L (2009a). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Menéndez, E. L. (2009b). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli, H. (Comp.) *Salud Colectiva* (11-48). Buenos Aires: Lugar.

Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. B. (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención Primaria y proceso de alcoholización. México DF: CIESAS.

Merklen, D. (1999, marzo 11-12). La cuestión social en el sur desde la perspectiva de la integración -politicas sociales y acción colectiva en los barrios marginales del Rio de La Plata. *Forum Culture et Développement.* XL Asamblea anual de gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Merklen, D. (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina, 1983-2003).* Buenos Aires: Gorla.

Merleau-Ponty, M. (1957). *Fenomenología de la percepción*. México: Fondo de Cultura Económica.

Merleau-Ponty, M. (1970). *Lo visible y lo invisible.* Barcelona: Seix Barral.

Migdal, J. (2011). *Estados débiles, Estados fuertes*. México: Fondo de Cultura Económica.

Mignaqui, I. y Arias, S. (2008, junio 10). Política fundiaria y desarrollo urbano: oportunidades y amenazas para la tierra vacante en Buenos Aires. Segundo Seminario *Políticas Urbanas, Gestión Territorial y Ambiental para el desarrollo local.* Resistencia, Argentina.

Minujín, A. (Edit.) (1992). *Cuesta abajo: los nuevos pobres, efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Buenos aires: UNICEF.

Mitchell, T. (1991). The limits of the state: beyond statist approaches and their critics. *American political science review.* 85 (1). 75-96.

Mouzo, K., Ríos, A., Rodriguez, G. y Seghezzo, G. (2010a). Hacer morir. Prácticas policiales y la (re)inscripción del poder soberano en la economía del biopoder. En Galvani, M. et al (Comp.) *A la inseguridad la hacemos entre todos : prácticas policiales, mediáticas y académicas* (215-230). Buenos Aires: Hekht.

Mouzo, K., Ríos, A., Rodriguez, G. y Seghezzo, G. (2010a) La paramos de pechito. La (in)seguridad en el discurso de los funcionarios policiales. En Galvani, M. et al (Comp.) *A la inseguridad la hacemos entre todos: prácticas policiales, mediáticas y académicas* (171-213). Buenos Aires: Hekht Libros.

Munford, L. (1979). Expansión comercial y disolución urbana. En *La ciudad en la*

historia (T. II, 555-589). Buenos Aires: Infinito.

Neiman, G. y Quaranta, G. (2007). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa* (213-237). Buenos Aires: Gedisa.

Noailles, G. (2010). *Estudiantes, Militantes, Analistas. Historia y Política en la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Koyatun.

Noel, G. (2006). Una aproximación etnográfica a la cotidianeidad, el conflicto y la violencia en escuelas de barrios populares. En *Miradas Interdisciplinarias sobre la Violencia en las Escuelas.* (39-46) Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

O'Donnell, G. (1978). Apuntes para una teoría del Estado. *Revista Mexicana de Sociología.* 40, 4 (2). 1157-1199

O'Donnell, G. (2001). Accountability horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política. *POSTData.* 7. 11-34

O'Donnell, G. (2004). Acerca del Estado en América Latina contemporánea. Diez tesis para discusión. En *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos* (149-192). Buenos Aires: Aguilar, Altea, Alfaguara.

O'Donnell, G. (2008). Algunas reflexiones acerca de la democracia, el Estado y sus múltiples caras. *Reforma y Democracia*. 42. 5-30.

Ortiz Maldonado, N. y Recepter, C. (2010) El poder de no saber. Estrategias de neoliberalismo aplicado. En Galvani, M. et al (Comps.) *A la inseguridad la hacemos entre todos : prácticas policiales, mediáticas y académicas* (143-170). Buenos Aires: Hekht.

Ostuni, F. (2011). Villa Lugano. Potenciación de una trama y reactivación de conflictos a partir de las acciones estatales de construcción de vivienda. En Herzer, H. (Comp.) *Barrios al sur. Renovación y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires* (95-130). Buenos Aires: Café de las Ciudades.

Oszlak, O. (1980). Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. *CEDES.* 3 (2).

Oszlak, O. (1981). *Merecer la ciudad: los pobres y el derecho al espacio urbano.* Buenos Aires: CEDES/Hvmanitas.

Oszlak, O. (1985). *La formación del estado argentino.* Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

Oszlak, O. (1994). Estado y sociedad: las nuevas fronteras. En Kliksberg, B. (Comp.) *El Rediseño del Perfil del Estado.* México: Fondo de Cultura Económica

Oszlak, O. (2006). Burocracia estatal: política y políticas públicas. *POSTData Revista de Reflexión y Análisis Político*. XI.

Oszlak, O. (2007a). El estado democrático en América Latina y el Caribe: hacia el desarrollo de líneas de investigacion. *Nueva Sociedad.* 210. 42-63.

Oszlak, Oscar (2007b). *El mito del Estado mínimo: una decada de reforma estatal*. Recuperado de http://www.aaeap.org.ar/ponencias/Data/oszlak_oscar.html

Oszlak, O. y Felder, R. (1998). La capacidad de regulación estatal en la Argentina. ¿Quis custodiet custodes?. En Isuani, A. y Filmus, D. (Comps.) *La Argentina que viene*. Buenos Aires: FLACSO/EUDEBA.

Oszlak, O. Felder, R. y Forcinito, K. (2000). La capacidad regulatoria del estado en Argentina. CEDES. 3 (2).

Oszlak, O. y Orellana, E. (2001). *El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI*. Recuperado de http://www.oscaroszlak.org.ar

Padioleau, J. (1989)**.** *El Estado en concreto*. México: Fondo de Cultura Económica.

Palacio, J. M. y Soldano, D. (2004). El estudio de las metrópolis fragmentadas. *Boletín informativo de los Centros de Desarrollo Empresarial*

Pandit, N. (1996). The Creation of Theory -a Recent Application of the Grounded Theory Method- *The Qualitative Report. 2* (*4*). 1-20.

Parsons, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza. -Cap. 10

Parsons, W. (2007) *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas.* México: FLACSO.

Pasin, J. (2009, noviembre 10-12) Complejo tutelar y prevención social del delito. Rupturas y continuidades. V Jornadas de Jóvenes Investigadores, IIGG, UBA.

Pastor Seller, E. (2009). Participación y democratización de las políticas de servicios sociales en el ámbito municipal. *Portularia: Revista de Trabajo Social.* 9 (1). 69-81

Pegoraro, J.S. (1997). Las relaciones sociedad-Estado y el paradigma de la inseguridad. *Delito y Sociedad.* 9-10. 51-63

Pegoraro, J.S. (2000). Violencia delictiva. La construcción social de la inseguridad ciudadana. *Nueva Sociedad.* 167. 114-131.

Pegoraro, J. S. (2002). Las políticas de seguridad y la participación comunitaria en el

marco de la violencia social. En Briceño León (Comp.) *Violencia, sociedad y justicia en América Latina* (29-56). Buenos Aires: CLACSO.

Perelmiter, L. (2011). *La burocracia asistencial en funcionamiento. Relaciones y prácticas en la vida íntima del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina (2003-2009).* Tesis de Doctorado no publicada, Doctorado en Ciencias Sociales. UBA, Argentina.

Perelmiter, L. (2012). Saber asistir: técnica, política y sentimientos en la asistencia estatal. Argentina (2003-2008). En Morresi, S. y Vommaro, G. (Comps.) *Saber lo que se hace. Expertos y política en la Argentina reciente*. Buenos Aires: Prometeo. 135-170

Pérez Irigoyen, C. (1989). Política Pública y Salud. En Isuani, E. y Tenti, E. (Comps.) *Estado democrático y política social* (173-208). Buenos Aires: EUDEBA.

Peters, G. (1999). *Intitutional Theory in political science. The "New Institutionalism"* Londres: Cassell.

Pírez, P. (1994). *Buenos Aires Metropolitana. Política y gestión de la Ciudad*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Pirez, P. (2004). La configuración metropolitana de Buenos Aires: expansión, privatización y fragmentación. *Realidad Económica.* 208. 111-134

Pírez, P. (2009). La privatización de la expansión metropolitana en Buenos Aires. En Pírez, P. (Edit.), *Buenos Aires, la formación del presente.* Quito: OLACCHI.

Plotkin, M.B. (2003). *Freud en las pampas.* Buenos Aires: Sudamericana.

Portelli, A. (2004) *La orden ya fue ejecutada. Roma, las Fosas Ardeatinas, la memoria*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Prévôt Schapira, M.F. (2000). Segregación, fragmentación, secesión. Hacia una nueva geografía social en la aglomeración de Buenos Aires. *Economía, Sociedad y Territorio.* II (7). 405-431.

Prévôt Schapira, M.F. (2001). Fragmentación espacial y social: conceptos y realidades. *Perfiles Latinoamericanos.* 019. 33-56

Prévôt Schapira, M.F. (2002). Buenos Aires en los 90: metropolización y desigualdades. *Eure.* XXVIII (85). 31-50.

Prévôt Schapira, M.F. y Cattaneo Pineda, R. (2002). Buenos Aires: la fragmentación en los intersticios de una ciudad polarizada. *Eure*. 34 (103). 73-92.

Rangugni, V. (2010). Prácticas policiales y gobierno de la (in)seguridad en argentina. Apuntes para pensar el uso de la fuerza letal como técnica de regulación biopolítica. En

Galvani, M. et al (Comps.) *A la inseguridad la hacemos entre todos : prácticas policiales, mediáticas y académicas* (231-252). Buenos Aires: Hekht.

Raspall, T. (2012). El Plan Unidad Cinturón Sur. Impactos de una nueva política de seguridad en un gran conjunto urbano de la Ciudad de Buenos Aires. *Invi*. 74 (27). 123-146

Rebón, J. (2004). *Las formas de la conflictividad en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Una aproximación desde un estudio de caso.* Documentos de Jóvenes Investigadores Nº6. Buenos Aires: IIGG.

Reguillo Cruz, R. (2000). *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto.* Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

Reguillo Cruz, R. (2006). Cartografía de las violencias juveniles. Escenarios, fronteras y desbordes. En AAVV. *Miradas Interdisciplinarias sobre la Violencia en las Escuelas* (47-58). Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

Repetto, F. (2002). *Gestión pública y desarrollo social en los noventa. Las trayectorias de Argentina y Chile.* Buenos Aires: Prometeo.

Repetto, F. (2003, octubre 28-31) Capacidad estatal: requisito necesario para una mejor política social en América Latina. VIII Congreso Internacional del CLAD. *Reforma del Estado y de la Administración Pública.* Panamá.

