

La mesa de gestión intersectorial en Salud Mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la Salud Mental (período 2013 - 2015)

An intersectoral management device in community mental health in Lanús District as a problematization promoter in mental health field (2013 – 2015)

Alejandro Daniel Wilner

Médico. Especialista en
planificación y gerencia en salud.
Doctorando en Salud Mental
Comunitaria.
Centro de Salud Mental
Comunitaria “Mauricio
Goldenberg” Universidad
Nacional de Lanús

alejandro.wilner@gmail.com

Resumen

En el presente artículo se relata la experiencia de la Mesa de Gestión Intersectorial en Salud Mental Comunitaria que se implementó en el Municipio de Lanús entre 2013 y 2015. Se reseñan los principales hitos históricos de su desarrollo así como los fundamentos teóricos que sustentan su funcionamiento. El relato de esta experiencia propone que no es posible la transformación del modelo de atención que propone la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones si no se modifica el modelo de gestión de los servicios y sistemas que producen cuidados en salud mental, aclarando que tanto los modelos de gestión como el de atención deben ser intersectoriales, interdisciplinarios e integrales. Concluimos en que es necesario contar con un importante apoyo político para la implementación de esta modalidad de gestión así como la presencia de un actor que garantice la mediación entre gestores así como la asistencia técnica

en términos conceptuales y metodológicos, en el caso bajo análisis este lugar lo ocupó la representación del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa.

Palabras Clave: Modelo de Gestión - Salud Mental Comunitaria - Reforma de la Salud Mental.

Abstract

This article focuses on the experience of an intersectoral management device in community mental health, implemented in Lanús District between 2013 and 2015. It summarizes the main historical landmarks of its development as well as the theoretical grounds that support its functioning. The accounting of this experience propose that the attention model transformation proposed by the Mental Health and Addictions National Law is not possible if mental healthcare services and system management are not also modified, taking into account that both models,

management and attention, must be intersectorial, interdisciplinary and integral. We conclude that an important political support is necessary for this management model implementation, as well as the presence of an actor that guarantees mediation between managers and technical assistance, both in conceptual and methodological terms, which, in the case of this analysis was carried out by “UNLa” Mental Health Community Center “Mauricio Goldenberg” representation.

Key words: Management Model - Community Mental Health - Mental Health Reform.

Introducción

Se problematizará, en este trabajo, el análisis de la necesaria transformación de los modelos de gestión en salud mental comunitaria como condición para la promoción de cambios en el ámbito de la producción de cuidados en salud mental. Este análisis parte de la hipótesis que no es posible la implementación de una reforma como la planteada por la Ley Nacional N° 26657 – que propone transformaciones no sólo en el modelo de atención sino también en los modos de organización de los servicios y la necesaria constitución de equipos de abordaje del padecimiento mental – si no se impulsan cambios en los modos en que se gestionan esos servicios y el desarrollo de las acciones y las prácticas. Se fundamentará este análisis en una experiencia que se desarrolló en el Municipio de Lanús desde mediados de 2013 hasta finales de 2015 y que se plantea, como objetivo explícito, la plena implementación de la Ley.

Este dispositivo de gestión, denominado como Mesa de Gestión Intersectorial en Salud Mental Comunitaria, integró a organismos municipales, provinciales y nacionales que desarrollaban acciones en el territorio municipal y que representaban a los sectores de salud, educación, políticas sociales, cultura y deportes. Hasta el cambio de gobierno en el Estado local y en el

provincial, contaba con un importante apoyo político de ambas gestiones y las decisiones que se tomaban en el contexto de la Mesa impactaban sobre las prácticas de los servicios de salud, niñez, educación, cultura y deportes radicados en el Distrito.

La Universidad Nacional de Lanús, a través del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” apoyó esta dinámica a la vez que implementó un proceso de asistencia técnica para promover y sostener el dispositivo de gestión y, a partir de las decisiones y acuerdos que se asumían en ese espacio, impulsar la transformación de las prácticas en consonancia con el modelo de atención que prescribe la Ley Nacional de Salud Mental.

