



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

ESCUELA
DE POLÍTICA
Y GOBIERNO

Maestría en Planificación y Evaluación de Políticas Públicas

Escuela de Política y Gobierno – UNSAM
Tesis de maestría

La planificación como un proceso continuo

El caso de la Subsecretaría de Salud Mental y
Adicciones de la Municipalidad de Merlo

Autor: Horacio Nicolás Hernández
Director: Daniel Hernández

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, octubre 2023

Agradecimientos

Un agradecimiento especial a Daniel Hernández, mi director de tesis, por guiarme en este largo proceso, por insistirme en los momentos en los que no avanzaba, por sus recomendaciones y devoluciones y, sobre todo, por compartirme y enseñarme una corriente de pensamiento innovadora que reflexiona sobre el rol de las políticas públicas.

A la docente Vanesa D'Alessandre por su apoyo y por los consejos sobre el Modelo de la Cadena de Valor Público en el inicio de este trabajo.

A todo el equipo de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de la Municipalidad de Merlo por estar siempre dispuestos a dialogar, compartir material y explicar sobre el gran trabajo que realizan.

A mi mamá Sonia por su insistencia en que cierre este proceso, su lectura crítica y su visión sobre el caso.

A mi compañera Leila por bancarme en todos estos años en que la tesis era una tarea pendiente, por darme lugar y acompañarme para que pueda trabajar en ello y por su amor incondicional.

A mi hijo Amadeo que fue el motor para retomar y terminar este trabajo.

Índice

Introducción	4
Capítulo 1: Marco Conceptual	7
Planificación, aproximación a una definición	7
La Planificación y el modelo del ciclo de políticas	10
Cuatro aspectos destacados del proceso de planificación	13
Planificación y análisis situacional	13
Planificación y política.....	15
Planificación y gobernabilidad	17
Las ideas importan.....	19
La planificación y el modelo de la Cadena de Valor Público.....	21
El análisis de ordenamientos sociales (campo).....	22
La producción pública.....	23
Planificación Operativa.....	26
(Re)diseño de Productos	27
Diseño de productos y Design thinking.....	28
Schön y el diseño como conversación con la situación.....	30
Dispositivos de Enlace.....	33
Capítulo 2: El Plan Estratégico. Momento Fundacional.....	34
I. Lectura de la situación	34
1. Referencias argumentales	34
2. Aspectos destacados del contexto	35
II Los pilares del Plan.....	39
1. El Estado garante de derechos.....	39
2. La salud y la reconstrucción de los vínculos sociales y comunitarios	39
3. Las adicciones como un problema de salud mental.....	40
III. El Plan Estratégico 2016-2019.....	41
1. La convocatoria a los trabajadores de la salud	42
2. Mapeo Colectivo.....	43
3. Agenda de problemas que orientan la estrategia	44
4. Hacia un nuevo perfil de producción	49
5. Estructura Organizativa	55
IV. Consideraciones sobre el proceso de conformación de la SSMYA.....	56
Capítulo 3. Política efectiva: Análisis de Producción	59
Abordaje territorial y fortalecimiento de lazos comunitarios	59
Unidades Sanitarias	60
Redes de Salud Mental	62

Programa de Abordaje Integral en la Comunidad (PAIC)	68
Consideraciones sobre el Foco de Intervención	70
Líneas alternativas de cuidado	71
Sede Salta	72
Dispositivos de articulación con hospitales	79
Consideraciones sobre el Foco de Intervención	81
Operaciones de Fortalecimiento	82
Supervisión	83
Capacitación	84
Observatorio de Salud Mental y Adicciones	85
Consideraciones sobre el Foco de Intervención	86
Perfil de producción efectivo de la SSMYA	87
Red de Operaciones	88
Operaciones y estrategia	90
Consideraciones finales	93
Capítulo 4: Análisis de Redes	94
Trabajo en red	94
Lógica de redes	95
Las redes de salud mental	97
Complejidad	97
Autonomía	98
Interdependencia	100
Estabilidad	101
Reflexiones sobre la metodología de abordaje del territorio	103
Reflexiones finales	105
Bibliografía	108

Introducción

Los procesos de planificación de una política pública son dinámicos, constantes y únicos. Cada política es una particular interpretación de la realidad de un actor que pretende realizar cambios en una situación que considera insatisfactoria. Para lo cual, cualquiera sea el camino metodológico que elija, debe movilizar y organizar recursos estatales en cierta dirección, esto es, liderar un curso de acción hacia un horizonte deseado.

En el presente trabajo nos proponemos destacar ciertos aspectos que a nuestro entender son cruciales para que un actor pueda emprender la planificación, el diseño y la ejecución de una política. Pretendemos, a partir de un análisis de caso, mostrar la importancia de puntos fundamentales del proceso de planificación.

Para dicha tarea se realiza un análisis del protagonismo que asume un gobierno local para dar respuesta a las situaciones problemáticas de salud mental. El caso seleccionado, la política sanitaria en salud mental del municipio de Merlo entre los años 2016 y 2019, resulta de interés por ser una política local sostenida en el tiempo y de referencia para otros municipios de similares características. La elección también se debe a que, según nuestro criterio, se llevó adelante mediante un proceso de planificación exitoso por fuera de los estándares clásicos, a su vez, por la posibilidad de acceder a los datos a través del Observatorio implementado para proveer información. El corte temporal se definió en relación con los años que contempla el “Plan Estratégico” confeccionado por los responsables a cargo, coincidente con el primer período de la nueva gestión municipal, y por el comienzo de la Pandemia COVID-19 que condicionó el funcionamiento de las instituciones públicas de salud.

En el año 2016 el municipio de Merlo incorpora un equipo con experiencia en este campo para conducir una subsecretaría específica en la materia que, bajo el paraguas de la Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, se plantea generar nuevos servicios de asistencia a una población que aumentaba en demanda.

Los gobiernos locales se ven obligados a desarrollar nuevas capacidades de gestión en respuesta al contexto de descentralización de las políticas públicas y la proximidad con los problemas que afectan directamente a la población en tanto primer eslabón del Estado en el territorio. En este sentido, el municipio de Merlo toma la decisión de abordar los problemas de padecimiento mental a través de un área de alto nivel en su estructura con una estrategia de atención innovadora que tiene como un dispositivo central las Redes Comunitarias de Salud Mental. El hecho de ser pionera en otorgar al área el nivel de Subsecretaría Salud Mental y

Adicciones no es menor, pero su trascendencia radica en las nuevas prácticas y relaciones que genera para llevar adelante su misión.

Lo que este trabajo se propone es analizar el proceso de planificación que el equipo del municipio llevó adelante en gran medida apartándose de los esquemas y prácticas tradicionales en la materia. El examen de la experiencia permite reflexionar sobre la manera en que se planifican las políticas públicas e indagar sobre algunos aspectos relevantes de estas prácticas a nivel local.

En primer lugar, el momento de la planificación es marcado por su concepción política, esto es, por la construcción de los argumentos que le dan sustento a su comprensión de la realidad. La planificación no tiene sentido sin una hipótesis política que la structure. Los encargados de conducir una política construyen, de manera explícita o implícita una imagen objetivo, una situación deseada, que otorga dirección a su acción. Este horizonte marca el rumbo de la planificación, pero el mismo forma parte de un proceso en el que el actor construye su propia subjetividad a medida que actúa.

En segundo lugar, el contexto, el ordenamiento social donde se desarrolla su actividad, es un condicionante constante de la planificación. Ella es un proceso continuo que requiere una lectura permanentemente ajustada de la realidad en la que se entrecruzan tanto el diseño como la implementación. El campo en el que se actúa está conformado por un gran número de variables que la acción modifica muchas veces de manera inesperada y que, a su vez, modifican los cursos de acción asumidos. Todo este proceso requiere de una lectura constante de las situaciones que se atraviesan para poder avanzar hacia la situación deseada.

En tercer lugar, el diseño de productos públicos ocupa, desde el punto de vista que aquí se asume, un rol primordial en la planificación. Estos son la llave que permiten al actor lograr su cometido y generar el camino hacia la imagen objetivo. La actividad pública consiste en movilizar los recursos disponibles, organizarlos y disputarlos, para generar productos que permitan lograr los objetivos estipulados. En otras palabras, los productos son las herramientas disponibles que tienen los actores para transformar la situación.

En el siguiente apartado se presenta el marco teórico del estudio, profundizaremos estas ideas y las vincularemos a otros conceptos que utilizamos en el análisis del caso. Trataremos de reflexionar sobre el concepto planificación y expondremos sus características claves, tomando como punto de partida las ideas de Carlos Matus. Además, presentaremos el modelo de la Cadena de Valor Público como enfoque que nos ha permitido descomponer y examinar las

distintas dimensiones de la política seleccionada. Por último, propondremos algunas ideas sobre diseño de productos públicos y dispositivos de enlace.

A continuación se analizan los dos momentos que analíticamente se han distinguido en el desarrollo de la política de salud mental impulsada por la Subsecretaría de Salud y Mental y Adicciones del Municipio de Merlo.

En el capítulo dos, analizaremos el “momento fundacional” donde el actor (la Subsecretaría) se constituye como equipo de conducción, se posiciona en el campo y, a partir de su experiencia previa, comienza a delinear un Plan Estratégico para el Partido de Merlo. En este momento inicial nos interesa analizar los movimientos generados por la Subsecretaría para consolidar su planificación, así como la trascendencia de la argumentación y la historia del equipo en la generación de una hipótesis de la política y la importancia de la lectura situacional.

En el capítulo tres, proponemos abordar el “momento de experimentación y producción” donde lo planeado se traduce en una práctica efectiva que continúa planificándose. En tal sentido, se plantea un análisis de producción de la política y, relacionándola con el Plan Estratégico, se pretende considerar la efectividad de lo realizado mostrando cómo la estrategia seleccionada se va logrando. Además, se brinda una breve caracterización de la planificación operativa para llevar adelante la gestión de la política y su consistencia con la estrategia del Plan.

En el cuarto capítulo se expone un acercamiento al trabajo en red, dispositivo utilizado por la Subsecretaría para abordar el territorio. La focalización en este producto tiene la intención de reflexionar sobre esta metodología de trabajo y su importancia para la articulación interna y externa del actor.

El trabajo se cierra con una exposición final sobre el recorrido de la tesis para brindar las conclusiones principales que se han alcanzado.

Es conveniente aclarar que la presente tesis pone el foco en el análisis de la planificación de una política pública y no en la salud mental.

Capítulo 1: Marco Conceptual

El acercamiento al trabajo de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de Merlo permitió replantearnos algunas consideraciones sobre la planificación de las políticas públicas. El clásico Modelo Secuencial¹ (en adelante MS) se mostró insuficiente para describir y explicar el despliegue de la política analizada. La información reunida hace ver que la Subsecretaría no siguió las fases del MS.