Ricoeur, P. (1999). *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo Veintiuno.

Rodriguez, A. y Rodriguez, P. (2009). *Santiago, una ciudad neoliberal.* Quito: OLACCHI

Rodriguez, G. y Seghezzo, G. (2010). La problematización de la (in)seguridad en los medios de comunicación: los imperativos del saber y del hacer. En Galvani, M. et al (Comps.) *A la inseguridad la hacemos entre todos: prácticas policiales, mediáticas y académicas* (75-120). Buenos Aires: Hekht.

Rodriguez Enriquez, C. y Reyes, M.F. (2006). La política social en la Argentina post-convertibilidad: políticas asistenciales como respuesta a los problemas de empleo. Buenos Aires: Documento 55 del CIEPP

Rofman, A. (Comp.) (2010). *Sociedad y territorio en el conurbano bonaerense: un estudio de las condiciones socioeconómicas y sociopolíticas de cuatro partidos: San Miguel, José C. Paz, Moreno y Morón.* Los Polvorines: UNGS.

Rosendo, E. (2007). *Algunas puntuaciones para pensar la viabilidad de la Ley de Salud Mental (Nº448) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Primer Nivel de Atención.*

Recuperado de http://www.revistaversiones.com.ar/

Rosendo, E. (2009a, agosto 5-7). Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses (corporativos y profesionales) y la regulación de las prácticas profesionales. El caso de la Ley de Salud Mental Nº 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.* IIGG, UBA.

Rosendo, E. (2009b). *Los olvidos de la Salud Mental en los procesos de desinstitucionalización: antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental (Nº 448), un ejemplo paradigmático.* Recuperado de http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/42_rosendo.pdf

Ruiz Olabuénaga, J.I. (2003) *Metodología de la investigación cualitativa.* Bilbao: Universidad de Deusto.

Sabatier, P. y Mazmanian, D. (1993). La implementación de la política pública: un marco de análisis. En Aguilar Villanueva, L. (comp.) *La implementación de las políticas* (323-372). México: Porrúa.

Sautú, R. (2003). *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumière.

Schutz, A. (1995). *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu.

Sidicaro, R. (2009). *La crisis del Estado y los actores políticos y socieconómicos de la Argentina (1989-2001).* Buenos Aires: Eudeba

Sierra, F. Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En J.Galindo Cáceres (Coord.) T*écnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (347-383). México: Addison Wesley Longman

Singer, P. (1975). *Economía política de la urbanización.* México: Siglo XXI.

Skocpol, T. (1985). *El Estado regresa a primer plano: estrategias de investigación social.* Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales.

Smith, N. (2008). New Globalism, New Urbanism: Gentrification as Global Urban Strategy". En Brenner, N. y Theodore N. (Edits.) *Spaces of Neoliberalism. Urban Restructuring in North America and Western Europe.* (80-103) Blackwell: Malden.

Soja, E.W. (2008). La tercera revolución urbana. Modernidad y capitalismo urbano industrial. En *Postmetrópolis. Estudios críticos sobre las ciudades y las regiones* (116-148). Madrid: Traficantes de Sueños.

Soldano, D. (2008a). El Estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y

metodológicos de la investigación sobre política y biografía. En Frederic, S. y Soprano G. *Política y variaciones de escalas en el análisis de la Argentina* (235-254). Buenos Aires: Prometeo.

Soldano, D. (2008b). Vivir en territorios desmembrados. Un estudio sobre la fragmentación socio-espacial y las políticas sociales en el área metropolitana de Buenos Aires (1990-2005). En Ziccardi, A. (Comp.) *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social. Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI* (37-70). Bogotá: Siglo del Hombre.

Sozzo, M. (2000a). ¿Hacia la Superación de la Táctica de la Sospecha? Notas sobre Prevención del Delito e Institución Policial. En *Detenciones, facultades y prácticas policiales en la ciudad de Buenos Aires.* Buenos Aires: CELS

Sozzo, M. (2000b). Inseguridad, violencia y miedo en América Latina. *Nueva Sociedad.* 167.

Sozzo, M. (2000c). *Seguridad Urbana y Tácticas de Prevención del Delito.* Cuadernos de Jurisprudencia y Doctrina Penal. 10.

Sozzo, M. (2007, noviembre 22-24) ¿En el nombre de la democracia? Exploraciones en torno a los procesos de reforma policial en Argentina. 8vo. Congreso Nacional de Sociología Jurídica. *Derecho, Democracia y Sociedad.* Santa Fé, Argentina

Sozzo, M. (2008). *Inseguridad, prevención y policía*. Quito: Flacso.

Sozzo, M. (2009). Comentario a ´Políticas públicas de Seguridad Ciudadana: Innovaciones y desafíos´. En Kessler, G. (Comp) *Seguridad y ciudadanía. Nuevos paradigmas y políticas públicas* (143-150). Buenos Aires: Edhasa.

Spinelli, H. (2008). *Salud colectiva.* Buenos Aires: Lugar.

Starfield B. (2001). *Atención Primaria- Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.* Barcelona: Masson.

Stolkiner, A., Cohen, H. y otros (1993). *Políticas en Salud Mental* Buenos Aires: Lugar.

Stolkiner, A., Comes, Y., Parenti, M., Solitario, R., Unamuno, M.P. (2003). *Aproximación al análisis de la accesibilidad al sector salud de los ciudadanos del Conurbano Bonaerense: Monitoreando derechos de Ciudadanos con Necesidades Básicas Insatisfechas.* Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA. 10. 207-214

Stolkiner, A., Comes, Y. (2004) *Reforma y equidad: el concepto de derecho a la*

atención de la salud en documentos político-técnicos de agencias intervinientes en la reforma nacional del sistema sanitario argentino. Período 1990-2003. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA. 11. 261-269

Stolkiner, A., Solitario, R., Comes, Y., Parenti, M., Unamuno, M.P. (2004). *Descentralización y equidad en salud: estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense.* Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA. 11. 237-243.

Stolkiner, A., Comes, Y. (2005). *Si pudiera, pagaría. Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales*. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA. 12.

Subirats, J. (1989). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración.* Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.

Surel, Y. (2006). Relaciones entre la política y las políticas públicas. En Franco, R. y Lánzaro, J. (coords.) *Política y política pública en los procesos de reforma de América Latina* (43-76). México: FLACSO.

Svampa, M. (2000). Clases medias, cuestión social y nuevos marcos de sociabilidad. *Punto de Vista.* 76. 35-62

Svampa, M. (2001). *Los que ganaron.* Buenos Aires: Biblos.

Szajnberg, D., Mann, M. y Arias, S. (2005). Estrategias de acceso a tierra y vivienda de movimientos sociales con acción territorial en la ciudad de Buenos Aires. *THEOMAI - Estudios sobre Sociedad, Naturaleza y Desarrollo.*

Tamayo Saez, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En Baños, R. y Carrillo, E. (Comp.) *La nueva administración pública* (281-286). Madrid: Alianza Universidad

Taller Permanente de Metodología e Investigación *Repensando el "campo" en antropología.* Cuadernillo de Trabajo Nº1, Facultad de Filosofía y Letras (UBA), 2012

Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* Buenos Aires: Paidós.

Tenti Fanfani, E. (1991). Pobreza y política social: más allá del neoasistencialismo. En Isuani, A., Lo Vuolo, R., y Tenti, E. (Comps.) *El estado benefactor: un paradigma en crisis.* Buenos Aires: Miñó y Dávila/CIEPP.

Tenti Fanfani, E. (2007). *La escuela y la cuestión social. Ensayos de sociología de la educación.* Buenos Aires: Siglo XIX.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social.* México: Siglo XXI.

Testa, M. (1993). Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud. En *Pensar en Salud.* Buenos Aires: Lugar.

Theodore, N., Peck, J. y Brenner, N. (2009). Urbanismo neoliberal: la ciudad y el imperio de los mercados. *Temas Sociales.* 66. 1-12

Thwaites Rey, M. y López, A. (2001, noviembre 5-9). Estado regulador: ¿un sucedáneo de la competencia?. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Congreso Internacional sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.

Thwaites Rey, M. y López, A. (2005). *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado Argentino.* Buenos Aires: Prometeo.

Tiscornia, S. (2008). *Activismo de los derechos humanos y democracias estatales - El caso Walter Bulacio.* Buenos Aires: Ediciones del Puerto/CELS.

Topalov, C. (1979). *La urbanización capitalista.* México: Edicol.

Touzé, G. (Org.) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Turner, B. (1988). *Medical Power and Social Knowledge*. Londres: Sage.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis.

Van Meter D. y Van Horn C. (1993). El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual. En Aguilar Villanueva, L. (Comp.) *La implementación de las Políticas Públicas* (97-146). México: Porrúa.

Vélez, L. (2000). El mito de vivir en un mundo más violento. *Nueva Sociedad*. 167.

Vezzetti, H. (1996). *Aventuras de Freud en el país de los argentinos: de José Ingenieros a Enrique Pichón Riviere.* Buenos Aires: Paidos.

Visacovsky, S. (2002). *El Lanús -Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina.* Buenos Aires: Alianza.

Vommaro, G. (2012, agosto 1-4). Cómo se construye un partido político "nuevo": la emergencia del partido PRO en el distrito federal de Argentina. Segundo Fórum ISA *Justicia Social y Democratización.* Facultad de Ciencias Económicas, UBA.

Wacquant, L. (2001). *Parias urbanos*. *Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio.* Buenos Aires: Manantial.

Wacquant, L. (2004). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Manantial.

Wacquant, L. (2007). *Los condenados de la ciudad. Guetto, periferias y Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Watkins-Hayes, C. (2009a). Race-ing the Bootstrap Climb: Black and Latino Bureaucrats in Post-Reform Welfare Offices. *Social Problems*. 56(2). 285-310

Watkins-Hayes, C. (2009b). *The New Welfare Bureaucrats. Entanglements of Race, Class and Policy Reform.* Chicago University Press.

Weber, M. (1987). *El Político y el Científico.* Madrid: Alianza.

Weber, M. (2003). *Economia y sociedad.* México: Fondo de Cultura Económica.

Wells, J. (1997). Priorities, "street level bureaucracy" and the community mental health team. *Health & Social Care in the Community.* 5 (5). 333–342.

Winch, P. (1990). *Ciencia social y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.

Winter, S. (2003, noviembre 6-8). Political Control, Street-Level Bureaucrats and Information Asymmetry in Regulatory and Social Policies. Association for Public Policy Analysis and Management. Annual Research Meeting. Washington D.C.

Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas.* Barcelona: Crítica.

Wortman, A. (Comp.) (2012). *Mi Buenos Aires Querido. Entre la democratización cultural y la desigualdad educativa*. Buenos Aires: Prometeo.

Young, J.(1993). El fracaso de una criminología: la necesidad de un realismo radical. En Rodenas, A., Font, E.A., Sagarduy, R. (Orgs.) *Criminología crítica y control social. El poder punitivo del Estado* (5-39). Rosario: Juris.

Ziccardi, A. (2001). Las ciudades y la cuestión social. En Ziccardi, A. (Comp) *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía -los límites de las políticas sociales en América Latina* (85-126). Buenos Aires: CLACSO.

Anexo Metodológico

Índice

i. Vinculación personal con el campo de estudio....336
ii. Primera fase: proceso de selección de unidades de recolección 338
ii.a.Areas Programáticas de la Ciudad de Buenos Aires, con sus respectivos Hospitales de base y CeSACs....338
ii.b. Primer nivel de profundidad en abordaje 339
ii.b.1. Códigos de referencia, tarea de campo y conformación del área de salud mental de los CeSACs 339
ii.c. Segundo nivel de profundidad en abordaje 341
ii.c.1. Criterios de selección intencional....341
ii.c.2. Códigos de referencia, tarea de campo y características de CeSACs 341
ii.d. Tercer nivel de profundidad en abordaje 342
ii.d.1. Criterios de selección intencional....342
ii.d.2. Códigos de referencia, tarea de campo y características de CeSACs 343
ii.e. Abordaje en niveles ministeriales....343
ii.e.1. Dependencias contactadas y técnicas utilizadas....343
iii. Segunda fase: establecimientos en profundidad y giro etnográfico....344
iii.a. Espacios en los que se participó durante la inserción en el CeSAC de Villa 23/344
iii.b. Selección de fragmentos del diario de campo....345
iii.c. Líneas de fuga en la investigación: su reconversión a modo de dato sobre el objeto....347
iii.d. Algunas reflexiones restantes sobre el "giro" 348
iii.e. Precisiones sobre el contexto urbano en los establecimientos abordados en profundidad....349
iii.e.1. CeSAC de Villa 23 349
iii.e.2. CeSAC 54....350
iii.e.3. CeSAC del Boero 350
iii.d. Características de los consultantes entrevistados en el Boero....351
iv. Fuentes documentales....353
iv.a.Normativas....353
iv.b.Documentos oficiales varios....354
iv.c.Otros documentos 355
vi.d.Sitios de internet....356
vi.e.Grupos y boletines electrónicos....363

i. Vinculación personal con el campo de estudio

El proceso investigativo que informa esta Tesis -y la anterior- surge posibilitado por dos becas sucesivas otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). Con anterioridad a la obtención de la primera beca, mi inserción laboral y formativa a un tiempo fue en el marco de un posgrado de capacitación en servicio dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS). Mis actividades cotidianas tenían lugar en distintos CeSACs -básicamente en uno de ellos- dependientes en su mayoría del Área Programática de un Hospital General de Agudos de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

Fue a lo largo de los tres años que duró aquella Residencia que, siendo parte de él, conocí qué era un CeSAC y fui comprendiendo su lugar subalterno y la indefinición de su rol. También allí tomé contacto con profesionales del área de salud mental, y con algunos de sus condicionantes cotidianos. Incluso realicé tareas con algunos de ellos. Junto con lo anterior, tomé contacto con los ámbitos académicos en que se abordaba lo relativo a la salud desde las ciencias sociales -participando en reuniones científicas y colectivas de distinta índole.

La RIEpS plantea la posibilidad de realizar una rotación optativa por algún programa ministerial u organización no gubernamental en un tema relacionado con sus contenidos que resulte de particular interés personal. Mi rotación fue en dos organizaciones no gubernamentales que trabajaban con las problemáticas asociadas al uso de drogas. Fui profundizando en esta temática, fundamentalmente desde la perspectiva denominada como de reducción de riesgos y daños.

Mi egreso de la RIEpS -en junio del 2008- coincidió con la conformación de un equipo interdisciplinario de trabajo en la problemática de adicciones en el que aquí hemos denominado como CeSAC de Villa 23. Perteneciente a la misma Área Programática donde había yo realizado la Residencia, conocía a distintos profesionales que en él se integraron, y no me resultó difícil contactarme con la Jefa de ese establecimiento. Comencé de tal manera una inserción honoraria, guiada por el interés de no perder contacto con el mundo de la intervención social -en la intención de evitar que mis actividades quedaran reducidas a lo académico.

Aquel equipo estaba conformado por cuatro psicólogos abocados a la parte de asistencia, y algunas líneas de intervención en prevención comunitaria. Por mi parte, presenté un proyecto para incorporar un eje de trabajo en reducción de daños. Este consistía en realizar recorridas

sistemáticas al interior de la Villa, tomando contacto con jóvenes que se encuentran en situación de consumo -muchas veces superpuesta con su situación de calle. En tales recorridas se les acercaba material preventivo, informativo, alimentos o abrigo, y se buscaba establecer la referencia con el Centro de Salud. Inicialmente realicé esta tarea acompañada de una Trabajadora Social y de la Jefa del CeSAC. También acompañé el espacio de admisión, donde se recibían demandas y consultas relacionadas con la asistencia en estas problemáticas. Y participé de los múltiples espacios de reunión que se proponían entre los miembros del equipo así como entre estos y otras instancias hospitalarias y ministeriales. Finalmente, por distintos motivos, fui parte de la cotidianeidad del CeSAC permaneciendo en la cocina con los distintos profesionales -entre los cuales muchos eran del área de salud mental.[404]

Con el correr del tiempo, el grupo a cargo del abordaje en reducción de daños por mí impulsado fue cambiando su composición. Se sumó a él una colega socióloga -egresada también de la residencia- una médica clínica y dos psicólogos, a raíz del contacto interpersonal que existía entre algunos trabajadores del CeSAC y otro establecimiento cercano -el que aquí hemos denominado como CeSAC del Boero. Las recorridas tenían lugar una vez por semana, y otro día iba yo con la Jefa del Centro de Salud a conversar y "tomar mate" en una Fundación cercana, buscando establecer un contacto fluido e informal con los jóvenes en situación de consumo.

Comenzó a suceder que, teniendo yo más disponibilidad horaria que el resto de los profesionales, comencé a tomar bajo mi responsabilidad el acudir a las distintas reuniones interinstitucionales u hospitalarias, en representación del equipo. Muchas veces, en representación misma del CeSAC.[405] Paralelamente, estaba yo llevando a cabo el trabajo de campo que informa esta Tesis. La inserción en el CeSAC de Villa 23 fue considerada al principio como una oportunidad para contactar informantes clave en distintas áreas, y de hecho motivó la decisión de incluir la totalidad de su Área Programática como unidad de análisis y recolección. Ahora bien, en más de una ocasión, uno y otro rol se fusionaban en la presentación personal que hacía ante mis entrevistados. El acceso a autoridades ministeriales, así como la participación en distintos espacios de reunión también en aquel nivel,

[404] Siendo que los profesionales de salud mental son los que mayormente trabajan con asistencia programada, cuando no concurren los pacientes citados suele encontrárseles en estos espacios colectivos. Algo que no resulta tan frecuente para los profesionales de otras áreas.

[405] El listado de los espacios en que se participó se incluye más abajo.

seguramente hubiera tenido otra impronta de no haber apelado yo a aquella presentación.[406] Al mismo tiempo, mi experiencia en el CeSAC de Villa 23 informaba parte de los "memos" que acompañaban el procesamiento y análisis de la información producida a fin de mi investigación académica. No sin cierta demora, en abril del 2009, decidí que toda esta inserción ameritaba convertirse en fuente de mi campo fenoménico. Comenzando a registrar sistemáticamente todo lo que allí sucedía, debí al mismo tiempo reconstruir el recorrido anterior.

En septiembre del 2009, en la única ocasión en que no pude concurrir personalmente a la recorrida, el equipo fue asaltado en el pasillo mismo donde se encuentra el CeSAC. Esto provocó temor en los profesionales -el asaltante había utilizado un arma de fuego-, que fue procesado de modo distinto por cada cual, provocando ciertas tensiones internas. Pero también provocó una respuesta inmediata por parte de las autoridades -Jefatura del CeSAC, Jefatura de Área Programática, Jefatura Hospitalaria-, quienes instaron a que se abandonara el dispositivo aduciendo que ellos no se harían responsables en caso de cualquier inconveniente. Ante esta situación, se suspendió abruptamente este dispositivo -provocando un efecto de contagio en otras actividades extramurales. Pero, aún interesados en este tipo de trabajos, el grupo de profesionales que realizábamos aquellas recorridas continuamos reuniéndonos, buscando alternativas para continuar con nuestra tarea. En el marco de tal búsqueda, tuvimos una serie de reuniones con la Jefa del CeSAC del Boero.