En el presente trabajo se recorrerán algunas definiciones conceptuales, se abordará el desarrollo de la Mesa como dispositivo de gestión en el período 2013 – 2015 y se elaborarán algunas conclusiones alrededor de la vinculación entre los modelos de atención y de gestión en el campo de la salud mental.

Definiciones conceptuales

La Ley Nacional N° 26657 (y su adhesión provincial, Ley N° 14580), define un modelo de abordaje del sufrimiento mental que promueve los derechos de las personas,

asume la determinación social y cultural de las problemáticas que afectan la salud mental y prescribe el acceso libre, universal y gratuito a los servicios – a los que caracteriza como interdisciplinarios e intersectoriales - con la finalidad de la recuperación y preservación de la salud mental de los sujetos individuales y colectivos.

El modelo que define el marco normativo debe promover la integración familiar, laboral y comunitaria y la participación del sujeto con padecimiento psíquico en la definición de su proceso de atención ya sea en forma autónoma o con la ayuda de las personas que él/ella designen. La ley, asimismo, prescribe la necesidad que el abordaje se base en la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y en la promoción y restitución de los lazos sociales, priorizando que el tratamiento se realice por fuera del ámbito de los hospitales psiquiátricos, en el espacio comunitario y social, definiendo a la salud mental como comunitaria y a la inclusión social y laboral como uno de los ejes del abordaje del sufrimiento psíquico y la rehabilitación.

En el contexto del modelo de atención que prevé la Ley Nacional, pareciera lógico desprenderse del concepto de enfermedad mental y apropiarse del de padecimiento / sufrimiento que utiliza el marco normativo, ya sea en su propio texto o en la reglamentación que hace el

Poder Ejecutivo. En este contexto, entendemos que el sufrimiento psíquico, "...se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad...sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural" (Faraone, 2013). Así el sufrimiento forma parte de la experiencia vital del sujeto y debe ser abordado en su contexto, su marco social e histórico y en el seno de las relaciones sociales que le confieren sentido y significado. La dimensión cultural de este concepto permite comprenderlo como situacional, lo que implica que sólo puede ser entendido, significado y – nuevamente – abordado en su contexto sociocultural y comunitario.

Teniendo en cuenta los conceptos desarrollados hasta el momento, resulta claro que el abordaje de los padecimientos debe implementarse en el marco de la salud mental comunitaria (SMC), ya que este campo estimula la preservación y el fortalecimiento de los lazos comunitarios, familiares y sociales del sujeto, y define que los procesos de rehabilitación se sustenten en dinámicas de integración social (Ardila y Galende, 2011). Así, siguiendo a estos autores, la SMC como proyecto en construcción desarrolla tres dimensiones: priorizar servicios de atención territoriales, vinculados con la APS y hospitales generales cercanos al lugar donde el sujeto

sufriente desarrolla su existencia; eliminando progresivamente la hospitalización y el encierro en hospitales psiquiátricos; considerar al sujeto en su complejidad asumiendo que es un semejante que merece ser tratado con dignidad y respeto de sus derechos, desterrando las terapéuticas basadas en la autoridad del especialista que requiere la necesaria sumisión del paciente; asumir a pacientes, familia y comunidad como sujetos activos y participantes de los procesos de atención y producción de cuidados (Ardila y Galende, op cit).

El paradigma de la salud mental comunitaria cuestiona fuertemente el enfoque biológico de la psiquiatría en la determinación del sufrimiento mental, ya que mientras la primera clasifica y diagnostica el padecimiento y asigna a la estructura y la funcionalidad cerebral como causa, la salud mental comunitaria remite a la determinación histórica, a las condiciones de vida social, material, cultural y familiar como ámbitos del proceso de construcción y, consecuentemente, de abordaje del padecimiento (Galende, 2015). Podemos, entonces, definir como principios de la atención del padecimiento mental a los siguientes: comprensión del sujeto en su existencia real; de los procesos sociales y culturales en los cuales se produce tanto la subjetivación como las formas de expresión del sufrimiento; definición de los contextos sociales y las políticas públicas en que se integran los derechos humanos,

los resguardos éticos y los principios de responsabilidad y respeto y exigencia de la verdad en el conocimiento que guía la práctica (Galende, op cit).