El presente trabajo propone una reflexión sobre aspectos que, a nuestro entender, son necesarios para comprender el proceso de planificación, más allá de los enfoques y modelos que se utilicen.

En este apartado presentamos los conceptos que estructuran nuestra manera de interpretar las políticas públicas y, en particular, de aproximarnos al caso y entender su dinámica de planificación.

Comenzaremos con una reflexión sobre algunos aspectos que consideramos relevantes de la Planificación, destacando, por un lado, la importancia del análisis situacional constante y, por otro lado, la incidencia de los argumentos y de la práctica política. Luego, en función de la exposición del enfoque de la Cadena de Valor Pública, profundizaremos la noción de producción pública poniendo el foco en el diseño de productos y en el rol de los dispositivos de enlace.

Planificación, aproximación a una definición

La planificación es inherente a la actividad de las personas. Generalmente, todos establecemos parámetros para llevar a cabo una acción, lo hacemos constantemente en nuestra vida cotidiana, para ordenar las actividades de una semana, para realizar una compra u organizar un viaje. Sin embargo, cuando se aplica a las políticas públicas la definición tradicional resulta insuficiente, debe ser ampliada para hacer visibles otros aspectos propios a la práctica.

Cuando en este contexto se habla de planificación, se suele hacer referencia a la elaboración de planes, programas y proyectos e, incluso, estrategias (Ander Egg; 2002:1). Pero la planificación va un poco más allá de eso. Ella debe hacer referencia a dimensiones centrales de la actividad pública. Matus define la planificación en los siguientes términos:

“Planificar significa pensar antes de actuar, pensar con método, de manera sistemática; explicar posibilidades y analizar sus ventajas y desventajas, proponerse objetivos, proyectarse hacia el futuro, porque lo que puede o no ocurrir mañana decide si mis acciones de hoy son

¹ Ver Estevez, A. “El modelo secuencial de políticas públicas treinta años más tarde”.

eficaces o ineficaces. La planificación es la herramienta para pensar y crear el futuro. (...) O sabemos planificar o estamos obligados a la improvisación.” (1993:3)

En la primera parte de esta definición, el autor presenta la planificación como algo que se realiza antes de actuar y que debe hacerse con criterio, utilizando un método sistemático para hacerlo del mejor modo. Podría inferirse que se trata de un cálculo orientado a seleccionar las mejores opciones para una acción dada. La acción social supone intención, esto es, pretende modificar la realidad en un sentido deseado o producir un cambio deliberado (Bertranou; 2014). Desde la perspectiva del Estado, actuar es generar una intervención pública que puede asumir distintas escalas: plan, programa, proyecto o simplemente un movimiento. Para evitar la improvisación se debe haber realizado un cálculo previo: un estudio sobre las posibilidades de acción, la factibilidad de llevarlas a cabo y las consecuencias que implica.

Aunque la fuerza de la definición del autor chileno está en la segunda parte, en la idea de *crear el futuro*. Matus formula la pregunta “¿Nos arrastran o conducimos?” (1987:1) para responder que la planificación es el instrumento que poseen los sujetos colectivos para conducir un proceso social, el encadenamiento de los acontecimientos cotidianos, hacia una situación a la que se desea alcanzar. Llamaremos situación objetivo a este destino imaginario -y posible- creado por ese sujeto social.

Por lo tanto, una primera característica de la planificación es que permite otorgar la dirección a los acontecimientos para trazar un camino hacia el futuro deseado, evitando el *cómo sea* (el devenir propio de la situación). Matus, en otro pasaje del texto citado, define también la Planificación como “*un cálculo que precede y preside la acción para crear el futuro*” (1993:5). Presidir significa que la planificación conduce a la acción, la direcciona, ordena y traza el camino para la acción.

En relación con ello, el autor nos invita a “*tratar de ser conductores de nuestro propio futuro*” (1987:6) para no estar condenados a la improvisación en los momentos de tensión. Dicho de otro modo, planificar es crear una mediación entre el presente y el futuro, es decir, imaginar posibilidades del futuro para poder anticiparnos y planificar acciones en el presente que mitiguen consecuencias futuras no deseadas y fortalezcan las que lo son.

Si la idea es crear futuro y orientar -conducir- las acciones, se debe establecer una situación objetivo a la que se aspira a llegar. Esta situación es un constructo que permite proyectar un horizonte de acción en dirección trazada por esta situación². El actor crea una situación objetivo

² Jorge Sotelo (2016) define a las transformaciones que se pretenden lograr con la intervención como “marco de resultados” en base a la cual el actor moviliza sus recursos y conduce sus acciones.

con resultados esperables y moviliza sus recursos porque la situación actual no es para él aceptable, ve problemas en ella que lo impulsan a no dejarla como está, a actuar. Aquí, nos encontramos con otra característica de la planificación, se actúa sobre *problemas*.

Ander Egg, influenciado por las ideas de Matus, define la idea central de la planificación como un ““*hacer que ocurran cosas que, de otro modo, no habrían ocurrido*”, o de “*crear alternativas, allí donde antes no había nada*”” (2002:2-3). La planificación, por un lado, invita a la imaginación, a suponer aquello que no es tenido en cuenta, a innovar en las ideas, pero también llama a “ampliar los márgenes de acción” (“ampliar la cancha”, en la jerga de los actores) dotando al actor de mayor volumen político para dar viabilidad a lo que hoy no es posible.

En este marco, podemos afirmar que la idea de *crear futuro* es la de afirmar una *hipótesis política*³, donde el actor proyecta -planifica- que si actúa de tal modo (luego de haber realizado un conjunto de cálculos) ocurrirá tal efecto (si se hace A sucederá B). Una causalidad asociada a acciones deliberadas que, se espera, modifican la situación.

La potencia de la definición de Matus consiste en que *crear futuro* es un llamado a ordenar el camino de la acción con imaginación y creatividad transformadora de la realidad (con una intención manifiesta), con audacia y, sobre todo, con política. Entender dónde se desea llegar establece un horizonte que guía la acción. Jorge Sotelo (2008) lo llama a esto la función normativa de la planificación estratégica, aquella que define su trayectoria, objetivos y metas.

Si bien la definición de Matus nos resulta esclarecedora y pertinente, consideramos necesario complementarla con algunos señalamientos. El primero es la apreciación que realiza Henry Mintzberg (1999) en su análisis sobre el Management Estratégico. El autor declara que las organizaciones al momento de planificar, además de idear planes compatibles con sus objetivos (función normativa), se ven influenciadas por las acciones pasadas. Esto es, las organizaciones tienen un patrón de conducta en el tiempo, una coherencia en su accionar a lo largo de su trayectoria. Mintzberg destaca que en la planificación (la elaboración de la estrategia de una organización) hay un peso fundamental de la visión retrospectiva. Las acciones pasadas, su comportamiento frente a distintas situaciones generan una enseñanza, un aprendizaje, que

³ Definimos a hipótesis política como la articulación entre los objetivos del actor (su imagen objetivo) con los productos públicos para llegar a ellos. Es una construcción que genera el actor sobre cómo debe actuar para conseguir lo que desea (resultados). Trazado por una lógica causal, donde se realiza una interpretación sobre los resultados que dará esa acción. Daniel Hernández (2015) explica que cuando las políticas afirman esta relación entre la acción y el efecto más que verificarla lo que buscan es provocarla.

implica un nuevo pensamiento. En consecuencia, no siempre el pensamiento precede a la acción, sino que la acción también influye en el pensamiento. Al momento de planificar esta secuencia es clave porque la acción que se está planeando va a ir, generalmente, en concordancia con lo ya realizado.⁴

Un segundo señalamiento, vinculado con el anterior, es que planificar es un proceso continuo, que no termina en la elaboración del plan, sino que se retroalimenta con la implementación a través de reajustes necesarios de los medios, las actividades y los fines (Ander Egg; 2002:5) y, sobre todo, en la construcción de viabilidad política de los mismos. El cálculo precede y preside a la acción, pero el resultado de la acción puede trastocar la intención inicial y, así, llevar a generar nuevos planes. Son planes en constante movimiento.

Consideramos que estas observaciones son absorbidas por Matus en la función de la planificación de “presidir” la acción, pero es necesario destacarlas. No sólo se preside la acción cuando un actor la ordena y le otorga dirección, también las acciones pasadas lo hacen cuando inciden sobre la acción presente que se ajusta al patrón o lo transgrede. La planificación es un momento siempre presente de la política, no es una etapa que se concluye, sino una que es retomada -y modificada- constantemente. Es el momento fundacional que marca el resto de la política, sobre el que siempre se vuelve para transformarlo.

La Planificación y el modelo del ciclo de políticas

El ciclo de políticas es un modelo analítico que estudia el proceso de las políticas públicas descomponiéndolo en fases secuenciales en un ciclo que se retroalimenta (Ver Imagen N°1). Este modelo se configuró a partir de la aplicación del modelo económico de la decisión optimizadora al estudio de las políticas con la intención original de dotar la toma de decisiones de los funcionarios públicos de un mayor rigor y racionalidad. Las decisiones debían ser racionalizadas para maximizar las preferencias quienes las toman, asumiendo una lógica similar al de un agente en el mercado. Para ello, el modelo propone etapas por las que transcurren -o deberían transcurrir- las intervenciones públicas. A continuación, se explican brevemente:

- **Diagnóstico:** La problemática ha ingresado en la agenda pública lo cual implica que el gobierno considere actuar sobre ello. Lo primero que se debe hacer es investigar el problema en cuestión, conocerlo, delimitarlo, etc. Hay un procesamiento sobre el problema

⁴ En el apartado siguiente y en el de Diseño de Productos retomaremos esta idea clave para nuestro análisis.

para precisarlo. El diagnóstico posibilita una interpretación de la situación actual. Además, propone una situación tendencial sobre la misma para comprender el posible devenir.

- **Formulación:** En función de las preferencias del decisor político, esto es, de conocer sus principales objetivos y valores que éste desea realizar a través de la política. Se comienzan a desarrollar las propuestas de acción para abordar el problema. En tal sentido, la formulación de alternativas es abordada mediante el estudio de las variables en juego, los recursos disponibles y los objetivos priorizados.

Se realiza un exhaustivo examen de las alternativas posibles para solucionar el problema; se utilizan técnicas que permitan mejorar el desempeño (estudios de costo-efectividad y costo-beneficio), se experimenta con las alternativas consideradas cuando es posible. Se trata de un trabajo riguroso para enumerar y jerarquizar las alternativas posibles.

