

El hacer (en) territorio: experiencias desde un dispositivo de Salud Mental Comunitaria en el barrio Zavaleta¹

GONZÁLEZ SMITH,

Mailen. Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en Estudios Urbanos (UNGS). Docente universitaria y trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: mailengonzalezsmith@gmail.com

DEVOTO, María Belén.

Licenciada en Antropología Social y Cultural, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Especialista en Salud Mental Comunitaria (UNLA). Maestranda en Estudios y Políticas de Género (UNTREF). Se desempeña como docente en la Universidad Nacional de Lanús. Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: Mbdevoto@gmail.com

Recibido: 31/08/2023; **Aceptado:** 06/05/24

Cómo citar: Smith González, M., Devoto, M. B., Carranza, A., Montegani, F., Ghironi, M. S. y Valverde, S. (2024). El hacer (en) territorio: experiencias desde un dispositivo de Salud Mental Comunitaria en el barrio Zavaleta. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 196-208

CARRANZA, Azul.

Terapista Ocupacional. Especialista en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Ex Residente, Jefa de Residentes RISAM y trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: yocarolina1810@gmail.com

MONTEGANI, Florencia.

Licenciada en Psicología, Universidad J.F. Kennedy. Maestranda de la Especialización de Psicología Perinatal (UBA). Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: fmontegani@hotmail.com

GHIRONI, María Isabel.

Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Mental Comunitaria y Maestranda en Salud Mental comunitaria (UNLa). Trabajadora del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (CABA).

Contacto: isaghironi@gmail.com

VALVERDE, Sol.

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional Madres de Plaza de Mayo (IUNMA). Cursa la Especialización en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Concurrante en Trabajo Social del Hospital J.T. Borda. Trabajadora del Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte" (CABA).

Contacto: solvalverde50@gmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo principal compartir las vivencias, reflexiones y prácticas en salud comunitaria desarrolladas por un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud ubicado en el barrio de Zavaleta (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina). El Centro de Salud, ubicado en el Núcleo Habitacional Transitorio (NHT) Zavaleta, es un dispositivo dependiente de un Hospital Público Nacional que trabaja desde un paradigma de reducción de riesgos y daños, con intervenciones basadas en el umbral mínimo de exigencia. Gran parte de ellas se encuentran destinadas a personas en situación de calle y/o pasillo con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Zavaleta es un territorio donde habitan memorias y arrasamientos, donde se establecen redes de cuidado y solidaridad entre habitantes, instituciones y organizaciones. Trabajar aquí hace necesario comprender las complejidades cotidianas que atraviesan los actores involucrados, incluyendo una reflexividad sobre nuestros sentirs en tanto profesionales de la salud. Como equipo, consideramos que, tanto nosotros como nuestro trabajo, se transforma cotidianamente a partir de lo que acontece a diario.

En suma, en este escrito buscamos profundizar y reflexionar acerca de nuestra experiencia y construcción cotidiana en un centro de primer nivel de atención ubicado en Zavaleta.

Palabras clave: salud comunitaria - abordajes territoriales - reducción de riesgos y daños - interdisciplina

Doing (in) territory: experiencies from a Community Mental Health device in Zavaleta

Abstract

The main objective of this paper is to share the experiences, reflections and practices in community health developed by an interdisciplinary team of a Health Center located in the neighborhood of Zavaleta (Autonomous City of Buenos Aires, Argentina).

The Health Center, located in the Zavaleta Transitory Housing Nucleus (NHT), is a device depending on a National Public Hospital that works from a risk and harm reduction paradigm, with interventions based on the minimum threshold of exigency. Most of them are aimed at people in street and/or hallway situations with problematic consumption of psychoactive substances.

Zavaleta is a territory inhabited by memories and destruction, where networks of care and solidarity are established between inhabitants, institutions and organizations. Working here makes it necessary to understand the daily complexities that the actors involved go through, including a reflexivity on our feelings as health professionals. As a team, we believe that both we and our work are transformed on a daily basis by what happens on a daily basis.

In short, in this paper we seek to deepen and reflect on our experience and daily construction in a first level health care center located in Zavaleta.