La SMC, como campo, propone – entonces - que los servicios se organicen según tres grandes transiciones respecto de la psiquiatría tradicional: la primera, del sujeto enfermo a la comunidad; la segunda, del hospital psiquiátrico a los centros comunitarios que basan sus abordajes en la APS y asumen al territorio como su espacio social para la promoción y prevención en salud mental y, la tercera, desde la función del médico psiquiatra como profesional responsable hacia un equipo interdisciplinario e intersectorial que, incorpora en sus acciones tanto al sujeto que padece como a las organizaciones de la comunidad en las que se inserta. (Desviat y Moreno Pérez, 2012). En este contexto, la continuidad de cuidados y la consecuente articulación de niveles de atención y sectores del Estado y la Sociedad Civil, son conceptos operacionales fundamentales de este modelo de comprensión del padecimiento y de definición de sus abordajes.

Por otro lado, cuando referimos al campo, lo definimos desde la conceptualización propuesta por Bourdieu "... espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de

las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas)” (Bourdieu, 1990). Así, en este espacio social, diferentes actores que portan intereses sobre el capital en disputa, interactúan con el objetivo de poseerlo y, así, direccionar el campo. La puja es permanente en torno al cambio (la transformación) o al sostenimiento (la conservación) de la estructura del campo, como ley general, Bourdieu postula que el recién llegado presiona por el cambio mientras que el histórico habitante del campo pelea por la conservación (Bourdieu, op cit). Esta ley se aplica también en cuanto a la disponibilidad y acumulación de poder, los más débiles presionan por la transformación mientras los poderosos intentan que no se modifique el statu quo que podría implicar una pérdida – transferencia - de poder.

En el caso del campo de la salud mental, podríamos conceptualizar la puja de los actores implicados en torno a la transformación y la conservación, así los sujetos colectivos que han cimentado su poder a partir del hospital psiquiátrico resisten las acciones de los “recién llegados” (asociaciones de usuarios, disciplinas no psiquiátricas, “la” política, etc.) que disputan el capital específico y promueven modalidades comunitarias y no asilares de abordaje de la salud mental. En este contexto, la ley, puede leerse como un hito de reconfiguración del campo a partir de las estrategias implementadas por

las fuerzas transformadoras, sin embargo, el impacto del marco normativo sobre las prácticas, requiere de nuevas estrategias y la incidencia en diferentes espacios de poder que aún las fuerzas conservadoras no han cedido. En otras palabras, el poder invertido por las fuerzas transformadoras viabilizó la sanción de la ley pero no la transformación integral de las prácticas que hacen a la implementación de la reforma en salud mental.

La lectura histórica del desarrollo de la SMC a partir de la segunda guerra mundial implica marchas y contramarchas que se procesan en el campo de modo diferente según el marco político en que se desarrollan. Así - sin pretender un análisis exhaustivo que excedería el presente trabajo - experiencias como las comunidades terapéuticas en Inglaterra, la Política del Sector en Francia, la política de desinstitucionalización en Italia o la psiquiatría comunitaria en EEUU han corrido suertes diferentes según su enraizamiento en el desarrollo político nacional y la estructura del campo determinada por el poder y las posiciones de los actores (Galende, 1994). Sin embargo, cada una de estas experiencias fundantes ha sedimentado en un modelo de atención que, podríamos ejemplificar en la SMC, y que es el que ha asumido la Ley Nacional.

Por otro lado, la definición del concepto de modelo de gestión resulta relevante en el presente escrito.