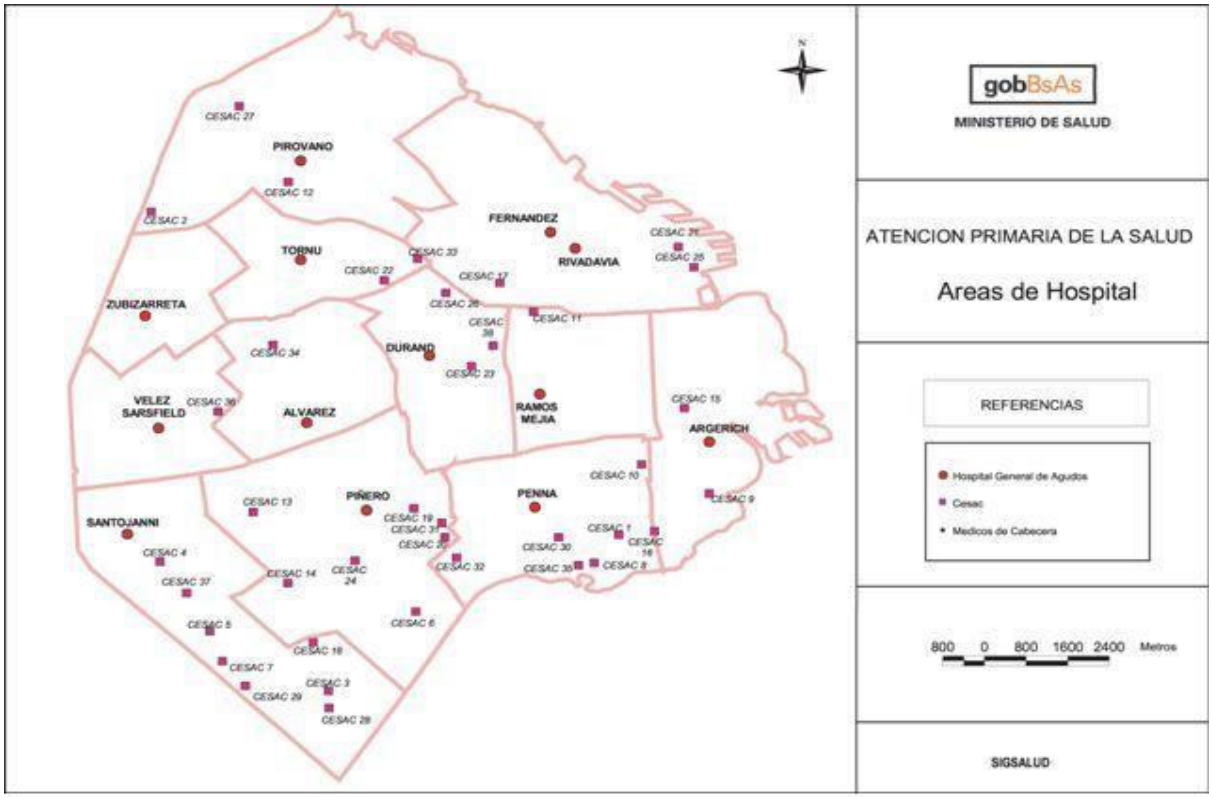
Si bien no fue de modo inmediato, aquello tuvo continuidad con el contacto personal realizado en aras de tomar a este último CeSAC en profundidad, en el marco de un abordaje de tipo etnográfico que incluyera entrevistas a sus usuarios. Vale decir que las condiciones prácticas para realizar aquella inserción estaban dadas. El trabajo con los jóvenes en situación de consumo, no obstante, no logró ser reactivado.

ii. Primera fase: proceso de selección de unidades de recolección

ii.a.Areas Programáticas de la Ciudad de Buenos Aires, con sus respectivos Hospitales de base y CeSACs[407]

[406] Puntualmente, mi acceso directo a los códigos informales con que se manejaban los distintos espacios tal vez hubiera sido otro de no mediar esta pertenencia.

[407] En este mapa se presenta además un decimo tercer Hospital General de Agudos que no posee área geográfica a cargo (HGA Rivadavia, en Área Programática del Hospital Fernández). No poseemos referencias exactas sobre esta fuente dado que actualmente no se encuentra disponible en la web. Extraída de Diaz Arana, 2008



ii.b. Primer nivel de profundidad en abordaje (totalidad de un Área Programática)

ii.b.1. Códigos de referencia, tarea de campo y conformación del área de salud mental de los CeSACs (según información consignada al momento de la entrevista).[408]

A.P. 1	*Establecimiento*	*Modalidad de abordaje*	*Composición y tareas del área de salud mental en ese establecimiento*
	CeSAC A	Entrevista individual a una psicóloga.	Equipo conformado por dos psicólogas y una psicopedagoga. Mayormente realizan asistencia individual a demanda para niños y adultos, pero también sostienen distintas actividades comunitarias interdisciplinarias.
	CeSAC B ("*de Villa 23*")	Entrevista individual a un psicólogo y a una psicóloga. Posteriormente, giro etnográfico: inserción en profundidad.	Trabajan de manera independiente entre sí seis psicólogos de planta y una concurrente psicóloga. Uno de aquellos realiza actividades de investigación y participa en reuniones comunitarias. El resto sólo realiza asistencia individual a demanda de niños, adultos y gerontes. Hubo además tres psicólogos convocados ad hoc para el proyecto sobre usos problemáticos de drogas.
	CeSAC C (sede	Entrevistas individuales a	En este CeSAC hay varios equipos que se

[408] Se consignó el número de profesionales trabajando en cada CeSAC, lo cual puede implicar una sobreestimación general, puesto que varios de ellos se desempeñan en más de un establecimiento del Área Programática.

	de inserción durante la RIEpS)	dos psicólogas. Acceso a documentos de derivación*	autodenominan "de salud mental", que trabajan de manera independiente. Uno de ellos está conformado por psicólogos y realiza asistencia individual a demanda para niños y adultos; es sede de la concurrencia en salud mental del área programática por lo que la cantidad total de profesionales es cercana a la decena. Otro equipo trabaja en adolescencia, realizando asistencia clínica y actividades en escuela. En otro sector del CeSAC se encuentran tres profesionales que realizan asistencia individual a demanda sin contacto con los anteriores. Finalmente, en este CeSAC se encuentra un Centro de Día -que guarda con él vínculos poco claros- donde trabajan mayormente psicólogos en asistencia individual a demanda; hay también algunos talleres, uno de ellos coordinado por musicoterapeutas, y atiende asimismo un psiquiatra. Existe además un equipo denominado "Problemáticas de riesgo" que trabaja fundamentalmente sobre violencia doméstica, conformado por trabajadoras sociales y que funciona sin conexión orgánica con los profesionales arriba mencionados.
	CeSAC D	Entrevista individual a una psicóloga.	Trabajan allí dos psicólogas que realizan asistencia individual a demanda -una para niños, otra para adultos- y que no tienen contacto entre sí.
	CeSAC E ("*del Boero*")	Entrevista grupal al "equipo de Salud Mental" (tres psicólogas y una trabajadora social). Posteriormente, inserción en profundidad.	Además del equipo entrevistado, atienden allí dos psicólogos más y una médica psiquiátrica (asistencia individual a demanda para niños, adolescentes y adultos). El equipo entrevistado realiza actividades extramurales en escuelas.
	CeSAC F	Entrevista individual a un psicólogo. Observación de asamblea barrial con miembros del CeSAC que se realizaba en aquella ocasión.	Trabajan allí dos psicólogos. Uno de ellos atiende niños de manera individual a demanda. La otra combina atención de adultos con actividades comunitarias.
	CeSAC G	Entrevista individual a una psicóloga.	En este CeSAC realizan asistencia individual a demanda tres psicólogos de manera independiente. Dos de ellos participan además coordinando interdisciplinariamente grupos de personas con enfermedades crónicas.
	CeSAC H	Entrevista individual a una psicóloga.	Este CeSAC, abierto recientemente, funciona en un barrio de mayor nivel socioeconómico que los restantes. Es por ello que el área de salud mental se fue conformando por profesionales que solicitaban su pase desde otros CeSACs por problemas de inseguridad, al tiempo que varios profesionales del Área Programática lograron cumplir allí parte de sus horas laborales. Llegó a haber dieciseis psicólogos trabajando en asistencia individual a adultos y niños, y se encontraban en conformación una serie de equipos con distintas propuestas (tanto de abordaje individual de problemáticas puntuales como de abordajes grupales o comunitarios), algunos de ellos interdisciplinarios.

	Entrevista en Profundidad a Jefe de División Área Programática Entrevista en Profundidad a Ex Director de Hospital Entrevista en Profundidad a Informante Clave, actualmente en tareas administrativas, uno de los trabajadores de mayor antigüedad en el Hospital. ***Documentos recolectados***: ⅄ Residencia de Psicopedagogía del AP1, *"Trabajo de reconocimiento: Area programática del Hospital […]"*, Informe Final, Julio de 1995 ⅄ Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, Proyecto de investigación *"Atención de la Salud mental en el Area Programática […]*", Informe Final, mayo 2009 ⅄ Cátedra Gutreiman/ Caballero, Ftad. Psicología, UBA *"Las prácticas del psicólogo en los CeSACs"* – Informes Finales realizados por los alumnos, con resultado de los relevamientos para cada uno de los CeSACs, durante el año 2001 ⅄ Notas de derivación provenientes del sector educativo llegadas entre 1999 y 2008 al CeSAC C sin que llegara a tener lugar un tratamiento en consecuencia. Adjuntados, comentarios de profesionales durante la/s primera/s entrevista/s (inicio de Historia Clínica) ⅄ Oficios Judiciales y de organismos sucedáneos recibidos en los últimos años por una de las psicólogas del CeSAC E

ii.c. Segundo nivel de profundidad en abordaje

ii.c.1. Criterios de selección intencional

Variable	*Decisión muestral*
Cantidad de CeSACs dependientes del Área Programática	Seleccionar aquellas áreas con mayor cantidad de establecimientos para observar similitudes y diferencias entre CeSACs
Inserción territorial del CeSAC	Seleccionar en cada área un CeSAC que esté al interior de una villa miseria y otro externo
Profesión del Jefe de CeSAC	Incluir en la muestra aquellos Jefes que provengan del área de salud mental -para entrevistarlos como profesionales y al mismo tiempo como autoridades
Antigüedad del entrevistado	Incluir profesionales que estén desde el comienzo de los CeSACs y otros que se hayan insertado en los últimos cinco años

ii.c.2. Códigos de referencia, tarea de campo y características de CeSACs (según información consignada al momento de la entrevista).

Área Programática	*Establecimiento*	*Inserción territorial*	*Modalidad de abordaje*	*Características del CeSAC*
A.P. 2	**CeSAC I**	Inserto en un parque, en barrio de sectores medios	Entrevista en profundidad al Jefe, profesional de salud mental*	Ex-Gabinete Psicofísico, convertido en CeSAC en 1985, recibe gran cantidad de derivaciones escolares.

				Trabajan ocho psicólogos que realizan básicamente asistencia individual a demanda para niños y adultos, pero también grupos coordinados interdisciplinariamente y otras actividades de prevención y promoción. El Jefe realiza atención eventualmente
	CeSAC J	Inserto en una "villa miseria"	Entrevista en profundidad al Jefe, profesional de salud mental*. Entrevistas informales a ex psicóloga de y a egresada de la Residencia de Trabajo Social con sede en el CeSAC	CeSAC creado por una organización barrial, luego absorvido por el GCABA en 1995. El Jefe se desempeña profesionalmente dado que no existe otro profesional de Salud Mental rentado; es sede de la Concurrencia en Salud Mental. Jefe y concurrentes realizan además actividades comunitarias.
A.P. 3	**CeSAC K**	Inserto en un barrio de monoblocks de sectores medio-bajos	Entrevista en profundidad a la psicóloga de menor antigüedad	CeSAC creado en la década de l990, cuenta actualmente con tres psicólogas que realizan asistencia de niños y adultos manera independiente. La entrevistada es la única que realiza además algunas actividades comunitarias interdisciplinarias.
	CeSAC L	Inserto en una "villa miseria"	Entrevista en profundidad a la psicóloga de mayor antigüedad. Lectura de material de ateneos, informes, trabajos finales para distintos cursos, proporcionados por la entrevistada.	CeSAC inaugurado en 1985 como sede de rotación de Residencia de Pediatría y sede de la Concurrencia de Salud Mental en Atención Primaria. Actualmente trabajan cuatro psicólogas realizando casi exclusivamente atención individual a demanda de niños, adolescentes y adultos.