Key words: community health - territorial approaches - risk and harm reduction - interdiscipline

Introducción

El Centro de Salud, ubicado en el Núcleo Habitacional Transitorio (NHT) Zavaleta, es un dispositivo dependiente de un Hospital Público Nacional especializado en Salud Mental que trabaja desde un paradigma de reducción de riesgos y daños, con intervenciones basadas en el umbral mínimo de exigencia destinadas a personas en situación de calle y/o pasillo con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en particular de pasta base.

Zavaleta es un territorio donde habitan memorias, violencias y arrasamientos, donde se establecen redes de cuidado y solidaridad entre habitantes, instituciones y organizaciones. Trabajar aquí hace necesario, en primer lugar, comprender el territorio en su singularidad y promover intervenciones acordes a las necesidades de la población. En este sentido, nuestro dispositivo se caracteriza por su flexibilidad y dinamismo, así como por un trabajo diario de reflexión en torno al desarrollo de abordajes situados que comprendan las complejidades cotidianas que atraviesan les actores allí involucrados, incluyendo con esto una reflexividad sobre nuestros sentires y afectaciones en tanto profesionales de la salud.

A diferencia de lo que puede acontecer dentro de las puertas del hospital, dónde hay más variables controladas y prevalece cierta rutinización de las actividades a desarrollar, trabajar en el primer nivel de atención implica un proceso dinámico de creatividad permanente. Es por esta razón que en el presente escrito buscamos partir de nuestra experiencia en Zavaleta para reflexionar y discutir sobre nuestra construcción cotidiana, y con ello, dejar un registro de los aciertos, las frustraciones y las acciones llevadas a cabo en la cotidianeidad de un dispositivo de Salud Mental Comunitaria.

El Centro de Salud en NHT Zavaleta

La Villa 21-24 y el NHT Zavaleta son dos barrios lindantes ubicados al sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Forman parte de la Comuna 4 de CABA, limitando con el barrio de Barracas hacia el este, Nueva Pompeya hacia el oeste y con el Riachuelo y el municipio de Avellaneda (Provincia de Buenos Aires, Argentina) hacia el sur.

Ambos barrios están fuertemente marcados por el activismo comunitario a través de organizaciones sociales y redes de solidaridad vecinales que trabajan en base a problemáticas complejas, así como una multiplicidad de actores e instituciones públicas del campo de la salud (Centros de Primer y Segundo Nivel de Atención), la justicia (programas de defensoría del pueblo, Dirección General de Acceso a la Justicia -ATAJO-, Defensoría Zonal de Niñez, Centro de Acceso a la Justicia -CAJ-) y la educación (jardines, escuelas primarias y secundarias, bachilleratos populares y centros de formación profesional).

En relación al campo de la salud, ambos barrios se encuentran dentro del área programática del Hospital Penna (APHP), zona que cuenta con alguno de los índices socio-sanitarios más desfavorables de CABA. En

la Villa 21-24 y NHT Zavaleta, hay cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC N°1, CeSAC N° 8, CeSAC N° 30, CeSAC N° 35) que dependen de dicho hospital general; un centro de Segundo Nivel (CEMAR) y un Centro de Salud que depende de un Hospital Público Nacional (Ministerio de Salud de Nación). Asimismo, durante y después del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), cobró relevancia la figura de las promotoras de salud de los CeSAC y las organizaciones sociales (La Dignidad, Movimiento Evita, Frente Popular Darío Santillán y Central de Trabajadores de la Argentina -CTA-).

En lo que respecta puntualmente al campo de la salud mental, se vislumbra un déficit de recursos institucionales en relación con el total de población de ambos barrios. Siguiendo un estudio realizado por los CeSACs del APHP en el año 2022, los Centros contaban tan solo con 12 psicólogos activos presencialmente, mientras que con ningún personal de psiquiatría. Así, si bien existían equipos especializados, los nombramientos profesionales tendían a ser escasos en relación a la demanda, hecho que se agravó durante la pandemia en la medida en que la mayoría de los dispositivos de salud quedaron a disposición únicamente para casos vinculados con el COVID-19.