Entendemos a la gestión en el contexto de un campo de interacción social en el que diferentes actores se instituyen con la intencionalidad de implementar su proyecto referido a la salud mental; así en ese espacio – desigual por definición – intentan construir acuerdos, cuya viabilidad depende del poder que detentan, en procura de la construcción de gobernabilidad y viabilidad para su proyecto. Estos actores sociales, que seleccionan determinadas problemáticas sanitarias de acuerdo a sus intereses, deseos e ideologías, intervienen en la situación determinados por la explicación y por la valoración que hacen respecto de los procesos de determinación de los problemas y, a partir de su percepción acerca de los demás actores en situación y sus posiciones respecto de sus proyectos de intervención, generan – o intentan generar – vinculaciones estratégicas con ellos. Los modos en que desarrollan estas prácticas y organizan sus recursos en términos amplios, configuran el modelo de gestión que asumen.

Si tenemos en cuenta el “Postulado de Coherencia” propuesto por Testa (1993), podemos establecer que es necesario que exista una alineación “...entre propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello.” (Testa, op cit). Esto implicaría – postulamos – que es necesario que haya coherencia entre los objetivos propuestos por la

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, el modelo de atención definido para resguardar los derechos de las personas con sufrimiento psíquico y los modelos de gestión de las organizaciones que debieran implementar estos modelos de atención. En otras palabras, un modelo de gestión que promueve la SMC no puede ser el mismo que el que apoya la institución de un modelo manicomial, no sería posible producir acciones intersectoriales, integrales y de base comunitaria a partir de un modelo de gestión biomédico, centrado en el hospital psiquiátrico, y con énfasis en lo curativo. Es a partir de esta hipótesis que presentaremos a continuación la experiencia de implementación de un dispositivo de gestión en salud mental comunitaria en Lanús.

El ámbito territorial

La experiencia de la Mesa de Gestión Intersectorial en Salud Mental Comunitaria se desarrolló en el municipio de Lanús, espacio territorial localizado en el sur del conurbano bonaerense y que limita con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Avellaneda, Quilmes y Lomas de Zamora. Cuenta con una superficie de poco más de 48 km² y su población es de casi 460.000 habitantes, con una densidad poblacional de las más altas del conurbano. Se organiza en 6 localidades: Lanús Este y Oeste, Remedios de Escalada, Gerli, Monte Chingolo y

Valentín Alsina; la sede municipal se encuentra en Lanús Oeste pero los servicios de salud y educación así como las delegaciones municipales se localizan en todo el territorio. La Universidad Nacional de Lanús se localiza en Remedios de Escalada, en la zona este del Distrito.

Poblacionalmente, puede caracterizarse al municipio – en forma global - como en proceso de transición demográfica incompleta ya que si bien se verifica un proceso de envejecimiento de su población existe variación entre las diferentes localidades y, también, en el interior de cada una de ellas. Lo mismo sucede en términos epidemiológicos, ya que si bien las causas de muerte dan cuenta de un perfil de mortalidad donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, pero este tampoco es un proceso homogéneo en todas las localidades del Partido.

En términos de servicios, por ejemplo en salud, la infraestructura es importante; cuenta con 4 hospitales provinciales: 1 Interzonal, 2 Zonales y 1 Especializado. El 1° nivel de atención – municipal - se organiza en 10 unidades sanitarias de las que dependen 26 centros de salud, todos cuentan con atención en salud mental. También, en la dependencia municipal, se erige un efector centralizado de salud mental, donde se concentran profesionales de esta área que incluso se organizan según diferentes especialidades

y como equipos interdisciplinarios. Asimismo existe un dispositivo específico de atención de las adicciones, de dependencia provincial, que en el último tiempo se instaló en el mismo edificio que el efector central de salud mental y realiza actividades conjuntas y articuladas, aunque ambos efectores mantienen sus dependencias provincial y municipal respectivamente.