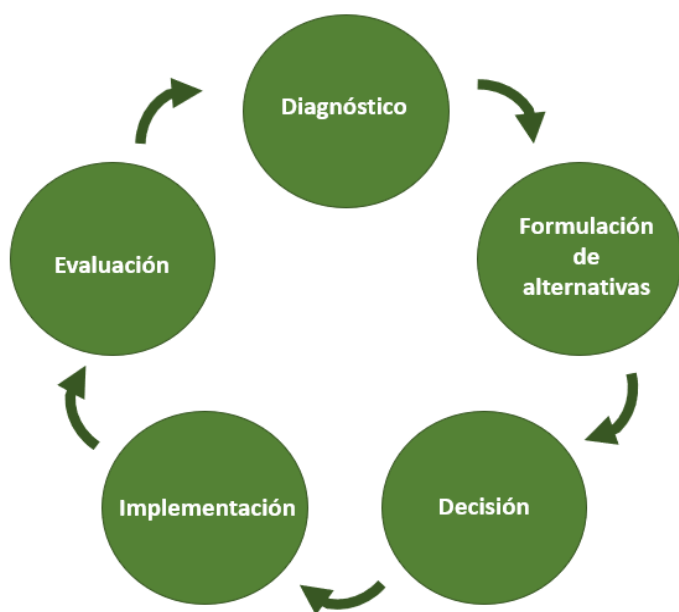
Esta jerarquización se realiza a partir de modelos que permiten la comparación (basado en criterios y contemplando los objetivos del decisor) que posibilitan evaluar costos y beneficios relativos para seleccionar la mejor alternativa.

- **Adopción de la política (Decisión):** En función del análisis realizado el funcionario público toma la decisión sobre el curso de acción a ejercer para revertir el problema. Se la considera una elección legítima dado que está basada en un estudio riguroso del tema, no se trata de una intuición, es una decisión que se sostiene sobre evidencia racional.
- **Implementación:** La burocracia debe transformar en acciones concretas la decisión tomada. La ejecución práctica debe implementar la decisión.
- **Evaluación:** Los resultados obtenidos se deben someter a una evaluación a los fines de determinar si la política ha sido efectiva. Este procedimiento, además, proporciona evidencia para reflexionar y retroalimentar el ciclo.

En el MS se puede apreciar que la planificación se desenvuelve en las primeras etapas. Específicamente en el diagnóstico para interpretar la situación actual y en la creación de alternativas viables que posibilitan al decisor tomar la elección racional -en base a sus preferencias- sobre el curso de acción a seguir para abordar el problema que ingresó en la agenda de gobierno. A la vez, se observa una clara distinción entre formulación e implementación. Más aún, la formulación implica el proceso al que el modelo otorgó mayor relevancia en sus inicios, desarrollando una amplia variedad de instrumentos para esta fase.⁵

⁵ Más tarde comenzaron a expandirse los estudios y los instrumentos para la implementación de las políticas. Ejemplo de ello son “Implementación” de Pressman, J. y Wilsavsky, A. (México. Editorial: Fondo de Cultura Económica. 1998) y “La implementación de las políticas” de Aguilar Villanueva, L. (México. Editorial: Miguel Ángel Porrúa. 2007).

IMAGEN N°1. MODELO SECUENCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS.



Fuente: Textos “El modelo secuencial de políticas públicas treinta años más tarde” de Alejandro Estevez (S/D) y “Revalorización de la Planificación del Desarrollo” de Luis Lira (2006).

Nos interesa ahora reflexionar sobre algunas dimensiones de la planificación tomando el MS como punto de partida con el objetivo de ampliar y complementar la mirada que este propone en el análisis de la producción de políticas públicas.

Hemos sostenido que la planificación es un proceso constante, en el que la formulación y la implementación se solapan continuamente, al igual que otras fases. Henry Mintzberg (1999) critica al tipo de análisis que parte del supuesto de que la acción sigue de un cálculo racional, cristalizando así una tajante división en la organización entre los que “piensan” de los que “hacen” y la visión positivista en la que un sujeto planifica por fuera del objeto (la situación), escindido de ella. El autor expone que pensamiento y acción estén estrechamente asociados:

“Detrás de la misma distinción entre formulación y aplicación se esconde un conjunto de premisas muy ambiciosas: que el entorno siempre puede ser comprendido, en la actualidad y para un lapso que se prolonga bastante en el futuro, ya sea por parte de los directivos superiores o por algún medio que se los transmite; y que el entorno mismo es suficientemente estable, o al menos predecible, como para asegurar que las estrategias que se formulen hoy seguirán siendo viables después de su aplicación.

En un ambiente inestable o complejo, esta distinción debe derrumbarse de alguna manera. O bien el que formula tiene que convertirse en el que aplica, o viceversa. En otras palabras, pensamiento y acción deben ir en tándem, estrechamente asociados.” (1999:62)

La idea de la planificación como un sistema integrado y continuo es central para nuestro recorrido. Hay retroalimentación y aprendizaje siempre que hay prácticas efectivas. Si el MS integra la planificación como fase del ciclo de las políticas, parece más adecuado definirla como una dimensión que atraviesa todo el proceso de manera continua. La planificación es el

momento en que una organización (actor social) reflexiona, analiza y estudia sus movimientos a generar con el fin de modificar la realidad en un sentido intencionado. Para ello moviliza tanto saberes teóricos sustantivos sobre el fenómeno mismo en el que se interviene⁶ como saberes procedimentales sobre los procesos y las técnicas para generar esa intervención (Lira; 2006:16).

Cuatro aspectos destacados del proceso de planificación

Asumiendo estos supuestos proponemos centrarnos en cuatro aspectos relevantes en el proceso de planificación. Ellos representan la idea de que el actor -en función de una interpretación de la realidad y en la que cree representar algo valioso- planifica inmerso en un ordenamiento social que tiene sus propias reglas y otros actores que lo disputan. Es aquí donde trata de ampliar sus márgenes de acción, buscando viabilidad para los objetivos estratégicos vía su capacidad política, aunque es probable que el propio contexto le imponga condiciones a sus movimientos obstruyendo su gobernabilidad. A continuación, ahondamos y desglosamos este razonamiento.

Planificación y análisis situacional

Un primer aspecto, es el que el MS identifica como diagnóstico y que Matus denomina análisis de situación. Toda política supone el recorte de su campo de intervención u ordenamiento e involucra el análisis de las situaciones que enfrenta (Hernández; 2018a)⁷. El concepto de *campo* remite a un espacio social de acción en el que distintos agentes ocupan posiciones que expresan y están determinadas por relaciones que establecen entre ellos y el capital de que disponen para actuar. Por su parte, cada campo tiene sus propias reglas que determinan la distribución y acumulación siempre desigual de capital. Un campo es “*una configuración de relaciones entre posiciones cuya estructura está dada por la desigual distribución del poder entre estas posiciones*” (Bourdieu y Wacquant; 1995:64).

La planificación inicial de una política es un momento central para definir el modo en que el actor delimita el campo y analiza su situación. La lectura del campo no sólo le permite estudiar la distribución del capital entre los principales actores⁸ y su propia posición en el mismo, sino

⁶ En la planificación este conocimiento puede estar referido a un sector de actividad económica (agrícola, industrial, etc.), a un territorio (localidad, región, cuenca productiva, etc.), a un grupo social (juventud, tercera edad, jefas de hogar, etc.) a un ámbito de acción (educación, salud, desarrollo rural, etc.) o al desarrollo integral de un país. Luis Lira (2006:15).

⁷ En el trabajo se utilizará los términos “campo” y “ordenamiento social” como sinónimos.

⁸ Daniel Hernández (2018a) expone que existen distintos tipos de capital: a) capital político: capacidad legítima que tienen los actores de tomar decisiones; b) capital económico: recursos financieros para movilizar; c) capital técnico: conocimientos para llevar adelante ciertas producciones; d) capital organizacional: capacidad de organizar actividades complejas y; e) capital comunicacional: capacidad de acceder a una gran masa de la población con los mensajes adecuados.

también comprender la complejidad de la realidad que pretende modificar. Cualquier intervención en un ordenamiento social está atravesada por la incertidumbre y de lo que se trata es de generar mayor previsibilidad.

Queda claro por las definiciones precedentes que el ámbito en el que se pretende realizar la acción involucra a distintos actores. Aquí radica una de las mayores críticas al MS. Giandomenico Majone (2014) sostiene que la planificación tradicional supone la existencia de un único tomador de decisiones (o un grupo cohesionado), a partir de ello se presenta una sola respuesta válida para el problema: *“El modelo de elección racional que se encuentra detrás de este enfoque ha sido elaborado para un individuo que desea ser congruente y lo prueba en la forma como ordena sus preferencias y evalúa las probabilidades de los eventos inciertos.”* (2014:45). El autor italiano destaca que el MS omite el conflicto entre actores de un campo de política. El diagnóstico científico y riguroso del MS se muestra débil para analizar situaciones en las que intervienen varios actores con distintos objetivos.

En la misma línea, Charles Lindblom (1992) que asume también como punto de partida la presencia de una pluralidad de actores, con valores y objetivos diferentes, argumenta sobre la debilidad del criterio de racionalidad del MS para dar cuenta de esta realidad cotidiana en cualquier política. En toda decisión política relevante hay valores en conflicto y la selección de uno de ellos por encima del resto conduce a que los otros se vean perjudicados. La diversidad de perspectivas hace difícil una jerarquización clara de los valores hasta para el propio actor que toma la decisión. A la vez, hay distintas alternativas y ninguna es más racional que otra porque son distintas posiciones sobre el problema, las mismas representan distintos valores. Lindblom afirma que no hay una racionalidad única que permita asumir que la decisión de un actor exprese el interés general. Que sea en cada caso este interés es algo que se dirime en la arena política y no en el plano de una racionalidad que la trascienda. El decisor asume esa alternativa como la mejor para ese momento desde la perspectiva de una convicción política. Además, no es posible para el decisor identificar y evaluar todas las alternativas disponibles para realizar esta jerarquización por lo que éste suele tomar decisiones en función de las opciones restringidas que se le presentan.

También Matus (1993) critica al MS afirmando que el concepto de diagnóstico se limita solamente a una lectura de un único actor que se propone como válida para todos. El MS omite así el conflicto político en la interpretación de las situaciones. Como alternativa al diagnóstico propone la explicación situacional que busca comprender la visión de la realidad de los distintos actores, esto es, interpretar cómo razonan los demás actores sobre una realidad que

significa cosas distintas para ellos. Lo que para algunos son problemas, para otros son beneficios u oportunidades. En consecuencia, el análisis situacional amplía la visión, la realidad no es sólo como el actor cree, también es lo que los demás creen. El economista chileno afirma que el análisis situacional permite precisar la posición que asume quien interpreta la realidad, al igual que en el diagnóstico del MS, pero incorpora además las explicaciones del resto de los actores del campo que interpretan la situación y actúan a partir de su posición en el campo y sus intereses. Esta forma de análisis ayuda a entender las asimetrías que existen en las interpretaciones sobre la realidad: “*Explicaciones distintas sobre una misma realidad no sólo significan distintas respuestas a las mismas preguntas, sino distintas respuestas a distintas preguntas.*” (1993:17).