*Siendo en un caso psicólogo y en otro médico psiquiatra, tal especificidad no se ha explicitado en aras de resguardar la confidencialidad. A lo largo de este trabajo ambos son referidos como "Jefe *psi*"

ii.d. Tercer nivel de profundidad en abordaje

ii.d.1. Criterios de selección intencional

Variable	*Decisión muestral*
Cantidad de CeSACs dependientes del Área Programática	Seleccionar áreas con escasa cantidad de establecimientos para controlar la influencia de las autoridades hospitalarias

Inserción territorial del CeSAC	Seleccionar exclusivamente CeSACs insertos en zonas residenciales de sectores medios/medio-altos, que incluyan asentamientos intersticiales y viviendas colectivas del tipo casas tomadas o inquilinato-pensión.
Origen del CeSAC	Seleccionar un CeSAC que haya sido anteriormente Gabinete psicofísico y otro que no, para observar covariación en derivaciones escolares
Distancia geográfica con establecimientos monovalentes en salud mental	Incluir un CeSAC cercano a un establecimiento monovalente en salud mental y otro alejado, para observar covariación en derivaciones en casos considerados de gravedad

ii.d.2. Códigos de referencia, tarea de campo y características de CeSACs (según información consignada al momento de la entrevista).

Área Programática	*Establecimiento*	*Modalidad de abordaje*	*Composición y tareas del área de salud mental en ese establecimiento*
A.P. 4	**CeSAC M –** muy próximo a Centro de Salud Mental	Entrevista en profundidad a psicóloga	Dos psicólogas trabajan en el CeSAC. Actualmente, realizando únicamente asistencia individual a demanda en niños. En el pasado hubo momentos donde sólo realizaban actividades comunitarias, derivando los pedidos de asistencia.
A.P. 5	**CeSAC N** *("CeSAC 54")*	Entrevista en profundidad a psicóloga - Posteriormente, inserción en profundidad	Trabajan cinco psicólogos y un psiquiatra con inserción laboralmente precaria. Hacen asistencia individual a niños, adolescentes y adultos; también terapia familiar. Con reuniones semanales interdisciplinarias que intentan abarcar a todo el plantel profesional. De modo intermitente, agregan actividades extramurales.

ii.e. Abordaje en niveles ministeriales

ii.e.1. Dependencias contactadas y técnicas utilizadas

Dependencia	*Modalidad de abordaje*
Dirección de redes y programas (ex DGAAPS[409])	Entrevista en profundidad a Director General*
	Entrevista en profundidad a Coordinadora de Salud Mental*
Departamento de Estadísticas en Salud	Entrevista en profundidad a Directora y Asistente - conjuntamente

[409] Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud

	Entrevista en profundidad a ex-Directora, actual miembro del equipo profesional a cargo
Dirección de Salud Mental	Entrevista grupal a tres coordinadoras (dos psicólogas y una psiquiatra) de diferentes programas
	Participación en reuniones mensuales de red de CeSACs entre el 21/04/2009 y diciembre de 2001**
	Entrevista en profundidad a Coordinadora del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (PIVESAM)
Centro de Documentación en Salud (CeDOS)	Entrevista informal con la Coordinadora. Rastreo de "literatura gris".

*Los entrevistados convergieron en una de las entrevistas.
**Las notas de campo incluyen no sólo el contenido de las reuniones, sino también las modalidades de convocatoria a las mismas.

iii. Segunda fase: establecimientos en profundidad y giro etnográfico

iii.a. Espacios en los que se participó durante la inserción en el CeSAC de Villa 23*

Coordinación de Atención de Conductas de Riesgo Adictivo	Reunión con la Coordinadora junto con el Equipo de Trabajo del CeSAC de Villa 23 (20/10/2009)
Región Sanitaria (X)	Participación en reuniones intersectoriales convocada por la Región para un diagnóstico participativo sobre la temática de adicciones (julio y agosto 2008)
	Participación en reuniones iniciales de coordinación intersectorial -comisión armada ad hoc para el trabajo conjunto de la problemática de adicciones (julio a noviembre 2008)
Red de adicciones de Villa 23[410]	Participación en reuniones de articulación de diversos actores públicos y del tercer sector que trabajaban en la temática de adicciones en Villa 23

[410] A raíz de una intervención judicial que ordena implementar un plan de atención integral a la problemática de adicciones en esta Villa, y bajo el auspicio de las autoridades de los distintos ámbitos -fundamentalmente, el Ministerio de Salud y el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes- comenzaron a reunirse distintos agentes institucionales que se han sentido interpelados. En un principio se trató de una propuesta de capacitación para la que se convocó a profesionales del Área de Prevención de un establecimiento estatal especializado en la temática de adicciones, de la que se debía rendir cuentas a las autoridades. Paulatinamente, el espacio pasó a quedar sostenido por el interés personal de estos últimos profesionales, y fue dejando de ser interno a la órbita estatal para incluir organizaciones del tercer sector -ocupando la Parroquia de la Villa el lugar protagónico. De ser una respuesta política, pasaron entonces a ser una instancia de encuentro personal y voluntario entre personas que se encontraban trabajando en la Villa 23 y preocupadas de uno u otro modo por la temática de adicciones.

	(junio del 2008 a noviembre del 2009)

*Las notas de campo incluyen no sólo el contenido de las reuniones, sino también las modalidades de convocatoria a las mismas.

iii.b. Selección de fragmentos del diario de campo

Se citan a continuación tres fragmentos breves del diario, seleccionados no sólo porque hacen alusión a momentos clave del proceso investigativo, sino también porque resultan indicativos del modo en que se fue llevando este registro.

(…) En relación con cuál va a ser entonces mi abordaje, estuve pensando que si mi objeto está caracterizado por la fragmentación institucional y quiero dar cuenta de eso, por ahí sería coherente e interesante "dejarme atravesar" por este modo de ser e ir siguiendo las formas habilitadas por cada uno de los CeSACs… o de los hospitales, o áreas programáticas. Si bien esto no sería directamente plantearse hacer una etnografía, no puede desconocerse que tiene un sesgo etnográfico: se haría estadística, entrevistas individuales o grupales, análisis de documentos, observación no participante, según se vaya presentando como pertinente o adecuado y se recortarían objetos también superpuestos (CeSACs, red, Área Programática, etc). También en relación con algo de esta modalidad, estoy sintiendo que las entrevistas tienen más para mi la función de estructurar los encuentros, como una excusa para ponerme en contacto con los profesionales y ahí ver qué pasa, que por el interés de los datos que aparecen en sí mismos (...) Por otra parte, el haber trabajado en un CeSAC por momentos no ayuda para nada. Eso ayer quedó claro cuando fui a llevarle la carpeta a L. [carpeta con cartas de derivación que me había prestado aquella profesional], *cuando me dijo de nuevo "¿Cuándo volvés por acá?" me di cuenta de que ya me lo había preguntado la vez pasada. Es como que no se dan cuenta de que voy especialmente, ¿cómo tendría que hacer para que les quede en claro que estoy investigando y qué es investigar? Entonces sigo con las preguntas en esa misma línea: el estar, el ir, ¿puede ser como una especie de etnografía donde me hago presente, como parte del cotidiano, para también facilitar la colaboración? El tema de la etnografía hay que saber manejarlo para que no se vuelva una excusa cuando no sé cómo manejarme: me resuena lo que me dijo A. respecto de que a* [un entrevistado] *lo hubiera encuadrado más con un grabador para que no mande fruta. Pero si le hubiera puesto un grabador, está bien, me hubiera contestado, pero después no me llevaba en su auto y me*

perdía de ver la asamblea vecinal, que estuvo buenísima. Entonces tal vez sea que me gusta no saber qué hacer, y que tengo que ver cómo hago para que no me desborde sino que sea un dato esa "fruta" que aparece (20 de agosto del 2008, primera ocasión en que aparece el planteo sobre lo etnográfico en el diario)

(...) en medio de la entrevista se me agota la paciencia muy rápido, me doy cuenta de que me resulta agotador escuchar a alguien que me dice lo que debería ser como si estuviera siendo (el área programática se dedica a tal y tal cosa, la atención primaria es tal y tal cosa, la función del ministerio es blábláblá...), y entonces fue casi espontáneo -digo "casi" porque no voy a ignorar que en otro momento leí mucho sobre este tipo de cuestiones- y de repente cambio el estilo de la entrevista. Empiezo a intervenir y a aguijonearlo, a plantearle cuestiones más inducidas ("sin embargo, dicen los profesionales que tal y cual cosa..."). Quedo medio chabacana, ¿tal vez sea mi ideología política? En el fondo es como que le hago saber que lo escucho no como quien no sabe, sino con sorna. Instigo, confronto. Sin embargo, algo hice bien, porque no se enoja del todo. Al escuchar la entrevista después, me pareció entender qué había pasado, cuál era la contraseña que hizo que no se desalentara. Me parece que aprendí en algún lado -habría que ver cuál- que referir a las leyes de salud mental es LA contraseña, es como ponerte un cartel de antemano que dice "ojo que soy progre". Es como advertirle al otro "mirá que yo soy del palo" (...) Mirándola de cabo a rabo, la entrevista de ayer en el Ministerio no tiene desperdicio. Los empleados que no sabían decirme el nombre de la dependencia en la que estaban trabajando, las hojas membrete con el nombre viejo, también se suman a la entrevista propiamente dicha. Y que me deriven después a la oficina de estadística cuando pido las orientaciones políticas, y lo que después me dijeron ahí, eso sí que es para escribir un libro entero, y eso que no quedó grabado en ninguna entrevista ni nada parecido. Pero sería interesante consagrar de alguna manera algo que está pasando: siento que la investigación hizo un giro definitivo" (28 de abril del 2009, a partir de allí empieza a ocupar definitivamente otro lugar el diario de campo)

Finalmente, el curso con "los italianos". Hablan principalmente de psiquiatría y únicamente de "enfermos", aunque el mismo Basaglia, mistificado en el video que pasan, dice que no sabe qué es eso. Siento que no tengo nada que hacer en este famoso curso, no tiene nada que ver con lo mío. Siento que estoy investigando un tema que no existe. Al final me acerco a uno

y le pregunto por las "zonas grises" del modelo de salud mental –uso de drogas, violencia, abuso. Me mira como sin entender, repito. Entiende sólo "drogas", me dice que eso no corresponde a Salud Mental, pero no por dependencia sino como que eso "es otra cosa" y que responde a Dependencias, con un funcionamiento análogo. Pregunto por violencia, abuso, y me mira raro. Digo algo así como "porque eso acá pertenece a Salud Mental" "pero ustedes psiquiatrizan todo!". (sic). En algún momento tuve que decir que estaba investigando este tema, en mi sensación, como para dar fe de lo que decía, porque el tipo me miraba como que yo estaba delirando. Explico que "psicologizamos", que no es lo mismo… (6 de mayo de 2009, a raíz del curso "Dispositivos técnicos e ideológicos de la experiencia de Trieste", dictado por Dr Pasquale Evaristo, director del Centro de Salud Mental de Domio, Trieste, y Sr. Raffaelle Dovenna, miembro asesor del depratamento de Salud Mental de Trieste)

iii.c. Líneas de fuga en la investigación: su reconversión a modo de dato sobre el objeto

Llevar un diario de campo que incluyera aspectos inicialmente desconsiderados llevó a incluir la descripción y posterior análisis de líneas estériles originadas durante el trabajo de campo. Mencionaremos aquí algunas de ellas.