La implementación de la Mesa Intersectorial de Gestión en Salud Mental Comunitaria

A mediados de 2013, a iniciativa de la Secretaría de Salud del Municipio, comienzan a reunirse diferentes actores para debatir y organizar el abordaje de las emergencias en salud mental. Integraban este primer dispositivo organismos municipales, provinciales y nacionales; entre los primeros se contaban la Dirección de Salud Mental y Adicciones, la Coordinación de Emergencias Sanitarias, la Subsecretaría de Políticas Sociales, el Área de Atención de Emergencias en Salud Mental de Defensa Civil, la Coordinación de los Servicios de Protección de Derechos de Niñez y la Coordinación de Políticas de Género. Por los provinciales se incorporaron la Inspección de Psicología en Educación, el CPA (Centro de Prevención de Adicciones), el Área Programática del Hospital Narciso López, el Servicio de Psicología de ese Hospital, representantes de Salud

Mental del Hospital Evita, la Coordinación Regional de Salud Mental, representantes del ERIC y del ERICO. Finalmente, desde el ámbito nacional, se integraron a la Mesa representantes del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa.

Con el paso del tiempo, ya en 2014, este dispositivo promovió un debate alrededor de su propia existencia y sentido y, luego de varios meses de discusión, asumió como su misión la de gestionar la salud mental – asumiéndola como comunitaria - en el Distrito. Esto implicó la salida de algunos actores (como por ejemplo la Coordinación de Emergencias del Municipio, la Dirección de Área Programática del Hospital Narciso López, los representantes de salud mental del Hospital Evita) así como el ingreso de otros (representantes del Grupo GIA del Hospital Narciso López e integrantes del COF). En este período, la Mesa se asumió a sí misma como el dispositivo responsable de la implementación del modelo de atención propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la vez que se propuso promover la implementación de ese marco normativo en los servicios de los sectores implicados en el dispositivo.

En ese tránsito, la Mesa, generó diversas acciones vinculadas con la capacitación, la conformación y

fortalecimiento de equipos interdisciplinarios e intersectoriales en el primer nivel de atención, la creación y el inicio del proceso de implementación de un dispositivo de abordaje de problemáticas sociales hipercomplejas en un territorio específico, el apoyo a la articulación entre la Dirección de Salud Mental y Adicciones municipal con el CPA provincial, la convocatoria a los jueces y equipos técnicos de los juzgados locales para generar acuerdos que promuevan el modelo de atención asumido, entre otras acciones.

Se consensuó la importancia de promover acuerdos de gestión, al interior de cada uno de los sectores participantes, como requisito para la viabilización de transformaciones en los modelos de atención de los servicios (no sólo de salud, sino también de educación, niñez, políticas sociales). Se acordó también que, si bien, en algunos territorios específicos había equipos de diferentes sectores que proponían acciones de articulación para el abordaje de las problemáticas, el hecho que los gestores acordaran esta modalidad de gestión y de atención, facilitaba el trabajo en el territorio a la vez que mostraba claramente cuál era la decisión de las autoridades al respecto. Queda claro, que los fuertes apoyos políticos dispuestos por el Secretario de Salud y la Subsecretaria de Políticas Culturales y Deportes (que formaba parte de la Mesa) fueron de gran importancia en este proceso.

Resulta también interesante el papel que desempeñó el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa en este proceso; si bien queda claro que esta área carecía de responsabilidades de gestión en el Distrito, su función de asesoramiento técnico y de mediación entre los diferentes actores sectoriales fue muy relevante. La Universidad siempre fue visualizada como un actor que promovió sistemáticamente espacios para el análisis de las situaciones a abordar, fue así reconocida en sus capacidades para ofrecer conceptualizaciones respecto de diferentes problemáticas así como de su comprensión para su posterior abordaje así como un proveedor de metodologías que podían ser puestas a prueba en la situación a intervenir. Como planteábamos, el espacio de mediación también fue relevante al asumirse la Universidad como neutral respecto de los diferentes intereses de los actores locales.