La complejidad social da lugar a un sinfín de posibilidades de sucesos y a una variedad de interpretaciones sobre ellos. Julián Bertranou (2014), utiliza el concepto de “racionalidad limitada” de Hebert Simon para explicar que el conocimiento de la realidad por parte del actor es siempre parcial. Ningún actor en el ordenamiento conoce todo, siempre hay algo de incertidumbre. La lectura parcial de la realidad que este realiza no es neutral, está guiada por una selección de valores e intereses que marcan su posición en el campo (Lindblom; 1994)⁹.

El actor, cuando planifica, interpreta su entorno. Para ello debe reconocer que en él intervienen otros actores que piensan distinto, movilizan otros recursos y, además, también planifican. Puede prever una serie de posibilidades, nunca todas, sobre los movimientos de los otros; pero debe tener una noción de cómo piensan, cómo se mueven en el ordenamiento social, anticiparse a futuras reacciones. Es en este marco donde radica la importancia de la acción política: ¿cuáles son las posibilidades de ampliar el margen de acción propio con respecto a los otros actores?

Planificación y política

Este último interrogante nos conduce a analizar un segundo aspecto: la planificación es *política*. Es política en tanto preside la acción y en tanto el actor construye la viabilidad de sus acciones.

La situación objetivo, como reconoce también el MS, guía la acción, marca las intenciones de los movimientos. El actor moviliza sus recursos para otorgarle realidad a ese curso de acción deseado, guiado por la intención de alcanzar dicha situación. La planificación es la herramienta política del actor para ordenarse e ir a disputar el campo en busca de sus objetivos, ella permite

⁹ Vale señalar que dicha observación de Charles Lindblom es referida a la imparcialidad que asumen ciertos investigadores de políticas. Asimismo, entendemos que puede adoptarse a los intereses con los que se moviliza un actor en el campo.

organizar la manera en que se posicionará en ese ordenamiento, cómo movilizará sus recursos, cómo ganará viabilidad para sus acciones. En otras palabras, cómo será su estrategia inicial. Como señala Bertranou: *“la planificación es el principal componente de la capacidad de gobierno.”*¹⁰ (2014:5).

Cuando se inicia la acción el actor se enfrenta a unas situaciones en donde otros actores juegan según sus propios intereses que no tienen porqué coincidir con los suyos. Enfrenta así el conflicto político. El plan no es solo una previsión sino que *“se completa en la acción”* (Matus; 1993:61), allí donde los otros manifiestan sus propósitos, se enfrentan con las propias intenciones, las apoyan, muestran indiferencia. En este marco el actor experimenta sus limitaciones para actuar y modificar situaciones, experimenta la carencia de recursos críticos para avanzar en el campo. Los planes, señala Matus (1993), son siempre duales, se componen por dos partes: a) las operaciones que puede desarrollar el actor dada su capacidad de acción y; b) las demandas de operaciones, esto es, aquellas operaciones que solo es posible realizar en cooperación con otro/s actor/es. Además de conducir sus propias operaciones el actor debe lograr que otros actores realicen las que él necesita para abordar los problemas que forman su agenda¹¹.

En la misma línea, Sotelo (2013) destaca también la importancia de la capacidad política del actor para llevar adelante su plan¹². De naturaleza distinta que la capacidad administrativa (asimilada comúnmente a capacidad estatal), es un requisito indispensable para la gestión de los conflictos que pueden condicionar el rumbo que se desea imprimir a la realidad. La capacidad política consiste, no sólo en guiar el camino, de por sí sinuoso y complicado, sino en hacerlo viable.

“El concepto de capacidad política debe preservar la tensión original de la palabra “política” que remite tanto a las reglas de juego que intentan ordenar el campo de lo público como al terreno incierto de la contingencia que lo desordena. El plano de los mecanismos institucionales que regulan la vida política, como el sustrato de puja, litigio y conflicto que lo sustenta. Esto implica reconocer no sólo el carácter conflictivo del orden social sino también que el campo de la acción política, a pesar de los esfuerzos de la razón, mantiene un fondo irreductible de incertidumbre e indeterminación que frecuentemente pone en riesgo la tarea de gobierno.” (2013:54)

¹⁰ Capacidad de gobierno es la “experticia” para conducir. Es una capacidad de conducción o dirección y se refiere al acervo de técnicas, métodos, destrezas y habilidades de un actor y su equipo de gobierno para conducir el proceso al logro de los objetivos. Bertranou (2014).

¹¹ Matus realiza una diferencia entre Operaciones de Producción (OP) y Operaciones Constructoras de Viabilidad (OK). Las primeras son seleccionadas para atacar los nudos críticos de un problema y así modificar la situación problemática, mientras que la segunda son un instrumento para construir viabilidad a las OP.

¹² Sotelo retoma el concepto desde las definiciones de Repetto (2003) y Grindle (1996) y explica que los autores enfatizan en los siguientes aspectos de la capacidad política: a) respuesta adecuada a las demandas sociales, b) representación de los intereses sociales, c) participación social en las decisiones y, d) mediación en los conflictos.

La situación que generan actores con diferentes perspectivas en un campo siempre incierto hace necesaria la capacidad política para lidiar con los conflictos que pueden obstruir el rumbo deseado. La planificación no solo es planificación normativa, la que traza el curso de acción que conduce a la situación objetivo, es también “paragógica”, término con el que Sotelo se refiere al “*manejo cotidiano de situaciones conflictivas que posibiliten la concreción de un camino que no necesariamente será el previsto.*” (2008:157). Son dos caras de una misma moneda, pero con funciones diferentes.

Esta segunda cara de la planificación tiene como protagonista la acción política. El actor debe persuadir a otros para conseguir lo que necesita de ellos (demandas de operación), pero, además, debe lidiar con el conflicto latente que existe en el campo y que puede obstruir el camino planeado para construir viabilidad a la acción, ampliar el margen de acción del actor.

Planificación y gobernabilidad

El tercer aspecto a destacar del proceso de planificación es que el ordenamiento no sufre cambios sólo por los resultados de la acción deliberada del actor, hay factores no previstos, sucesos externos determinantes de la situación que conducen a consecuencias no previstas - muchas veces no deseadas- de la acción. Desglosemos un poco esta idea.

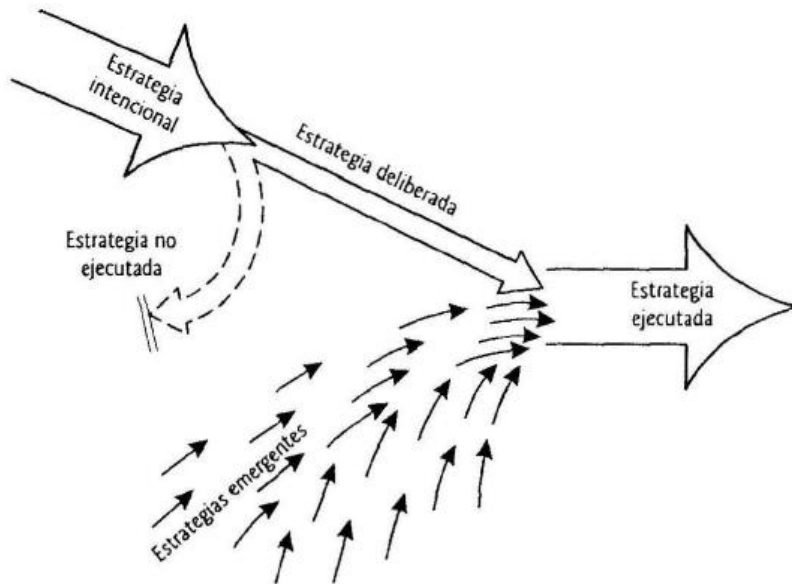
Julián Bertranou señala que las consecuencias no previstas “*se producen por la existencia de modelos incompletos de la realidad, que hacen que factores no previstos intervengan los resultados esperados*” (2014:6). El conocimiento limitado del actor sobre el ordenamiento hace que a medida que actúa descubra resistencias que no tenía en cuenta, variables importantes que no había observado o a las que había prestado poca atención, la falta de un recurso clave, etc. Factores de este tipo influyen en el resultado que se busca, pero también en la propia acción haciendo que ésta cambie. La presencia de este rasgo destaca la relevancia de la función paragógica de la planificación a la que hicimos referencia en el punto anterior.

Henry Mintzberg (1995) es quien más ha insistido en la importancia de éste aspecto; para él la política debe ser analizada desde dos puntos de vista: por un lado, la acción intencional, lo que se desea hacer para solucionar una problemática, la estrategia deliberadamente definida para accionar sobre el problema, en otros términos, la mirada prospectiva de la política. Por otro lado, lo que realmente se hizo, la interpretación que se hace de las realizaciones que se suceden en el campo, la mirada retrospectiva que se vuelve sobre los flujos de acción. Si a las primeras las llama políticas intencionales, a estas últimas las denomina *políticas efectivas*.

El punto de partida de Mintzberg es siempre la política efectiva, los patrones o pautas de acción que ella revela. La congruencia que la acción muestra a través del tiempo y a partir de lo que

efectivamente se hizo es la verdadera estrategia de un actor. La estrategia entendida como política efectiva o patrón de acción es, en una proporción variable el resultado de *políticas deliberadas*, o sea, políticas que fueron intencionalmente buscadas, combinadas con *políticas emergentes*, que se desarrollan sin que el actor se las proponga o las haya previsto.

IMAGEN N°2. POLÍTICAS EFECTIVAS.



Fuente: “Una estrategia emergente para la política pública” H. Mintzberg (1995).

Entender los factores no previstos como política emergente permite abordar la complejidad del proceso de planificación y evitar reducirlo sólo a lo que el actor hace. También posibilita destacar un conjunto de conceptos claves para su desarrollo como el de gobernabilidad y el de viabilidad.

El actor se mueve en un campo que en gran medida escapa a su control, tiene una *governabilidad* limitada, entendiendo esta como el grado de control que tiene el actor sobre los factores que inciden en el problema o, en términos de Sotelo, “*como la relación de peso entre las variables que controla y no controla un actor con relación a su plan*” (1997:29). Desde el punto de vista del actor el campo está conformado por variables “condición”, aquellas que están fuera de su control; variables “instrumento” que se encuentran bajo su control; y “de control compartido” en las que el actor tiene cierta capacidad de influencia. El actor que planifica debe evaluar que variables decisivas controla, en cuales tiene ciertos niveles de incidir y cuales están fuera de su gobernabilidad.