En lo que concierne a las organizaciones que se constituyen como espacios de acompañamiento y tratamiento en consumos problemáticos, se destacan principalmente los Centros Barriales del Hogar de Cristo (la Iglesia Caacupé, el desayunador de “Niños de Belén”, el Centro de Día “Hurtado” y un Centro para enfermedades infectocontagiosas “Masantonio”); un Centro de Día llamado “Barrios sin Muros”; el Centro de Día del CEMAR; Red Puentes y una barrial de Vientos de Libertad, además de nuestro dispositivo. Por otro lado, existen también distintas actividades ofrecidas por las organizaciones sociales que, si bien no trabajan puntualmente sobre el consumo de sustancias, alojan a una multiplicidad de sujetos con el fin de “sacarles de la calle”. Sin embargo, gran parte de la población de las ranchadas no suele acceder a dichos espacios sin el acompañamiento de algún referente barrial, a la vez que muchos de ellos tienen problemas con transitar el barrio (exposición a situaciones de violencia entre pares, zonas del barrio restringidas por antecedentes de robo o venta de sustancias, entre otras), por lo cual el acceso a diversos espacios se dificulta aún más.

El actual Centro de Salud surgió en el año 2014 como “Casa Amigable”, un establecimiento extramuros que trabajaba desde la reducción de riesgo y daño con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. La

casa fue otorgada por el Juez Nacional Penal Dr. Torres para su reconversión, luego de un allanamiento, ya que originalmente la edificación se utilizaba para la venta de estupefacientes. La iniciativa tuvo como eje llevar el Hospital a diversas territorialidades, realizando intervenciones mediante la presencia directa en los barrios con equipos interdisciplinarios como bien establece la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, siendo indispensable atender los aspectos socio-culturales, históricos y personales de les usuaries. En ese entonces, el dispositivo contaba con un equipo interdisciplinario y talleristas que brindaban espacios recreativos para la población que acudía a la misma, a la vez que funcionaba la ducha y un espacio con camas para que les usuaries pudieran descansar.

No obstante, a partir de diversos cambios político-institucionales y problemas de infraestructura, el dispositivo trabajó de forma itinerante algunos años hasta que volvió a abrir de forma permanente en julio de 2022 luego de un reacondicionamiento edilicio. Actualmente el Centro se conforma como uno de los dispositivos extramuros que dependen de un Hospital de Referencia Nacional en el campo de la Salud Mental y Adicciones. Así, el Centro reabrió sus puertas con un equipo interdisciplinario (Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Enfermería, Medicina General,

Obstetricia y Antropología) y rotantes de primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RI-SAM). Sin embargo, el equipo que conforma el Centro no siempre está integrado por les mismos profesionales –no todes vienen todos los días–, ya que también participan en otros espacios del Hospital, por fuera del dispositivo de Zavaleta.

Desde su reapertura el dispositivo abre sus puertas de lunes a viernes de 9 a 15 hs. En el mismo se desarrollan una multiplicidad de acciones vinculadas a la prevención y promoción integral de la salud, a partir de un enfoque comunitario que buscan promover no sólo estrategias de cuidado sino también fortalecer la participación comunitaria. Entre ellas se destacan las consultas por demanda espontánea, los espacios de salud mental individuales y grupales con equipos interdisciplinarios, las consejerías de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, la realización de curaciones y tomas de VPH/PAPs. Además participamos activamente de dos mesas intersectoriales (Mesa por el Derecho a la Salud y Hábitat, y Mesa de Adicciones) y llevamos a cabo postas de salud semanales en dos comedores comunitarios.

Por último, realizamos lo que denominamos “recorridos” en las que parte del equipo comparte con las personas en situación de calle un desayuno. En dichas

recorridas se intenta dar un lugar a la escucha, establecer un lazo con la comunidad y abonar a la difusión del espacio.

El Centro está abierto para que les usuaries puedan desayunar, descansar un rato, usar el baño y la ducha, lavar ropa, charlar, entre otras actividades. El dispositivo está conformado por una sala de estar que cuenta con una mesa grande donde se sirven los desayunos, dos consultorios y un único baño con ducha que se comparte entre usuaries y el personal de salud. Por otra parte, el acceso al Centro se realiza por medio de un patio donde suele colocarse el metegol y, cuando el clima acompaña, una mesa y bancos de uso compartido.