El año 2015 fue complejo en el desarrollo de las acciones de la Mesa, ya que la puja político partidaria al interior del partido gobernante fue intensa saldándose, finalmente, con un acuerdo referido a las postulaciones de referentes pertenecientes a diferentes líneas internas. Posteriormente, en las elecciones, ese partido perdió asumiendo su oposición la gestión del Municipio lo que precipitó el reemplazo de los gestores que integraban la Mesa comenzando un período

de redefiniciones de este espacio que persiste hasta la actualidad. Adicionalmente, la Ley de Salud Mental y Adicciones, si bien no fue modificada, está siendo cuestionada desde el Ministerio de Salud de la Nación y, específicamente, desde la Dirección Nacional de Salud Mental, que plantea cambios en los decretos reglamentarios que regulan la implementación de la Ley Nacional, lo que sin dudas impacta sobre los niveles locales y cuestiona modelos de gestión como el reseñado que, tienden, a la implementación de un modelo de atención comunitario en salud mental.

A modo de conclusión...

Una primera conclusión importante es que resulta necesario contar con dispositivos de gestión que se asuman como intersectoriales e interdisciplinarios, que promuevan y produzcan abordajes integrales y con énfasis comunitario así como con una convicción clara respecto de la determinación social del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado en general y del sufrimiento psíquico en particular. Estos dispositivos son protagonistas de las transformaciones de los modelos de atención de los servicios (recordando que, cuando nos referimos a los servicios, no hablamos sólo de los de salud, sino también los de educación, políticas sociales, niñez, etc.). En el caso bajo análisis, este fue un

actor determinante en el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el Distrito.

Es imprescindible, si pensamos en estos dispositivos como espacios de gestión, que se cuente con apoyo político de diferentes sectores, en este caso fue fundamental el de Salud y el de Políticas Culturales y Deportes (integrante de la Secretaría de Políticas Sociales, al igual que las Áreas de Niñez y de Género, también participantes de la Mesa). Otro apoyo relevante fue el de Educación que, si bien no refería a altos niveles de la Dirección de Cultura y Educación Provincial, el nivel de la Inspección de Psicología ocupa un espacio intermedio de gestión, con capacidad de movilización y asignación de recursos así como con competencias para liderar procesos de integración.

Cuando el apoyo político desde el Municipio disminuyó producto de la puja política en una primera instancia y, posteriormente, por el cambio de la gestión política del Municipio, la Mesa comenzó a tener problemas para la toma de decisiones que pudieran ser vinculantes para los niveles de ejecución territoriales. Si bien existen diferencias jurisdiccionales y de escala, en las experiencias históricas de la implementación de la reforma de la salud mental a nivel internacional demuestra la necesidad de articulaciones políticas que puedan

sustentar estos procesos que implican fuertes impactos sobre la organización social (Galende, 1994).

Consideramos que el lugar de la Universidad fue de relevancia, tanto como un actor capaz de brindar asesoramiento técnico tanto desde lo conceptual como desde lo metodológico, pero también ocupando el espacio de un “tercer actor” que garantizaba cierta equidistancia entre las posiciones de los diferentes sectores y actores; esta posición permitió la implementación de acciones de mediación que fueron importantes a lo largo del tiempo. En este aspecto el establecimiento de relaciones de confianza entre los actores fue determinante, asimismo, el apoyo desde las autoridades del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”, fue un elemento muy valioso.

El concepto de sufrimiento psíquico es muy relevante a la hora de pensar abordajes integrales e intersectoriales, ya que si se asume el padecimiento como parte de la experiencia vital de los sujetos – tanto individuales como colectivos – y no como una situación instituida y estabilizada como la enfermedad, es posible pensar e implementar abordajes que integren disciplinas y recursos sectoriales que se articulan en lo comunitario acompañando a los sujetos en ese padecimiento.

Bibliografía

Ardila S. Galende E. (2011). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Salud Mental y Comunidad, Año 1 N° 1, 39-50.

Bourdieu P. (1990). *Sociología y Cultura*. México: Grijalbo.

Cavalleri M.S. (2008). *Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas*. En Compartiendo notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad (37-48). Remedios de Escalada, Lanús: Ediciones de la UNLa.

Desviat M. y Moreno Pérez A. (2012). *Principios y objetivos de la SMC*. En Acciones de SM en la Comunidad (21-28). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consultado en <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf> en enero de 2017

Faraone S. (2013). *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*. Salud Mental y Comunidad, Año 3 N° 3, 29-40.