La construcción de viabilidad implica ganar mayor gobernabilidad en las variables compartidas y crear las condiciones para poder en un futuro influir sobre las que no controla. Esto es “ampliar la cancha”.¹³

La construcción de viabilidad y la ampliación del campo de gobernabilidad del actor se realiza sobre las políticas efectivas. De lo que se trata es interpretar el flujo de acción en marcha, descifrar ese curso encadenado de acontecimientos y analizar las variables que lo condicionan, las que podemos controlar y aquellas en las que podemos influir. La planificación consiste más en redireccionar cursos de acción existentes que en comenzarlos *ex novo*.

“En efecto, se trata de una actividad que no consiste tanto en seleccionar nuevos problemas como de modificar prioridades ya definidas; implica no tanto asignar recursos o responsabilidades cuanto de reasignar lo que ya ha sido distribuido; se enfrenta más a la tarea de redefinir alianzas preexistentes que establecerlas desde el inicio.” (Hernández; 2015:1)

Solo en casos muy excepcionales un plan comienza desde cero, lo frecuente es que los actores se sumergen en un campo ya consolidado y en movimiento, razón por la cual es fundamental decodificar el patrón de acción del ordenamiento para poder redireccionarlo. El conflicto que encierra todo plan es por la dirección que se le piensa imprimir a ese curso de acción. La planificación es darle orden a ese flujo de acción.

Las ideas importan

El último aspecto al que deseamos referirnos se vincula al mundo de las *ideas* y los *argumentos*. Estos atraviesan toda la vida de la política, desde la planificación hasta su cierre y son fundamentales en el proceso de constitución del propio actor que planifica.

Ideas y argumentos definen y estructuran las políticas públicas, estas “*influyen fuertemente en la actividad política, en los objetivos que se plantea, en las estrategias y los instrumentos que se adoptan.*” (Hernández; 2018b:2). Las políticas son, de manera explícita o implícita, teorías sobre la realidad, la intervención del actor es una interpretación de la situación, ellas siempre forjan ideas que orientan su acción. Lo mismo hacen los otros actores relevantes del campo. Las políticas son disputas prácticas en torno a la interpretación de la realidad en las que los actores se diferencian y conforman como tales. Al actuar también debaten posiciones y argumentos, diferentes maneras de comprender la realidad en la que están implicados.

¹³ Es importante señalar que Matus (1993) enumera una serie de posibilidad para ganar viabilidad sobre las operaciones del plan. A partir del estudio de los actores relevantes del campo (sus motivaciones, intereses, afinidades y recursos) se pueden utilizar medios tácticos para construir viabilidad, entre los que se destacan: a) persuasión; b) negociación; c) coacción y; d) confrontación.

Lo que está en juego en esta discusión no son solo afirmaciones sobre cómo son las cosas en un determinado campo sino también valoraciones de lo que es importante en él. Las políticas buscan la realización de valores públicos, entendiendo por ellos aquellos aspectos de la realidad que los actores consideran importantes como principios de organización de las relaciones en el campo. Son públicos en tanto los actores comprometen recursos estatales para su realización. Valioso es, entonces, aquello que es relevante para la vida social desde el punto de vista del interés colectivo definido por un actor al punto que es necesario movilizar los recursos del Estado para lograr su realización.

La definición de lo que es un valor público resulta de las disputas entre proyectos políticos en los que entran en juego las distintas interpretaciones de los actores:

“(...) lo que se considera un valor público es una situación social que un proyecto político afirma como valiosa en discusión con otros proyectos y miradas en pugna. (...) Lo que los hace valiosos es la incorporación a un proyecto por parte de un actor político que afirma su valor para la sociedad y elige las formas que considera más adecuadas para realizarlos.” (Hernández; 2015:3).

En este marco, la planificación está siempre atravesada por debates, tomas de posición, en torno valores públicos; *“la política pública está hecha de palabras. En forma escrita u oral, la argumentación es esencial en todas las etapas del proceso de formulación de políticas.”* (Majone; 2014:31). Éstas no solo son importantes en el momento de formulación, también lo son para su sostenimiento y para la atracción de aliados y simpatizantes.

Los argumentos son un instrumento del actor que disputa el campo. En los inicios de la política los mismos ayudan a clarificar la posición del actor frente a los problemas, y se utilizan para justificar una la implementación de una política, es decir, constituyen el sustento conceptual que estructura y legitima las intervenciones propuestas sobre los problemas.

Pero los argumentos son también importantes para defender la política cuando está ya en marcha. En palabras del autor italiano: *“El análisis, sigue siendo necesario después de haber elaborado la política, con objeto de proporcionarle una base doctrinal, aumentar el acuerdo, responder a las críticas, descubrir nuevas implicaciones y mejorar su compatibilidad con otras políticas.”* (1992:347).

Los argumentos contruidos son una herramienta del actor para persuadir a otros actores, a beneficiarios o al público en general, para que acepten y apoyen la política. El actor construye argumentos y evidencias sobre sus posiciones al fin de convencer al resto en los debates, a la vez, legitimar su accionar y también ampliar el campo de gobernabilidad para sus acciones.

En tal sentido, a través de este recorrido de acciones y debates es que el actor se va construyendo. Las acciones que va realizando, y argumentando, son parte de la construcción de su historia, un actor no sale igual de un conflicto y un debate, en el que evoluciona o se deshace.

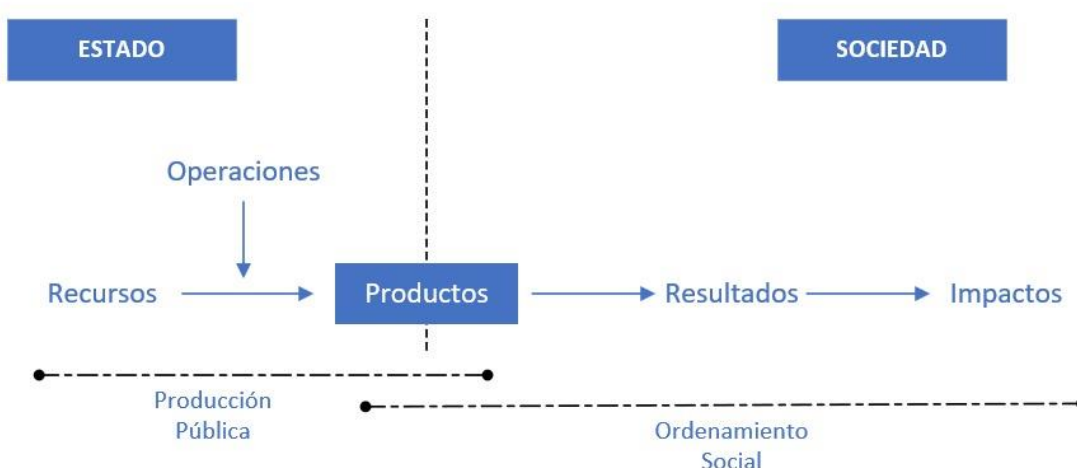
Las ideas son parte constitutiva de la planificación de las políticas, las interpretaciones que el actor realiza sobre la situación, su creación de hipótesis de política, así como también su conducción del proceso de planificación continua se ve signado por un núcleo de ideas que va desarrollando en su accionar, en su patrón de conducta y su historia política. El actor se va construyendo a sí mismo.

La planificación y el modelo de la Cadena de Valor Público

El modelo de la Cadena de Valor Público (CVP) es una herramienta para el análisis de políticas que permite abordar la planificación incorporando los aspectos destacados en el apartado anterior más plenamente que el MS.

En su forma más simple (Imagen N°3) la CVP representa las políticas como procesos de transformación de *recursos* en *productos* a través de *operaciones* que buscan producir efectos (resultados e impactos) en el ordenamiento social en el que intervienen. La línea de puntos vertical divide esta cadena de valor en dos cuadrantes: el de la izquierda representa a la actividad de producción estatal, la transformación de recursos en productos; el de la derecha los efectos que estos productos generan en el ordenamiento social.

IMAGEN N°3. CADENA DE VALOR PÚBLICO.



Fuente: Textos de Daniel Hernández y Jorge Sotelo.

Pese su simpleza, o por ella, el modelo de la CVP es una potente herramienta para el análisis de políticas que permite prestar atención a sus principales dimensiones para colaborar con el planificador en la organización, conducción y evaluación de sus acciones.

“No se trata de un método. No define pasos y técnicas que, bien aplicadas, nos conduzcan a la meta del conocimiento de las políticas. Se trata más bien de un mapa que selecciona los territorios a explorar y las referencias imprescindibles para no perdernos en el intento.”
(Hernández; 2015:1)

El eje del modelo radica en la comprensión del Estado como una red de procesos productivos, es decir, a través de él no solo se regulan comportamientos sino que además se producen bienes y servicios para ordenar las conductas sociales. El enfoque invita a hacer visible la producción estatal que como la producción del sector privado configuran los distintos ámbitos de la vida social. A diferencia de la empresa privada, sin embargo, la finalidad de la producción estatal no es la obtención de beneficio sino la realización de valor público.

El análisis de ordenamientos sociales (campo)

En el cuadrante de la derecha, el de los efectos de la producción pública sobre el ordenamiento social, lo que encontramos son *problemas*. Las políticas surgen porque hay actores que los identifican y movilizan recursos estatales para modificarlos.

Los problemas son construcciones que hacen los actores en el mundo social. Ante una situación de inconformidad toman posición y declaran una distancia entre el ser y el deber ser, entre la situación actual y aquella en la cual ese aspira a estar a partir del valor que afirman. Otros actores pueden tener otra posición ante el mismo fenómeno.

“(...) los problemas sociales no tienen una sola solución correcta que es reconocida y aceptada como tal por todas las partes contendientes que son afectadas por el problema o tienen una opinión fuerte sobre él.” (Matus citando a Mitroff; 1987:237).

Los diferentes valores e ideas sobre la vida social se reflejan en las distintas posiciones que los actores asumen en el campo. Lo que para unos es un problema para otros puede ser un beneficio. No hay problemas absolutos sino problemas para alguien. Transformar una situación en problema implica definirla como “inaceptable” y compartir esa definición con otros conformando un colectivo que asigna un interés positivo a su solución, pero también se la define como “evitable”, esto es, que puede ser modificada si se actúa sobre las causas que la producen. Los problemas son distancias evitables y en sus causas es donde se encuentra la llave a su “solución”.

Matus ubica los problemas en tres planos diferentes del ordenamiento social: el de su genoestructura, en donde se identifican problemas relativos a las reglas de juego del campo; el de la fenoestructura, en el que se ubican los problemas de acumulación o des-acumulación de

capacidades de acción y el de los flujos de producción, donde se agrupan los problemas relativos al desempeño del actor. Los planes suelen combinar problemas de estos tres tipos, aunque algunas estrategias se centran más en la transformación de las reglas de juego del campo, otras en la acumulación de capacidades y otras en la mejora de la producción, con grados de dificultad diferentes. En una situación dada hay siempre una pluralidad de problemas de distinto tipo vinculados casualmente entre sí. Las situaciones que se presentan en cada campo se conforman como una red de problemas relacionados como causas y efectos.