Actualmente asisten al centro aproximadamente 25 a 30 personas por día, en su mayoría varones cis aunque, a diferencia de lo que ocurría en un principio, la presencia de mujeres cis ha aumentado significativamente. Empero, hasta el momento no ha asistido al dispositivo ninguna persona del colectivo travesti/trans. En cuanto al rango etario se destacan adultes entre 25 y 40 años. Otro detalle a tener en cuenta es que la mayoría de las personas que asisten al dispositivo, y se encuentran en situación de calle y/o pasillo, no son oriundes del barrio sino de zonas aledañas como Lanús, Lomas de Zamora, Avellaneda, entre otras. Este dato

resulta relevante en la medida en que Zavaleta se constituye como un punto de anclaje para les usuaries del cual resulta muy difícil salir. En palabras de A.: “Yo vine acá hace 3 meses a comprar y me quedé (...) estoy anclado acá”. Este testimonio refleja un relato que se repite entre las personas que visitan el Centro periódicamente. Esto se puede visualizar en afirmaciones como: “No volví nunca más a mi casa”, “Siempre que quiero volver me pasa algo (...) no me van a creer, pero les juro que es así”, “Ya no vuelvo más”.

En lo que concierne al circuito del dispositivo, les usuaries se acercan de manera espontánea y se organiza la ducha en relación con el orden de llegada. La mayoría de quienes asisten comparten un desayuno además de bañarse, momento que sirve de disparador para iniciar conversaciones entre les usuaries y el personal de salud. En dichos momentos, y de manera espontánea, se reconstruyen sus trayectorias de vida, hecho que permite ahondar en diversas temáticas, tales como sus relaciones familiares y sus vínculos. A la vez, se expresan vivencias pasadas y deseos para el futuro, así como también conflictos vinculares y los sentidos que adquiere para ellos el consumo de sustancias psicoactivas.

En este marco, el momento del desayuno adquiere un valor fundamental para el equipo, en la medida en

que funciona como una “excusa” que deviene en intervenciones vinculadas a los cuidados y la salud integral de les usuaries, desde escuchas activas hasta curaciones, consejerías de salud sexual, articulación con efectores locales, entre otras. Generalmente se intenta, desde conversaciones informales, problematizar distintos tópicos, dinámicas, rutinas y percepciones.

Pensarnos actualmente

Desde julio del 2023 se visualiza un gran avance en torno a la construcción de lazos comunitarios entre les integrantes del equipo y el resto de les actores del barrio. Así, durante estos últimos meses hemos logrado construir y fortalecer lazos tanto con les usuaries que asisten al dispositivo, como con distintos habitantes del barrio que nos permite establecernos hoy como un espacio de referencia para la población en situación de calle y/o consumo.

Esta situación devino en que el promedio de gente que asiste al centro diariamente pase de 5-10 personas a 25-30 respectivamente. A su vez, se observa cierta constancia y asiduidad entre les usuaries que asisten diariamente al dispositivo, quienes expresan, a su vez, una apropiación y referencia para con el espacio y el equipo.

En palabras de les usuaries, el centro se consolida como un espacio seguro donde se sienten alojades y cuidades. B. afirma que, en el centro “se respira otro aire”. F. por su parte, nos dijo una vez: “ustedes nos dan vida”. Estas frases reflejan los sentidos que les usuaries le otorgan al espacio y al acompañamiento del equipo, sentidos que tienden a ir más allá del intercambio material (desayuno y ducha), quedando en evidencia que su estar allí responde no sólo a una necesidad básica sino a la búsqueda activa de sentirse mirade, acompañade y reconocide como sujeto de derecho.

En tanto lineamientos de trabajo, apostamos a la construcción de un espacio de encuentro que aloje y promueva la producción de cuidado. Siguiendo a Fernando Ceballos (2022), entendemos al cuidado como la construcción de un compromiso intersubjetivo, una práctica siempre entre y junto con otros que transforma subjetividades. Así, consideramos que la escucha activa, los vínculos solidarios y la disponibilidad son herramientas fundamentales en nuestro quehacer cotidiano, en donde ese otro es reconocide como sujeto de derecho y no simplemente como un objeto de nuestro saber profesional o un mero vehiculizador de nuestra función.