- Durante un encuentro que tuvo lugar en el marco de mi vida personal, comentando mi tema de estudio, una conocida insiste con que debo entrevistar a una amiga suya, quien podrá ayudarme. No era la primera vez que me pasaba; no siempre lograba convencer a mis interlocutores de que al conocer el campo, sabía quién podría resultarme de utilidad y quién no, y varias veces tuve que acudir a entrevistar a alguien a sabiendas de que era inútil el gesto, sólo por conservar algunos vínculos personales. En esta ocasión, la entrevistada trabajaba en un Centro de Adicciones. Quien me había insistido en que me comunique con ella afirmaba tajantemente que era un CeSAC. Ella misma al llamarla dijo que fuera a entrevistarla porque hacía varios años que trabajaba en un CeSAC. Fue cuando acudí finalmente al establecimiento que en una situación algo incómoda, la Jefa le informó a esta profesional que efectivamente no se trataba de un CeSAC como ella creía, y le comunicó cuál era la dependencia hospitalaria y qué implicaba aquella. Amén de lo anecdótico, esto fue tomado como un dato respecto de la inserción institucional: es posible trabajar durante años en un establecimiento público sin tomar consideración de su peculiar inscripción en el marco ampliado del sistema sanitario.
- En una reunión con autoridades ministeriales comento mi interés respecto de ciertos

aspectos históricos del subsector público de salud en Ciudad de Buenos Aires. Afirmando enfáticamente que al hacer esto están contribuyendo notablemente con mi investigación, insisten en contactarme con un Programa dirigido por un museólogo que se dedica a la conservación del patrimonio histórico en aparatología médica, según me explican. Lo tomo como indicativo de la fuerte asociación que existe en el imaginario entre "salud" y "medicina".

- Al conocer mi interés por las definiciones en lo que hace a la estructuración en Regiones Sanitarias y la transformación de las Áreas Programáticas hospitalarias, la Jefa de un CeSAC abordado en profundidad me contacta con alguien del Ministerio de Salud que puede informarme sobre el tema. Esta persona me dice que estará dictando una serie de cursos en la Facultad de Medicina donde ella personalmente y otros funcionarios se referirán al tema. Concurro a estos, y si bien no consigo ningún dato significativo sobre el objeto de mi interés, corroboro cómo en las presentaciones oficiales se confunde el nivel normativo con lo real (claramente, al definir la función supuesta a cada establecimiento o programa), y cómo se asimila lo relativo a la "salud mental" con la "desmanicomialización".

- Consultando a distintas instancias ministeriales sobre algunos datos concretos, como ser cantidad y distribución de recursos humanos, la respuesta recurrente fue que no se contaba con la información necesaria. Trasponiendo la desazón por la incompletud que aquello representaba en torno de los datos que iba construyendo para mi propia investigación, logré tomar aquello como signo claro de cómo funciona la información a nivel ministerial.

- Durante un tiempo fue mi intención obtener datos más precisos respecto de las derivaciones judiciales y escolares recibidas. En el Área Programática cuya indagación tomé en profundidad, intenté por varias vías tomar contacto con alguna instancia desde la cual poder realizar un relevamiento sistemático -incluso cuantitativo- de aquellas, sin lograr mayor éxito. Más allá de que mi insistencia no derivó en nada útil, resultó ilustrativo de la fragmentación en los procedimientos a través de los cuales se reciben las derivaciones intersectoriales.

iii.d. Algunas reflexiones restantes sobre el "giro"

A lo largo del proceso de investigación se fue entremezclando mi vida personal con las decisiones que hicieron a esta tesis. Una mirada retrospectiva permite ubicar en perspectiva acontecimientos que a priori serían considerados como privados en los contornos de esta

Tesis. La decisión de abandonar el equipo de trabajo al que he sido asignada porque no coincide con mis intereses y preocupaciones; mi embarazo y el temor -probablemente infundado- de vivir alguna circunstancia yendo al CeSAC del Boero que lo pusiera en riesgo; la necesidad de finalizar el trabajo de campo por motivos de salud -fueron algunas de las muchas circunstancias en que un razonamiento reflexivo permitió extraer conclusiones analíticas de lo que en principio se presentaba como una dificultad meramente pragmática. Hemos consignado de uno u otro modo estos avatares en tanto determinan los contornos de lo aquí consignado.

iii.e. Precisiones sobre el contexto urbano en los establecimientos abordados en profundidad

iii.e.1. CeSAC de Villa 23

Este CeSAC, inserto al interior de la Villa 23, recibe de modo exclusivo habitantes de esta.

La superficie de esta villa es de sesenta y cinco hectáreas y media; el dominio de los terrenos de la Villa 23 pertenece a una Mutual, cuya legitimidad entre los pobladores se encuentra en franco declive (Rebón, 2004). Esta pertenencia remite a la década de 1990 y los programas de radicación de villas, que buscaron resolver la problemática habitacional a través de su integración al tejido urbano (en lugar de plantear la erradicación). Como otras villas y asentamientos precarios, se caracteriza por su trama irregular y un desarrollo que responde a prácticas individuales y diferidas en el tiempo. Sus ocupantes residen en unidades funcionales mayoritariamente individuales materializadas mediante su autoconstrucción, generalmente de modo inicial con materiales de desecho y luego en algunos casos mejoradas con mampostería. Debe decirse que la segregación de este territorio para con su entorno es variable según la localización, dado que en sus márgenes no hay una modificación súbita en la fisonomía de los frentes de las casas sino un cambio sutil. Las zonas más degradadas se vinculan con la proliferación de pasillos internos, y se acrecientan a medida que su ubicación es más cercana al Riachuelo.

En cuanto han conformado la imagen tradicional de la pobreza en Ciudad de Buenos Aires, las villas miseria han gozado siempre de una alta visibilidad. Esto ha llevado a sus habitantes a ser particularmente repudiados cuando prima la ideología de la erradicación, pero también

han recibido un tratamiento más rápido de su problemática cuando se empezó a revertir bajo el concepto de radicación (si bien en este sentido se ha avanzado mucho más en términos programáticos que de implementación) (Szajnberg et al, 2005).

iii.e.2. CeSAC 54

Este CeSAC se encuentra emplazado en un barrio de sectores medio-altos, actualmente uno de los polos más dinámicos de emprendimientos inmobiliarios. Cuenta con una facilidad importante de acceso dado que se encuentra sobre una avenida ampliamente circulada. En él consultan sujetos de distintos sectores sociales, e incluso personas que no habitan en el barrio. No obstante, existe un grupo de personas con condiciones de vida deficitarias que hace un uso intensivo de éste. Estos sujetos habitan en asentamientos intersticiales cercanos (ubicados en los bordes de las vías de ferrocarril o en el bajo autopista generalmente) casas tomadas u hoteles de la zona; algunos están en situación de calle.[411] El hecho de ser una zona de desarrollo inmobiliario otorga un rasgo de precariedad diferencial a tales hábitats, puesto que sus habitantes se encuentran en continua amenaza de desalojo. Por su presencia dispersa en el espacio urbano, es menor su capacidad de conformar actores colectivos para buscar alternativas a la transitoriedad de su situación (Szajnberg et al, 2005).

Los pobladores de estos espacios suelen compartir rasgos con habitantes de territorios degradados respecto de su vinculación con el mundo del trabajo. Básicamente, el trabajar en gran medida prestando servicios no calificados (empleados de limpieza, servicio doméstico, personal de seguridad privada y pública, peones en obras de construcción).

iii.e.3. CeSAC del Boero

Se considera como "El Boero" una superficie aproximada de catorce hectáreas y media cuyo

[411] La ocupación de intersticios vacantes en el espacio urbano responde al proceso progresivo de densificación que acompañó al agotamiento de terrenos en las villas miseria producido a mediados de la década de 1990 (Szajnberg et al, 2005). Los hoteles o pensiones son viejos hoteles muy deteriorados, a los que se le han subdividido habitaciones originales en dimensiones mínimas; si bien poseen un régimen legal por el cual sólo están autorizado a ofrecer alojamiento transtorio, son inquilinatos encubiertos a través del cual se accede a una habitación por grupo familiar o habitaciones compartidas entre adultos del mismo sexo sin parentezco entre sí, con baños, cocinas y espacios comunes compartidos; su precio suele ser muy superior al del resto de los hábitats informales (Clichevsky, 2003). La ocupación de inmuebles surge como modalidad en los años ´80, ocupando instalaciones de antiguas viviendas, antiguas fábricas, equipamiento urbano o galpones en desuso; en la zona de referencia, arquetípicamente los edificios desafectados por el proyecto de construcción de autopistas que tuvo lugar durante la última dictadura. (Szajnberg et al, 2005).

dominio pertenece al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Pese a su origen, los documentos oficiales suelen incluirlo al contabilizar las "villas miseria" de la ciudad. En algunos planes y programas oficiales aparece incluso superpuesto de distintos modos con la Villa 23.