El análisis de ordenamientos sociales supone la construcción de modelos explicativos de la situación que el actor elabora, explícita o implícitamente, al abordar el problema de política que selecciona en su estrategia. En su análisis, asocia este problema a otros hasta conformar una red de problemas relacionados causalmente a partir de la cual formula y valida hipótesis explicativas que le permiten seleccionar variables causales claves en torno a las cuales organiza su acción. El actor, sea o no consciente de ello, construye una teoría de la situación.

Un modelo causal robusto selecciona el conjunto de causas relevantes e interrelacionadas cuya modificación es suficiente para producir esta transformación. La situación objetivo de un plan no es sino ese conjunto de problemas situados en un tiempo futuro una vez que han sido alterados en el sentido deseado. Esta situación objetivo se irá especificando, enriqueciendo y recreando a través de la implementación efectiva de la política.

La producción pública

El análisis de problemas, la construcción de modelos causales, la formulación y verificación de hipótesis de política, la representación de la situación objetivo, forman parte de lo que la CVP ubica como el cuadrante de la derecha del gráfico propuesto. Allí el actor, no conforme con la situación del ordenamiento social comienza a planificar para intervenir en ella, es decir, proyecta una imagen objetivo y actúa guiado por una hipótesis política para realizar las transformaciones deseadas expresadas como conjunto de resultados e impactos a lograr. En ese cuadrante se recorta el ámbito de los problemas sociales y los objetivos de política, allí gobierna la complejidad y la incertidumbre que el actor a través de la planificación estratégica busca reducir.

Pero el actor analiza ordenamientos sociales para intervenir en él y en la CVP esa intervención es entendida como producción. La estrategia del actor altera las variables claves de la situación a través de su producción. Los *productos públicos*, aquellos que se realizan utilizando recursos

estatales, pueden clasificarse en bienes, servicios, transferencias¹⁴ e inversiones de capital (infraestructura). Es mediante ellos que el actor busca alterar favorablemente las variables-problemas para conseguir los resultados esperados. Ellos son el nexo que vincula al Estado y la sociedad. Los Productos que “salen” desde el Estado para insertarse en el ordenamiento social y modificarlo.

La producción pública está siempre acompañada por regulaciones que prohíben, obligan, promueven y desalientan comportamientos de personas y grupos sociales. Sotelo (2016) llama a estas regulaciones “medidas políticas”, refiriéndose tanto a las Regulaciones propiamente dichas (instrumentos normativos formales) que marcan comportamientos de manera coactiva y permanente y, las Disposiciones orientadoras (no necesariamente son instrumentos formales) que inducen o promueven a comportamientos. La importancia de ambas es que imponen reglas de juego (tanto para el campo como para la acción estatal).

Hernández (2015), por su parte, señala que la actividad regulatoria es difícilmente separable de la producción; toda la producción pública tiene por propósito incidir en los comportamientos. En función de la definición de Anne Schneider y Helen Ingram en que las políticas públicas “*buscan lograr que la gente haga cosas que de otra manera no haría o capacitarla para que haga cosas que no podría haber hecho sin ellas*” (Hernández; 2020:8) el autor afirma que los productos también tienen como finalidad producir un cambio -o sostener- en las conductas de las personas o instituciones. A la vez, que declara que la acción regulatoria necesita de producción pública para ser efectiva¹⁵.

Los productos públicos, continúa Hernández (2020) no solo se definen a partir de su carácter material de bienes, servicios, transferencias y/o infraestructura. Para comprender su naturaleza es necesario entenderlos en términos relacionales. Un producto público se muestra como tal cuando se lo vincula con el actor que lo produce y con sus usuarios o más precisamente con las conductas que este busca modificar¹⁶. Toda producción pública está organizada en torno a una

¹⁴ Es preciso aclarar que Jorge Sotelo distingue a la transferencia como una faceta de distribución del Estado en la que “*no hay un proceso de producción propiamente dicho (combinación y transformación de insumos en productos), sino más bien un proceso de traslación*” (2016:5). Asimismo, por la definición de Producto que realizaremos creemos conveniente incorporarlas.

¹⁵ Ambos autores exponen la producción y la regulación deben ser direccionadas por el pensamiento estratégico del actor. Dicha característica ya desarrollada en el apartado anterior.

¹⁶ Los productos pueden incidir en las conductas de diferentes maneras; por ejemplo, el modelo COM-B utilizado originalmente en políticas de salud (Capabilities, Opportunities and Motivation que condicionan conductas -Behavior-) postula que la producción pública puede operar sobre las *capacidades* de los usuarios -contribuyendo al desarrollo de habilidades o el manejo de información-; sobre las *motivaciones* -brindando incentivos positivos

hipótesis acerca de cómo y porqué ese producto en particular -en realidad siempre una combinación de productos- incidirá en la conducta de los usuarios que se definen como destinatarios. Los productos están estructurados por ideas, argumentos que los vinculan con las conductas de sus usuarios; son una “*materialidad estructurada conceptualmente*” (2020:13).

Las hipótesis e ideas materializada en los productos están siempre sometidas al debate con otros actores que tienen otras interpretaciones sobre la situación y otras perspectivas sobre la intervención. Las hipótesis sobre las relaciones productos-usuarios no solo tienen que ser verdaderas, también tienen que persuadir (Majone; 2014).¹⁷

Hernández coloca a la dimensión normativa como una tercera dimensión imprescindible para entender la producción pública. Los productos públicos generalmente están regulados en su uso (a quienes se dirige, condiciones de accesos, cómo se debe utilizar, etc.) y en su prestación (responsable de proveerlo, con qué recursos, con qué objetivos, etc.). Las normas también suelen expresar los conceptos o hipótesis que los estructuran, es decir que los vinculan a los cambios esperados en las conductas y a la modificación de la realidad social.

La concepción relacional del producto que el autor propone, entonces, es la de una materialidad, argumental y normativamente estructurada, para incidir en las conductas de sus usuarios y modificar el ordenamiento social en el que se inscribe.

IMAGEN N°4. PRODUCTO.



Fuente: Textos de Daniel Hernández

o negativos para hacer algo; y/o sobre *oportunidades* -condiciones externas que limitan o hacen posibles las conductas-.

¹⁷ Es preciso aclarar que en este plano no hay cambio conceptual hasta que no se refleja materialmente no altera el producto.

Adicionalmente, Hernández afirma que los productos públicos son, en verdad, combinaciones de productos, son compuestos. La complejidad de los problemas de cualquier ordenamiento social exige también productos complejos. En forma aislada, un bien o un servicio particular difícilmente logren conducir las conductas en el sentido deseado, se requiere integrar varios de ellos a partir de conceptos e hipótesis adecuadas.

Los productos en la CVP son *“dispositivos que estructuran argumental y normativamente bienes, servicios y transferencias para conducir conductas y reordenar los ámbitos de la vida social en los que la política interviene”* (Hernández; 2020).

Planificación Operativa

El cuadrante de la izquierda es el ámbito de la actividad estatal propiamente dicha, el de los procesos, denominados operaciones, a través de los cuales se generan los productos públicos. Además de la dimensión política, centrada en la reunión de recursos necesarios para generar los productos en el volumen, la calidad y la oportunidad necesarios, esta actividad está gobernada por relaciones técnicas de producción, muchas veces de gran complejidad.

A partir de la imagen objetivo el actor se debe organizar los procesos en el marco de las organizaciones públicas para generar los productos que de acuerdo con su hipótesis de política se requieren para obtener los Resultados esperados. La planificación, en este cuadrante, se vuelve Planificación Operativa, entendida como el *“conjunto de prácticas que permiten diseñar, organizar y coordinar adecuadamente el conjunto de acciones que permiten a la institución producir los bienes y servicios que la estrategia necesita.”* (Hernández; 2013:2). En función de ella el actor organiza y programa la red de operaciones con la que se propone modificar el ordenamiento social en el sentido fijado por la estrategia.

Las Operaciones son unidades de gestión que *“constituyen las unidades de referencia para abordar tanto la división del trabajo como la coordinación de las tareas en una organización.”* (Hernández; 2019:1)¹⁸. Para analizar la red de operaciones de una política es conveniente diferenciar y relacionar distintos tipos de operaciones:

- **Operaciones Sustantivas o de Producción:** son un conjunto de acciones destinadas a generar los productos que se vinculan directamente los usuarios.

¹⁸ Hernández (2019) expone un análisis sobre la actividad de las organizaciones públicas. En su análisis operacional explica que las Operaciones deben ser un compromiso para la acción, es decir, alguien debe ser responsable por esa gestión y por la calidad del Producto. Además, las operaciones usan una tecnología para transformar los recursos en productos y debe generarse un control sobre ese procedimiento y los recursos asignados.

- Operaciones de Fortalecimiento: están orientadas al desarrollo de capacidades de la organización. Sus productos buscan mejorar el desempeño, lo que repercute indirectamente en la mejora su producción. Por ejemplo: un área de capacitación.
- Operaciones de Apoyo: Están orientadas a generar un producto intermedio que brinda sustento al resto de las operaciones. Por ejemplo: un área de servicio jurídico.
- Operaciones de Enlace: Son acciones que tienden a generar coordinación (interna y externa) en función de las operaciones sustantivas. Por ejemplo: un call center de atención al vecino (externo) y un área de coordinación o planificación (interna).
- Demanda de Operaciones: estas son operaciones que el actor no controla pero que son necesarias para modificar la situación y cuya producción debe demandar a otro. Hernández (2019) las divide en dos subtipos: a) de viabilidad: operaciones necesarias para que sea viable la producción propia, es decir, sin ello no se puede generar el producto y; b) de efectivización: se trata de un producto externo que es necesario para que el producto generado por la institución sea efectivo.

La Planificación Operativa permite organizar la red de producción del actor imprimiéndole una dirección que le permita el logro de los objetivos planteados en la Planificación Estratégica. Como dijimos, en general el actor no organiza de cero estas redes sino que (re)ordena los recursos, procesos y funciones modificando el flujo de las acciones en base a sus objetivos estratégicos.

Estos dos cuadrantes unidos por el concepto de producto configuran un mapa para que el planificador pueda moverse en la complejidad de las políticas públicas utilizando las herramientas necesarias para cada caso (planificación estratégica, diseño de productos, planificación operativa, presupuesto, etc.). Su potencial radica en brindar una lectura compleja sobre la situación e invita a reorientar el perfil de producción para modificar la situación¹⁹.

(Re)diseño de Productos

Uno de los aspectos importantes del proceso de planificación en el modelo de la CVP es el diseño de Productos. Aunque es un tema de baja presencia en las discusiones sobre política pública, en contraste con lo que sucede en el sector privado, sostenemos que el diseño es central para la planificación, que los productos públicos se diseñan y que este es un proceso complejo de carácter colectivo que se extiende a lo largo del tiempo.