Galende E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Galende E. (2015). *Conocimientos y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Boletín n° 148*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Buenos Aires

Subsecretaría de Gestión, y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias. (2014). *Hechos vitales y sus respectivas tasas por Región Sanitaria*. 10/6/16, de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Sitio web <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/>

Testa M. (1993). *Tendencias en planificación*. En Pensar en Salud (85-126). Buenos Aires: Lugar Editorial

Notas

ⁱ Entendemos a las problemáticas sanitarias como situaciones problemáticas (Cavalleri, 2008) definidas como “a) situaciones retomando el concepto de situación de Matus, b) manifestaciones de la cuestión social, c) interacciones entre distintas dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas, ideológicas, d) expresiones en las que coexisten aspectos subjetivos y objetivos, e) el espacio de la particularidad”.

ⁱⁱ La categorización de los hospitales depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, así el interzonal es de mayor complejidad y su referencia es para la totalidad de la Región Sanitaria VI, que integra el Municipio de Lanús junto a otros 8 de la zona sur del Conurbano. En el caso de los zonales, su referencia programática es para el Municipio, y en el caso del especializado –que es oncológico– su referencia es para todo el territorio provincial.

ⁱⁱⁱ ERIC y ERICO dependen del Programa de Salud Mental de la Región Sanitaria VI, el ERIC es el Equipo Regional de Intervención en Crisis, que tiene sede en el Hospital Melo y presta servicios de atención en todos los servicios de guardia de los Hospitales de la Región según son demandados. El ERICO es el Equipo Regional de Intervención Comunitaria, que se localiza en diferentes espacios locales y promueve el abordaje comunitario del sufrimiento psíquico.

^{iv} La incorporación de representantes de la UNLa se produjo a partir del acercamiento de docentes investigadores que desarrollaban el proyecto “Trayectorias institucionales: derivaciones y accesibilidad ampliada a Servicios de salud de pacientes drogadependientes en tratamiento en el Municipio de Lanús. Periodo 2013-2014”. Posteriormente se asistió la implementación de la Mesa a partir del proyecto de cooperación “Fortalecimiento y asistencia técnica para la implementación de la Mesa Intersectorial de Gestión en Salud Mental Comunitaria del Municipio de Lanús”.

^v Centro de Orientación Familiar, dependiente de la Inspección de Psicología en Educación

^{vi} Es importante aclarar que, si bien, el municipio se organiza en diferentes localidades la gestión de los procesos es centralizada en la estructura de gobierno, ya sea municipal y/o provincial. A nivel de cada uno de los territorios específicos las organizaciones del Estado tienen cierta autonomía operativa pero las definiciones de política se establecen en los niveles centrales, principalmente la asignación de recursos de diferentes índoles. De todas maneras, Lanús no escapa a la generalidad de los procesos de gestión en la Provincia de Buenos Aires en particular y en el país en general, donde se desarrollan procesos de bajos niveles de responsabilidad.

^{vii} Si bien un análisis detallado de la situación política en Lanús escapa a los objetivos de este trabajo, este municipio fue gobernado, entre 1973 y 1976, previamente al advenimiento de la Dictadura y luego del retorno de la Democracia (1983) por el caudillo local Manuel Quindimil hasta el año 2007; en ese año fue elegido Darío Díaz Pérez que gestionó durante 2 mandatos (8 años) hasta el año 2015. Ambos Intendentes pertenecen al Partido Justicialista.

En 2014 comenzó una puja interna por la definición del candidato a Intendente de esa fracción política, instalándose como postulante Julián Álvarez que, en ese momento, era el Secretario de Justicia de la Nación. Luego, en las elecciones de 2015 triunfa en los comicios municipales (aunque coincidiendo a nivel de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación), la Alianza Cambiemos, quebrando la hegemonía Justicialista de los últimos 30 años. Así, al asumir el nuevo Intendente (Néstor Grindetti), se produjo un cambio de la totalidad de los funcionarios municipales con responsabilidad de gestión.