Su origen remite al "Plan de erradicación de las villas de emergencia de la Capital Federal y del Gran Buenos Aires. Primer Programa. Erradicación y alojamiento transitorio -Plan PEVE", elaborado por el Ministerio de Bienestar Social en el año 1967 y promulgado bajo la Ley 17.605/67. En él se definía la construcción de ocho mil viviendas, insertas en diecisiete Núcleos Habitacionales Transitorios (NHT)[412]. El objetivo era que los habitantes de villas miseria de la ciudad transiten un período de readaptación, modificando sus códigos de conducta antes de asignárseles una vivienda definitiva.

Ahora bien, su asimilación para con la Villa 23 tampoco carece de fundamentos. En ambos casos, los habitantes encuentran su residencia asociada con una estructura desfavorable de oportunidades, desprendidas no sólo del déficit sanitario asociado con la problemática habitacional y la dificultad de acceso al tejido urbanos (variables al interior de estos barrios) sino también con factores asociados a la estigmatización de habitar estos territorios -entre ellos, la dificultad de insertarse en el mundo del trabajo debido al domicilio.

iii.d. Características de los consultantes entrevistados en el Boero

Nombre ficticio	Procedencia	Cobertura de salud	Composición de la unidad doméstica	Origen del vínculo con el área de SM
Alejandra	CABA	pùblica	Ella, su pareja y cinco hijos	La dermatóloga, con quien sostiene un vínculo afectuoso, le aconsejó consultar a psicología al escucharla angustiada por problemas personales.
Ana	Paraguay	pública	Ella y su hija mayor (de unos 30 años)	Consultó por sugerencia de la médica clínica al referirle problemas con su hija menor por diferencias respecto del cuidado de su nieta.
Claribel	Paraguay	pública	Ella, su pareja, sus dos hijas menores	Empezó a atender con una psicóloga por curiosidad -asimila la psicología con un saber sobre el funcionamiento del alma en el que dice estar interesada.
Encarnación	Bolivia	Osecac	Ella, sus dos hijos.	Comenzó tratamiento por recomendación de

[412] Cada vivienda, de 13,3 metros cuadrados por familia. Cinco de estos NHT se construyeron en terrenos inundables, y ninguna vivienda definitiva llegó a ser realizada.

				un Juzgado -fue víctima de violencia doméstica durante muchos años.
Estefanía	CABA	pública	Ella, su pareja, tres hijos	Dos de sus hijos están en tratamiento por derivación escolar.
Estela	CABA	Suterh	Ella, su pareja, su hijo y su sobrino.	Fue aconsejada de consultar a un psicólogo por distintos médicos debido a desmayos reiterativos carentes de correlato orgánico.
Esther	CABA	pública	Ella, dos hijas, un nieto	Su hija estaba con múltiples tratamientos por haber sufrido un accidente; la psicóloga de ella sugirió a su madre que también consulte.
Eugenia	Jujuy	pública	Ella, su hermana, tres hijos	Su hijo menor fue derivado por la escuela, especificando profesional merced a redes de contacto entre agentes.
Gerónima	Paraguay	pública	Ella, su pareja, su hija.	Fue derivada por la ginécologa al enterarse que había sido abusada de pequeña.
Graciela	Formosa	pública	Ella, su pareja y dos hijos	Conoció a la psicóloga cuando realizaba actividades comunitarias y de allí le surgió la inquietud de seguir viéndola.
Hilda	Paraguay	pública	Ella, su pareja, tres hijos	Derivada por médico clínico a raiz de enfermedad crónico-degenerativa
Irma	Paraguay	pública	Ella, su pareja discapacitado y nueve hijos	Derivada por un programa social de hábitat debido al estado de su casilla (atiborrada de desperdicios).
Jessica	Solano	Obra Social de pasteleros	Ella, su pareja, los tíos de su pareja, su bebé, su hermano.	Por motivos de violencia doméstica en su familia de origen debió traer a vivir consigo a su hermano menor. Sólo concurre al CeSAC para que el pequeño siga tratamiento psicológico.
Jorgelina	CABA	pública	Ella, su pareja, cuatro hijos.	Escuchó hablar sobre psicología en un curso de capacitación para adultos y le surgió la inquietud por contar en un espacio así sus problemas.
José	Uruguay	PAMI	Vive solo; a pocas casas vive su hermana	Consulta todas las especialidades disponibles en el CeSAC.
Josefina	CABA	pública	Ella, su pareja, su hija	Su hija está en tratamiento por derivación escolar.
Juana	CABA	pública	Ella, su pareja, cuatro hijos.	Hace algunos años fue promotora de salud barrial; en ese marco tomó contacto con una de las psicólogas y luego al sentirse angustiada por motivos familiares decidió venir a consultarla.
Justina	CABA	pública	Ella y sus dos hijas	Su hija menor fue derivada por la escuela.
Karina	CABA	pública	Ella, su pareja, dos hijos	Conoció a la psicóloga cuando realizaba actividades comunitarias y le surgió la inquietud por consultarla.
Lidia	CABA	pública	Ella y cuatro hijas	Alguien en el comedor comunitario le recomendó solicitar asistencia psicológica.
Marcela	CABA	pública	Ella, su pareja, dos hijos	Fue derivada a psicología por la médica clínica a raíz de lo que definió como ataques

				de pánico.
Marta	Bolivia	pública	Ella, tres hijas	Su hija está en tratamiento por retraso madurativo.
Matilde	CABA	Obra Social de la Policía Federal Argentina	Ella, su pareja, uno de sus hijos, sus dos nietos.	Le recomendaron la realización de terapia psicológica en el marco de la solicitud de tenencia de sus dos nietos menores.
Miguel Ángel	CABA	Osecac	El con su mujer	Derivado por asistente social al casarse el único hijo que vivía con ellos.
Mirta	CABA	pública	Ella, su madre y tres hijos	Su hijo menor fue derivado a psicología desde la escuela.
Patricia	Bolivia	pública	Ella, su pareja, tres hijos	Uno de sus hijos está en tratamiento psicológico por derivación escolar.
Perla	CABA	pública	Ella y sus cuatro hijos	El Juzgado que sigue la causa de su divorcio le había aconsejado realizar tratamiento psicológico; averiguó en el CeSAC al ver un cartel con los horarios de psicología cuando llevaba a uno de sus hijos a vacunar.
Sonia	Bolivia	pública	Ella y dos hijos pequeños.	Consultó inicialmente en otro establecimiento por violencia doméstica; allí entró en tratamiento psicológico. Consultó luego en el CeSAC por cercanía territorial.
Susana	Wilde	pública	Ella, su pareja y su hija	La hija está bajo tratamiento psicológico por recomendación de la pediatra -sufre de epilepsia.
Wilma	Bolivia	pública	Ella, su hermana, sus dos hijos	Derivada por la Trabajadora Social como parte de las estrategias de afrontamiento de violencia doméstica.
Yolanda	Bolivia	pública	Ella, su pareja, sus dos hijos.	Derivación pediátrica -su hija fue víctima de una violación.

iv. Fuentes documentales

iv.a. Normativas

- Constitución Nacional
- Ley 26.657 y su reglamentación
- Ley 23.277 de Ejercicio de la Psicología
- Resolución 2447/85 del Ministerio de Educación "*Incumbencias de los títulos de psicólogo y licenciado en psicología*"
- Decreto Presidencial 864/2011
- Decreto Presidencial 457/2010
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires
- Ley 1925/2006

- Ley 448 y su reglamentación
- Ley Básica de Salud 153 y su reglamentación
- Ley 114 y su reglamentación
- Decreto 316 GCBA/2006
- Decreto 1929 GCABA/2004
- Decreto 1589 GCABA/2002
- Decreto 3.362 MCBA/1989 Programa de Salud Escolar
- Ordenanza municipal 39.764/84 relacionada con creación CeSACs y aledaños
- Ordenanza municipal 41.445 -carrera de profesionales de salud
- Resolución 1314/2011 GCABA
- Resolución 31/2008 GCABA

iv.b. Documentos oficiales varios

- Ministerio de Salud de la Nación, *Consejo Federal de Salud: Bases del Plan Federal de Salud* (24/5/04)
- Ministerio de Salud de la Nación, *Programa de Atención médica en APS* (ex "Médicos Comunitarios")
- Ministerio de Salud de la Nación, *Plan Nacional de Salud Mental*, Resolución Ministerial Nº 254/98
- GCABA –página web (declaraciones oficiales), Plan de la actual gestión 2008/2011 para Salud Mental (formato: power point)
- GCABA, Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental, Memos varios año 2009
- Defensoría del Pueblo de la CABA: Ficha 8 de "Políticas Públicas y Derechos": "*Los caminos de la Salud en el AMBA*" (octubre 2008); Ficha 9 (segunda parte) (febrero 2009); Colección Diagnósticos - La Vigencia de los Derechos Humanos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la luz del Derecho Supranacional -Número 1: "*El Derecho a la Salud*" - Informe *"Accesibilidad en SM al Area Programática del Hospital Piñero"* (Junio 2003)
- GCABA. Legislatura- Comisión de Seguimiento de la Ley 448 de Salud Mental, *Informe taquigráfico de sesión 2 de diciembre de 2008*
- *Consejo General de Salud Mental (Cogesam) Declaración de Reunión Plenaria del 19/06/08*
- GCABA, Ministerio de Salud, Subsecretaría de atención integral de la salud, Dirección

de redes y programas, *Informe de Gestión 2008*

- GCABA, Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental, *Programa de Investigación y Vigilancia epidemiológica en SM*
- GCABA, Departamento de Análisis Estadístico, Dirección de Estadísticas para la Salud *–Prestaciones de Salud Mental 2007 y 2008 según CeSAC; Concurrentes Salud Mental 2007 y 2008 por CeSAC según edad y sexo*
- GCABA, Secretaría de Salud, Dirección de Salud Mental, *Plan de Salud Mental 2002/2006*
- GCABA, Secretaría de Educación, Dirección General de Planeamiento, Dirección Programación Operativa, *Informe Consolidado del Marco Normativo del Área Salud y Orientación Escolar. Informe Preliminar. Marzo de 2006*
- GCABA, Publicación electrónica de la Dirección de Salud Mental*, "Salud Mental Buenos Aires" Año 1 - Nº 0, Abril de 2005*
- GCABA, Secretaría de Salud, Dirección General de Atención Integral de la Salud, Subprograma de Modernización, componente de modernización de los procesos estratégicos, Proyecto de fortalecimiento de la capacidad de gestión del GCABA en planeamiento del recurso físico en Salud, Etapa A, *Informe Final "Diagnóstico del recurso físico en Salud del GCBA"* (agosto, 2002)
- GCABA, Consejo de los derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Dirección de Políticas públicas e investigación "*Cambios y transiciones: de las medidas de protección de persona a las medidas de protección de derechos. Un estudio exploratorio sobre el traspaso de causas judiciales al CDNNyA*" (s/fecha)

iv.c. Otros documentos

- Facultad de Psicología, UBA. Secretaría de Extensión, Cultura, y Bienestar Universitario.
- Naddeo, M.E. (2010, agosto 11-12) Nuevas tensiones en el sistema de protección de derechos de la infancia: los enfoques juridicistas y los enfoques informales o comunitarios, ¿por qué resultan contradictorios? Precongreso sudamericano sobre derechos de la niñez y la adolescencia. Morón, Argentina.
- Lukin, A. (2007). Salud escolar. Relato de una experiencia, su aplicación y fundamentos. *Medicina y Sociedad*. 27 (4).