¹⁹ El Perfil de Producción es el conjunto de bienes, servicios, inversiones y transferencia que la institución genera para ordenar una situación en determinada dirección. Daniel Hernández, 2017a.

Desde esta concepción diseñar una política es diseñar su producción y, para ello, es necesario analizarla a partir de algunas preguntas clave tales como: ¿cómo está compuesta?, ¿a quienes está dirigida?, ¿cómo se inscribe en el ordenamiento social?, ¿cuál es su hipótesis política? Nuestra premisa es que la planificación se pone en juego de manera preponderante en el diseño de los Productos. Allí reside su esencia y su potencial de efectividad (la concreción de la hipótesis política).

Para el MS el diseño de productos forma parte de la fase de formulación de alternativas que se propone enumerar la mayor cantidad de caminos posibles para la solución del problema. Mientras más alternativas se identifiquen mayor probabilidad de que la política resulte sólida y, en contrario si las ellas son pocas y pobres la probabilidad de una mala política aumenta. En todo caso no se trata sólo de identificar alternativas, el MS también invita crearlas, anima a transitar el momento creativo de generación de soluciones innovadoras, aunque dice poco acerca de cómo hacerlo.

En el modelo de CVP, que parte de una concepción de la actividad estatal como actividad productiva, lo que se diseña, más que alternativas, son productos, material, argumental y normativamente estructurados. Se diseñan “cosas” (bienes, servicios, infraestructura o transferencias) combinando otras “cosas”. Diseñar es sintetizar, combinar, elementos antes dispersos a partir de un concepto. Lo que estructura la conexión entre las “cosas” es la argumentación que el actor asume o desarrolla y que resulta de los debates, posiciones y aprendizajes en los que el actor participa. El diseño de productos representa, muchas veces, el resultado de ese largo recorrido de debates.

Para entender el diseño de productos públicos es útil prestar atención a los desarrollos de esta disciplina en el sector privado. En particular la corriente conocida como: *desing thinking*²⁰.

Diseño de productos y Design thinking

Federico Del Giorgio Solfa, especialista en la materia, define esta corriente como una mirada integral sobre los temas a abordar cuyo centro es el producto pero en su vínculo con su contexto. La producción se redefine a partir de la experiencia de satisfacción del usuario.

“Se propone entender el diseño como un complejo sistema proyectual y no como una herramienta limitada a la estética y a la funcionalidad de los productos, y utilizar el proceso de diseño como enfoque holístico para la resolución de problemas” (Del Giorgio Solfa; 2018:3).

Lo que prevalece aquí es la idea de que el producto diseñado, el objeto de diseño no es sólo una cosa sino algo que presta un servicio. Lo diseñado tiene una función, brinda un uso, aunque

²⁰ Experiencia de trabajo que maximiza la creatividad colectiva.

también algo más: genera una experiencia. El diseño del producto está enfocado en las personas (*human centered design*), ya no consideradas como simples consumidores sino como sujetos que experimentan con éste, está orientado a generar una *experiencia del usuario*. De allí que, desde un primer momento se estudie sus comportamientos, acciones y reacciones, tomando en cuenta sus subjetividades.

“La experiencia de usuario se diferencia del concepto de usabilidad, que no se limita solo a mejorar el rendimiento en la interacción producto-usuario, sino que busca resolver sistémicamente los problemas estratégicos de utilidad del producto, psicología del placer y satisfacción de uso.” (2018:6).

Un segundo concepto utilizado en esta corriente es el *service desing*, que supone una forma de trabajo colaborativa e interdisciplinaria para repensar el funcionamiento interno de las organizaciones (personas, infraestructura, comunicación y componentes materiales), esto es, reorganizar los recursos para mejorar la experiencia del usuario.

En el *desing thinking* hay una búsqueda de relación entre dos extremos, el *service design* que organiza los procesos internos para la producción, por un lado, y la *experiencia de usuario* examina las necesidades concretas de los usuarios, por el otro. Este abordaje integral sobre toda la secuencia (producción y consumo) hace posible la retroalimentación constante y la comunicación entre las distintas etapas del proceso. Los puntos de contactos entre los usuarios y la organización son el principal foco de aprendizaje para el diseño y rediseño de los productos.

El enfoque del *desing thinking* aporta propuestas para resoluciones integrales y sistémicas en el diseño de productos por su desarrollo participativo y por los puntos de contacto que permite. Del Giorgio Solfa (2018) expone cinco etapas atravesadas por la retroalimentación constante en busca de las mejores soluciones: 1) empatizar (aprender del usuario para el que se va a diseñar); 2) definir (un punto de partida de acuerdo a las necesidades del usuario); 3) idear (generar soluciones creativas para la necesidad definida); 4) prototipar (hacer tangible la idea); y 5) testear (el prototipo con el usuario y aprender de su feedback).

Si bien el sector público y el privado no son homologables y es importante no perder las diferencias, los conceptos del *desing thinking* ayudan a comprender puntos importantes del diseño de productos. Uno de ellos es la experiencia del usuario que brinda la posibilidad de ampliar la mirada en dos aspectos. En primer lugar, entender que en el proceso de diseño no solamente cuenta el diseñador, también involucra al propio usuario. Esto es tanto más relevante cuando que en la actividad pública las ideas e hipótesis que el producto materializa son siempre materia de debates, interpretaciones, conflictos, aprendizajes y modificaciones. Los productos,

sobre todo los públicos, son realidades abiertas y evolutivas. En segundo lugar, comprender que el significado real del producto está dado por el uso que efectivamente le da el usuario y es este uso y los efectos que produce sobre el ordenamiento social lo que genera discusión y posibilidades de modificaciones. El diseño de productos públicos involucra debate social y político entorno a ellos.

Schön y el diseño como conversación con la situación

Los trabajos de Donald Schön (1992) brindan otra fuente de herramientas para entender la actividad de diseño de productos en los procesos de planificación. El autor norteamericano propone, a partir de sus trabajos empíricos, un protocolo de momentos por los que esta atraviesa la actividad de diseño.

El primer momento es la discusión en torno a los problemas. Se diseñan productos para solucionar problemas y para ello es necesario analizar las distintas posiciones e intereses que se movilizan respecto a ellos. Ya hemos hablado de la relevancia y el lugar del análisis de los problemas públicos en el modelo de la CVP. En este momento que los problemas se discuten y precisan, se interpretan sus causas y se ubican en el campo al que pertenecen considerando los actores involucrados, sus interpretaciones, sus intereses y sus fortalezas.

El segundo momento, sólo separable en términos analíticos, es la aparición de posibles concepciones de productos. La discusión sobre los problemas, su análisis riguroso, va abriendo interpretaciones sobre posibles soluciones. Aquí Schön destaca la experiencia del diseñador, un diseñador de larga trayectoria tiene un repertorio de interpretaciones en función de la acumulación de experiencias en situaciones previas. A partir de ello podrá reconocer “parecidos de familia” entre la situación actual y las situaciones abordadas en su repertorio. El diseñador (en general un colectivo) puede confiar en algo que ya le haya dado resultados.

En este momento se produce lo que el autor denomina la “imposición de una interpretación”, una representación de la realidad que, todavía de manera provisoria genera coherencia, explica cómo se llegó a esa situación y que posibilidades de acción se abren, por más que por el momento sea forzosa y provisoria. Schön invita a gestar una valoración de la situación y allí una primera propuesta de qué generar (producir) para modificarla, probablemente basada en la experiencia del actor acumulada en su repertorio.

La exploración de interpretaciones sobre cómo abordar el problema abre y cierra posibilidades de producción. El diseñador va dilucidando la situación y comienza a gestar hipótesis de intervención en base a la lectura situacional. Es aquí donde Schön llama a imponer una primera concepción de las cosas para comenzar a idear propuestas de acción (producción pública) que

modifiquen la situación. Esa hipótesis luego se pondrá a prueba, se verificará o podrá ser descartada, pero ayuda hacia un primer paso, un primer movimiento sobre la situación. “(...) *uno puede quebrantar la disciplina original a fin de intentar otra nueva y que puede efectuar más tarde, conscientemente, ciertas transgresiones de la geometría inicial.*” (1992:57).

El tercer momento es el de la experimentación²¹, se interpreta (análisis de problemas e imposición de una concepción de la realidad) para actuar, el producto es la forma en que el actor actúa para modificar un ordenamiento social, el diseño es un conjunto de movimientos que genera el actor con el propósito de modificar la situación. Schön describe esos movimientos como *experimentos* que le permiten al actor *dialogar con la situación* para poner a prueba sus hipótesis iniciales.

Los movimientos producen cambios en el campo, la situación no queda igual después de él, ergo, genera consecuencias que, a su vez, tendrán implicancias sobre próximos movimientos, es decir, condicionará o abrirá posibilidades futuras. Más aún, los movimientos también pueden generar nuevos problemas. Es esto lo que lleva a Schön a hablar de diálogo con la situación. Si ellos trastocan, cambian el escenario de la acción, el diseñador debe analizar cuidadosamente cómo queda después; debe dilucidar esas consecuencias, implicancias y posibilidades de nuevos movimientos. Schön llama, además, al diseñador a interrogar la situación explorando posibilidades de intervención mediante un “¿qué tal sí?”. El movimiento (producto) crea consecuencias, y reacciones en otros actores, y también abre, oportunidades o restricciones para nuevos movimientos.

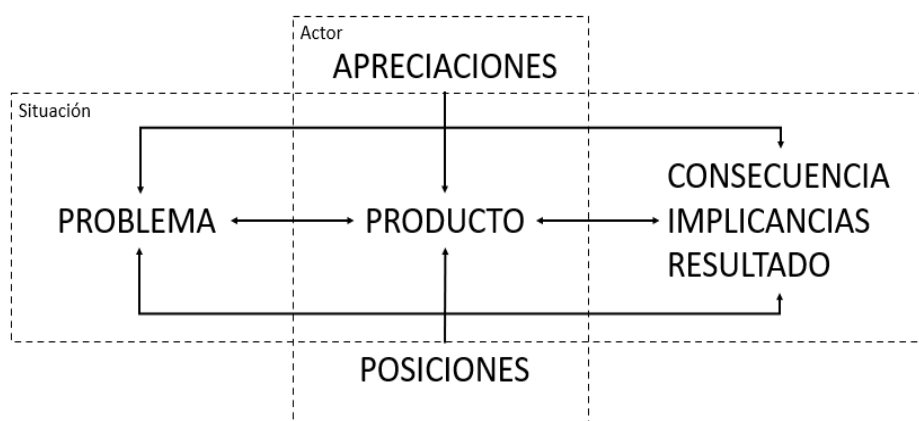
Las implicancias de los movimientos siempre son leídas por los distintos actores, cuando un producto empieza a tener consecuencias y resultados en el ordenamiento abre posibilidades constantes a modificaciones y a nuevas interpretaciones.