A su vez, los emergentes diarios propios del contexto en el cual desarrollamos nuestra práctica nos obligan a entrenar una creatividad permanente, entendiendo a ésta como una herramienta transformadora, liberadora y subjetivante que abre la posibilidad de generar nuevas respuestas a las problemáticas existentes (Bang, 2014). Estar en el barrio conlleva compartir con los usuarios parte de su día a día así como entender determinadas dinámicas y relaciones sociales en el marco en el cual se desarrollan. Este registro se torna fundamental para recuperar los factores que hacen a la vida de las personas con las que trabajamos y que de ello devengan acciones saludables, constructoras de subjetividad, que no sólo se den en el marco de la urgencia. En este sentido, resulta fundamental para pensar nuestra labor cotidiana reconocer la singularidad y los aspectos socioculturales que se ponen en juego en dicho territorio (Spinelli, 2016).

De igual modo, si bien estar en el barrio implica una oportunidad, también se torna un desafío en tanto que debemos aprender a ser permeables y a lidiar con determinadas complejidades y frustraciones propias del contexto en el cual trabajamos.

Es importante remarcar que nosotros asistimos al dispositivo solamente seis horas por día y, mientras no

estamos, la cotidianidad del barrio continúa. En palabras de un usuario: “el barrio no duerme”.

Por su parte, en la diaria nos toca presenciar los efectos del consumo problemático sobre las vidas de nuestros usuarios, así como también las problemáticas socio-habitacionales en las que se encuentran. Tampoco somos ajenos a las violencias que padecen tanto por sus trayectorias de vida como por el hecho de encontrarse en situación de calle en Zavaleta, circunstancias que no sólo nos afectan y marcan subjetivamente a partir de los acompañamientos que realizamos sino también que muchas veces nos exponen, a situaciones un tanto hostiles con las que nos encontramos sin “sentirnos del todo preparados”.

Hugo Spinelli (2016) propone entender al territorio como un espacio de lo singular y un sitio del hacer donde lo relacional y lo simbólico se expresan atravesados por capitales y campos que exceden la simplicidad epistemológica, y frente a esto se pregunta si los conocimientos de los trabajadores del campo sociosanitario alcanzan para abordar la complejidad de lo social. El trabajo en Zavaleta requiere que como profesionales nos cuestionemos acerca de nuestro rol y lo aprendido en nuestra formación académica, ya que no podemos obviar que el modelo médico hegemónico se encuentra

instaurado aún en las diferentes disciplinas, así como también la lógica de abordaje meramente individual de las problemáticas de salud mental. Frente a esto consideramos que uno de los principales desafíos de quienes apostamos por la construcción de experiencias comunitarias es reconocer la multiplicidad de saberes que emergen de las experiencias vitales de los actores involucrados. Desde un enfoque interseccional e intercultural consideramos que sólo podemos acercarnos a la complejidad de lo social, desaprendiendo mucho de lo que nos han enseñado y estando abiertos a pensar de manera colectiva la producción de saberes situados.

Teniendo en cuenta éstas mismas adversidades creemos que es imposible pensar nuestro trabajo de manera aislada y en soledad. Las trayectorias y vivencias cotidianas que acompañamos en el Centro pueden tornarse, a veces, muy hostiles. Frente a ello, como equipo nos encontramos en el proceso de construcción de espacios de encuentro donde reflexionar sobre nuestra praxis y compartir cómo esta nos atraviesa y afecta subjetivamente. Asimismo, intentamos abonar a una construcción colectiva y en red que priorice los vínculos intra-equipo, con los usuarios y con otros servicios y/o efectores de salud, así como también con otras instituciones y organizaciones.

Entre la praxis y la teoría

Desde hace varios años ya se vienen desarrollando tanto a nivel internacional como local procesos de transformación del sistema de atención en salud mental, cuyo objetivo es la transición del sistema manicomial hacia una atención pensada con y en la comunidad.