Zavattaro, A. y Cincotta, I. (2006). *La comunidad del Área Programática del Hospital Argerich: sus modalidades y oportunidades de participación y el quehacer psicopedagógico*. Trabajo de inserción de la Residencia de Psicopedagogía, GCABA.

Gutreiman, A.M., Lorenzetti, S., Borgesi, G. (2006, noviembre 21-22) Un análisis del perfil de derivaciones a salud mental. Nuevas modalidades de intervención en salud escolar. Tercer Congreso de Atención Primaria de la Salud *Participación comunitaria y problemáticas sociales complejas*. Ministerio de Salud, GCABA.

Jornadas Anuales del Centro de Salud Mental Nº3 "Dr. Ameghino" *¿Nuevos Padecimientos?* -Resumen de presentaciones. Buenos Aires, 2005

Amaro, M. La formación de estrategias de comunicación en las acciones de prevención y promoción de la salud en el GCBA. Tesis presentada para la obtención del título de Magister en Economía y Gestión en Salud, Universidad Isalud. 2004

Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez" y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, "Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud", Buenos Aires, Argentina, 3-7 de mayo de 1988

Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez" y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud, "Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud", Buenos Aires, Argentina, 20-25 de abril de 1987

Organización Mundial de la Salud (1978, septiembre 6-12) "Atención Primaria de la Salud" Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Alma-Ata

iv.d. Sitios de internet

http://actividadforja.blogspot.com
http://agenciawalsh.org
http://anred.org
http://apu001.blogspot.com
http://ar.vlex.com
http://argentina-socialista.blogspot.com.ar
http://argentina.indymedia.org

http://arqa.com
http://asocprofesionalesameghino.blogspot.com
http://atesociosanitario.com.ar
http://bairesparatodos.com
http://blog1.ms.gba.gov.ar
http://blogsdelagente.com
http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar
http://bordaymas.blogspot.com.ar
http://cai.mdebuenosaires.gov.ar
http://cartaabiertaa.blogspot.com
http://ccycn.congreso.gov.ar
http://centrodepsicologia-cep.blogspot.com
http://centrodesaludmental1.blogspot.com
http://clarin.com
http://conferenciabasagliargentina.org
http://cuartointermedio.com.ar
http://cuestioncultural.blogspot.com
http://currinonline.blogspot.com.ar
http://defensoria.jusbaires.gov.ar
http://desmanicomializacion.blogspot.com
http://diariodegestion.com.ar
http://edicionciudad.com
http://elceodelagente.blogspot.com.ar
http://encuentromilitante06.blogspot.com
http://encuentromvyj.org
http://es.globalvoicesonline.org/
http://es.wikipedia.org
http://es.wordpress.com
http://facundopastor.blogspot.com.ar
http://forodesaludencartaabierta.blogspot.com
http://fororamoncarrillo.blogspot.com
http://forum.wordreference.com
http://frentedetecnicosyprofesionalesperonis.blogspot.com

http://frentetransversaltigre.blogspot.com
Http://gacetapsicologicaapba.blogspot.com
http://igualdadderechoydehecho.blogspot.com.ar
http://inadi.gob.ar
http://inclusionmental.com.ar
http://inclusionmental.wordpress.com
http://intersecciones.psi.uba.ar
http://jorgeselser.com
http://lamellaenpsico.blogspot.com
http://lamorochacentrocultural.blogspot.com
http://lanacion.com.ar
http://laprensa.com.ar
http://liamendez.blogspot.com.ar
http://libresdelsur.org.ar
http://mauriciomacri.com.ar
http://mesadetrabajosmyddhh.blogspot.com
http://motorpsi.blogspot.com
http://movimientoevita-capital.blogspot.com
http://muymacri.blogspot.com.ar
http://nacionalypopular.com
http://nuestrapropuesta.com.ar
http://nueva-ciudad.com
http://observatoriohospital.blogspot.com.ar
http://pagina12.com.ar
http://paginadeproyectosbloquefpp.blogspot.com
http://parecedelocos.blogspot.com
http://periodicovas.com
http://periodismovivo.com.ar
http://po.org.ar
http://politicosonline.com
http://psicoletra.blogspot.com
http://psicologiagrupal.cl
http://psicologos.org.ar

http://psiquiatrianet.wordpress.com
http://reportemilitante.com.ar
http://saludmentalaps.blogspot.com.ar
http://socearq.org
http://sumateacristina.net
http://sur.infonews.com
http://surargentina.org.ar
http://tiempo.infonews.com
http://tn.com.ar
http://tuopinas.org
http://tvmundus.wordpress.com
http://www.a1noticias.com.ar
http://www.aap.org.ar
http://www.aasm.org.ar
http://www.acij.org.ar
http://www.adesam.org.ar
http://www.adolfoperezesquivel.org
http://www.agenciacta.org
http://www.ama-med.org.ar
http://www.an54.com.ar
http://www.analisisdigital.com.ar
http://www.apa.org.ar
http://www.apadh.org
http://www.apadh.org
http://www.apadh.org
http://www.apdeba.org
http://www.apdh-argentina.org.ar
http://www.apef.org.ar
http://www.argentina.ar
http://www.arteysalud.itgo.com
http://www.asesoria.jusbaires.gob
http://www.ateargentina.org.ar
http://www.atecapital.org.ar

http://www.baires-salud.com.ar
http://www.baires-salud.com.ar
http://www.bairesopina.com
http://www.blogdebioetica.com.ar
http://www.buenosaires.gob.ar
http://www.buenosairessos.com.ar
http://www.cadena3.com
http://www.cedeflaw.org
http://www.cedom.gov.ar
http://www.cels.org.ar
http://www.cicop.com.ar
http://www.comra.org.ar
http://www.comunas24.com.ar
http://www.confbasaglia.org
http://www.consensosalud.com.ar
http://www.cooperanza.com.ar
http://www.correpi.lahaine.org
http://www.cronica.com.ar
http://www.cta.org.ar
http://www.ddhhmigraciones.com.ar
http://www.derhuman.jus.gov.ar
http://www.diariopopular.com.ar
http://www.diarioregistrado.com
http://www.diariosalud.net
http://www.diarioveloz.com
http://www.diarioz.com.ar
http://www.diputadolozano.com.ar
http://www.diputados.gov.ar
http://www.docsalud.com
http://www.egrupos.net
http://www.elcivico.com
http://www.elcomercial.com.ar
http://www.elecciones.gov.ar

http://www.elintransigente.com
http://www.elnoticialista.com.ar
http://www.elpsitio.com.ar
http://www.elpsitio.com.ar
http://www.elsindical.com.ar
http://www.famfyg.org
http://www.famg.org.ar
http://www.feduba.org.ar
http://www.femeca.com.ar
http://www.fesprosa.com.ar
http://www.fmed.uba.ar
http://www.forosaludmental.com.ar
http://www.forosocialsaludargentina.org
http://www.forumadd.com.ar
http://www.frentedeartistas.com.ar
http://www.frentenacionalperonista.org
http://www.frentetransversal.org.ar
http://www.frentetransversal.org.ar
http://www.gabicerruti.com
http://www.gendarmeria.gov.ar
http://www.hospital-alvear.com.ar
http://www.hospitalborda.com.ar
http://www.hospitalmoyano.org.ar
http://www.humanrightsblog.org
http://www.infobae.com
http://www.infohabitat.com.ar
http://www.infoleg.gob.ar
http://www.infoleg.gov.ar
http://www.infonews.com
http://www.informereservado.net
http://www.jus.gov.ar
http://www.lacolifata.org
http://www.lafogata.org

http://www.lapoliticaonline.com
http://www.laprensa.com.ar
http://www.lapulseada.com.ar
http://www.larazon.com.ar
http://www.lndnoticias.com.ar
http://www.lubertino.org.ar
http://www.madres.org
Http://www.mariaelenanaddeo.com.ar
http://www.medmun.org.ar
http://www.metropolitana.gov.ar
http://www.minseg.gob.ar
http://www.minutouno.com
http://www.movimiento-evita.org.ar
http://www.msal.gov.ar
http://www.nacionalypopular.com
http://www.noticiasurbanas.com.ar
http://www.noticiasurbanas.com.ar
http://www.novanacional.com
http://www.obrapublica.com
http://www.paho.org
http://www.parlamentario.com
http://www.partidosolidario.org.ar
http://www.perfil.com
http://www.policiafederal.gov.ar
http://www.politicaymedios.com
http://www.prefecturanaval.gov.ar
http://www.psciencia.org
http://www.psi-foros.com.ar
http://www.psi.uba.ar
http://www.psicologos.org.ar
http://www.psicologos.org.ar
http://www.psiencia.org
http://www.redfuv.org.ar

http://www.revista2016.com.ar
http://www.sada.gba.gov.ar
http://www.saludinvestiga.org.ar
http://www.saludmentalinfantojuvenil.com
http://www.sama.org.ar
http://www.seccionpolitica.com.ar
http://www.senado.gov.ar
http://www.sutecba.org.ar
http://www.taringa.net
http://www.telam.com.ar
http://www.tesis11.org.ar
http://www.topia.com.ar
http://www.tribunadesalud.com.ar
http://www.tribunadesalud.com.ar
http://www.tupacamaru.org.ar
http://www.un.org
http://www.upcndigital.org
http://www.vivalacolifata.org
http://www.who.int

iv.e. Grupos y boletines electrónicos (con suscripción)

inclusionmental@gruposyahoo.com.ar
sm-aps@googlegroups.com
saludcolectivaargentina@gruposyahoo.com.ar
boletinmentalyadicciones@gruposyahoo.com.ar
medfamygral@googlegroups.com
alamesargentina@gruposyahoo.com.ar
bibliotecadepsicologia@gruposyahoo.com.ar
pscuba2004@gruposyahoo.com.ar