La Declaración de Caracas (1990) sentó un precedente para revisar el rol hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, promoviendo modelos alternativos de atención a los padecimientos subjetivos basados en la comunidad. En nuestro país, por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 proporcionó un marco legal que impulsa no sólo la desmanicomialización -entendida como transformación del sistema de salud para que las personas con padecimiento subjetivos vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni en ninguna otra forma de abandono (Cohen y Natella, 2013)- sino toda una serie de prácticas de prevención y promoción desde un enfoque comunitario, guiadas por los criterios de la Atención Primaria de la Salud.

Siguiendo lo esgrimido por la normativa antes mencionada, entendemos a la salud como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos,

culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona. Por eso adherimos a abordarla desde la intersección entre las dimensiones subjetivas, colectivas y culturales. Debido a ello consideramos que es fundamental generar acciones de promoción que sean definidas en conjunto con la población con la que trabajamos.

Un aspecto central que atraviesa y ordena nuestra práctica es la Atención Primaria de la Salud (APS). Siguiendo lo expresado en la Declaración de Alma Ata (1978), la APS se dirige hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver dichos conflictos. Para ello propicia la participación de los sujetos en la planificación y aplicación de su atención de salud e implica la coordinación de todos los sectores, no sólo del sanitario, a fin de garantizar el acceso al sistema de salud público y atender las necesidades de salud expresadas en la comunidad.

Como equipo entendemos a la APS como una estrategia transversal a los distintos niveles de atención, cuyo objetivo principal es que la comunidad alcance

el mayor nivel de salud posible sin distinción de clase, etnia, religión, género, sexualidad, orientación política y/o situación económica/social.

Como equipo consignamos a una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tanto procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidado (Almeida-Filho y Paim, 1999), y abonamos a la construcción de abordajes comunitarios que promuevan el trabajo junto con otros, la construcción de lazos y permitan poner en diálogo los distintos tipos de saberes. Partimos necesariamente desde una perspectiva que promueve lo comunitario por sobre lo individual y comprende las complejidades que se desprenden del propio contexto de trabajo.

En este marco, parte de nuestro desafío profesional cotidiano en el campo de la salud mental implica distanciarlos de los abordajes ligados al Modelo Médico Hegemónico (Menendez, 1988) que caracterizan meramente a los padecimientos subjetivos según diagnósticos psicopatológicos individuales, bajo la impronta de que existen problemáticas de salud/salud mental que si bien nos afectan en la singularidad, presentan su correlato en la trama social en tanto emergen de problemáticas vividas de forma colectiva (Bang, 2014).

En suma, resaltamos la importancia de potenciar prácticas en salud que incluyan no sólo la dimensión subjetiva sino también colectiva en la atención entendiendo, como bien afirma Merhy (2021), que el objeto del campo de la salud no es sino la producción de cuidado. Por último, al reflexionar sobre otras formas de pensar-hacer desde el campo de la salud mental, buscamos seguir haciéndonos preguntas que habiliten una batalla micropolítica, un hiato (Guattari y Rolnik, 2006) que no sólo dé lugar a un quiebre sino también a espacios de encuentro para pensar un proceso-otro de producción de salud que privilegie lo vincular, lo afectivo y lo comunitario.

Bibliografía

Almeida-Filho, N. y Paim, J.S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, 5-30.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

Ceballos, F. (2022). *Espacialidades y temporalidades donde habita el cuidado*. Licenciada Laura Bonaparte.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451- 464.

Merhy, E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Washington: OPS

Organización Mundial de la Salud /UNICEF (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud. Declaración Alma Ata*.

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

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud colectiva*, 12(2), 149-171. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.976>

Legislaciones citadas

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, marzo de 2022].

Notas

1. Con respecto a la temporalidad, cabe aclarar que desde la producción del artículo a la fecha de su publicación, tanto el dispositivo como el contexto en el cual se emplaza (Zavaleta), viene sufriendo diversas modificaciones a raíz del cambio en las autoridades políticas y las políticas institucionales ligadas a ello.