Los aportes de Schön permiten así entender el diseño no es sólo a partir de la amplitud y calidad del repertorio del actor, útil sin duda para trazar las primeras hipótesis para dar significado a la situación y abrir a posibles acciones. La experiencia debe ser siempre complementada con el dialogo con la situación que se genera en función de la experimentación de los productos en el campo²².

²¹ La idea de experimentación del autor articula tres sentidos diferentes: a) sentido exploratorio, esto es, generar un movimiento con la intención de conocer qué es lo que sucede; b) comprobación de resultados, es un movimiento premeditado entonces de lo que se trata es de observar si sucede lo que se pretendía y; c) verificación de las hipótesis, cuestionar la hipótesis general de los movimientos.

²² Los movimientos no siempre son deliberados, a veces pueden ser impuestos por la coyuntura o por movimientos precedentes.

IMAGEN N°5. DIÁLOGO CON LA SITUACIÓN



Fuente: Elaboración en función del texto *“La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones”* de Donald Schön.

El (re)diseño de las políticas se nos muestra como una actividad que se realiza a lo largo del tiempo reinterpretando de manera permanente la propia historia de la política. Las prácticas de implementación del producto y las apreciaciones de sus resultados trastocan en todo momento la situación, que se va modificando y reinterpretando, abriendo márgenes a ajustes (retoques), reorganizaciones de producción, y nuevos movimientos (productos) para transformar la situación. Para conducirlos los actores deben interpretar sus trayectorias, analizar los patrones que las hacen inteligibles en el tiempo (en el sentido de las políticas efectivas de Mintzberg), y posicionarse en las direcciones que le quieren imprimir.

El proceso de diseño en el sector público *“condensa un largo proceso de aprendizaje y amplias discusiones en las que se involucran afirmaciones de valor, se movilizan argumentos, información, marcos de análisis y lecturas de la situación.”* (Hernández; 2020:10). Es, en este sentido, un proceso colectivo, de intercambios y discusiones que atraviesa tanto los argumentos como las normas que estructuran el producto en su materialidad.

A la luz de estos enfoques el diseño de productos aparece como un proceso continuo a lo largo del tiempo a través del cual, múltiples actores la reinterpretan y se posicionan en diálogo con la situación. En el diseño de políticas públicas hay siempre una fuerte retroalimentación, todo proceso de diseño es la interpretación del actor sobre el vínculo del producto con los beneficiarios, con otros productos y con sus implicancias en el ordenamiento. De allí que más que hablar de diseño en verdad se trate de un permanente rediseño de productos.

Dispositivos de Enlace

Un concepto importante para analizar el diseño de los productos públicos es el que Hernández (2020) denomina "dispositivos de enlace" y define como aquellos componentes del producto que enlazan o integran los otros componentes que configuran el producto vinculándolos entre sí y con los usuarios.

El autor extrae esta noción de la teoría de las organizaciones de Henry Mintzberg que, basándose en los trabajos de Jay Galbraith, la utiliza para dar cuenta del diseño que combina las estructuras funcionales especializadas con mecanismos de coordinación por proyectos. Los dispositivos de enlace movilizan y articulan los recursos funcionalmente organizados para lograr objetivos o proyectos que los atraviesan dando lugar a "estructuras matriciales". La idea es que los productos también suelen tener una forma matricial. Sus distintos componentes prestan servicios que deben ser integrados para lograr los resultados que se esperan de ellos en las conductas de los usuarios.

Ejemplos de ello son las instancias de recepción y derivación que interpretan la demanda o las necesidades de los usuarios para "armar" el producto combinando componentes que se ajusten a ellas; los productos que constituyen plataformas para facilitar la accesibilidad de servicios diversos (como el programa "el Estado en tu barrio") o las mesas de trabajo que buscan coordinar distintas áreas de gobierno que intervienen en un problema específico.

En la política de salud mental de Merlo las Redes Comunitarias de Salud Mental desempeñan la función de dispositivos de enlace. Trataremos de demostrar que ellas tienen un rol preponderante en la estrategia de intervención territorial debido a su flexibilidad y a la gama de funciones que asume como tales. De este modo juegan un papel importante en proceso de planificación constante que la política requiere.

Capítulo 2: El Plan Estratégico. Momento Fundacional.

A finales del año 2015 asume una nueva gestión municipal en la localidad bonaerense de Merlo y se abre la oportunidad de un cambio en el abordaje de los problemas de salud mental y adicciones. El nuevo Intendente, Gustavo Menéndez, convoca a un equipo de profesionales con trayectoria en la materia para poner en marcha y conducir una nueva área creada para trabajar este problema. La nueva Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, junto con un pequeño equipo inicial comienza a discutir las definiciones de política que orientarán sus acciones y organizará este proceso en torno a la formulación de un plan estratégico.

Este capítulo describe y analiza el proceso de conformación de este nuevo organismo en función de la elaboración de su plan estratégico a partir de información proveniente de las entrevistas con los miembros de la conducción y del análisis de los materiales que lo documentan. Para ello se identifican las referencias argumentales y la interpretación del contexto que este equipo utiliza para definir el campo en el que actúa (apartado I) y las convicciones fundamentales a partir de las cuales formula su tarea (apartado II), para luego analizar el proceso mismo de elaboración del Plan Estratégico 2016-2019. En las consideraciones finales se analiza la significación del proceso de planificación para el organismo y las características que asume la planificación misma en este contexto.

I. Lectura de la situación

El equipo inicial que luego se transformaría en la conducción de la subsecretaría comparte una historia de activismo y trabajo en el campo de la salud mental que se referencia en: (a) la *Ley Nacional N°26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”* (de aquí en adelante, LSM), promulgada en diciembre del 2010 y, (b) en términos más generales con el paradigma de la Atención Primaria de la Salud. A partir de estas referencias construye una mirada del campo en el que se propone actuar en la que se destacan tres aspectos: en primer lugar, una caracterización de la demanda existente y las prácticas vigentes de atención; en segundo término, el marco institucional en el que la salud mental construye sus propuestas y, finalmente, aspectos relevantes del contexto social en el que estas se inscriben.

1. Referencias argumentales

La LSM es una primera referencia argumental para el cambio de paradigma que se promueve desde la nueva Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones (en adelante SSMYA). Los integrantes del equipo que asumen la responsabilidad de armar la nueva propuesta provienen de una historia de activismo y militancia sanitaria asociado al cambio conceptual que se expresa en la norma. Su objetivo es, en efecto, hacer efectiva en el municipio la LSM que, fruto de años

de debates contra el paradigma del encierro, define un nuevo posicionamiento en el campo de las políticas de salud mental. Ella busca sustituir *el enfoque tutelar por el enfoque de derechos* que “(...) *implica abandonar una mirada protectora-autoritaria de las personas con padecimientos mentales para asumir una perspectiva asociada a la llamada “dignidad del riesgo”*” (Gorbacz²³; 2013:2). No se trata de anular los riesgos a través del encierro del paciente sino partiendo de su consideración como sujeto de derechos entender su padecimiento como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”* (LSM, Art. 3).

Si la LSM es la primera referencia argumental de la SSMYA, la segunda es el trabajo llevado a cabo por Floreal Ferrara, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires (1987-1988), y la experiencia del Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) que buscó fortalecer un sistema con fuerte arraigo territorial y de cercanía con la población a través de la descentralización de servicios y el fomento de la participación popular²⁴. La experiencia del ATAMDOS, por su parte se referencia al paradigma de *Atención Primaria de la Salud* (APS) que, a partir de la Declaración de ALMA ATA (1978)²⁵, impulsa también la descentralización y la territorialización. La Declaración expresa la obligación de los gobiernos de garantizar, mediante medidas sanitarias y sociales adecuadas, la salud de toda la población y destaca que la APS representa el primer eslabón del sistema de salud que debe llevar lo más cerca posible la atención al lugar de residencia.

2. Aspectos destacados del contexto

Desde la perspectiva de estas referencias el equipo construye una mirada del campo de la salud mental en el conurbano bonaerense que abarca tanto las prácticas de atención como el contexto institucional y social en el que ellas se desenvuelven. Las entrevistas permiten reconstruir algunos rasgos destacados de esta mirada.

²³ Leonardo Gorbacz es uno de los autores del Proyecto de Ley, ocupó el cargo de Diputado Nacional durante el período 2005-2009.

²⁴ Devoto, G. (2013). ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Revista de Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.

²⁵ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma Ata, kazajistán (por entonces integrante del bloque de la Unión Soviética) se llevó a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978. Fue un evento organizado por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y Unicef. Declaración disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

2.1. Demanda creciente y prácticas de atención inadecuadas.

El equipo sitúa la realidad que enfrenta en un proceso histórico cuyo origen se ubica en la década del '40 con el desplazamiento del protagonismo de la sociedad de beneficencia en el abordaje de la salud mental y su concentración en el ámbito estatal, con servicios organizados según el modelo científico de la psiquiatría moderna. El sistema manicomial de internación forzada se instala entonces como el instrumento hegemónico para el tratamiento de las personas con padecimientos subjetivos. En este modelo el argumento que prevalece es el de la protección. Se aísla a la persona como forma de cuidado personal pero también para preservar a la sociedad. El encierro es una medida preventiva frente a los riesgos de la acción del paciente con trastornos mentales. Esta idea, señalan las críticas, se sostiene a partir del estigma y el temor de sociedad hacia quienes sufren padecimientos mentales para anular su autonomía y capacidad de decisión.

En este modelo, también llamado “tutelar”, la medicalización se asume como método de estabilización, principalmente en los afectados por problemas psiquiátricos, y se pone el foco en la enfermedad para tratar de extirparla, anularla o neutralizarla. Las prestaciones del sistema están centradas en el tratamiento individual y las relaciones entre médico y paciente se producen a través de la atención en consultorio.

A pesar del cambio de paradigma introducido con la LSM, subsisten todavía en la atención elementos característicos del modelo tutelar, entre ellos las internaciones prolongadas como respuesta a los padecimientos de salud mental. El Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental²⁶ (2019) indicó que en la Argentina hay 12.035 personas internadas en instituciones públicas y privadas monovalentes y que el lapso de internación de los pacientes promedia los 8 años. Las estadísticas muestran también el predominio de consultas individuales como prestación central del sistema de salud.

El informe “Condiciones de la Salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires”²⁷ del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (ODSA-UCA) de año 2018 muestra que entre la población urbana hubo un incremento de 4 puntos porcentuales (p.p.) en padecimientos malestar psicológico respecto al año anterior, pasando de 18,6% a 22,4%. Con la apertura de datos se puede observar que estos han aumentado tanto en

²⁶ El Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental se realizó en el marco del Art. 35 de la LSM y fue un relevamiento sobre 162 instituciones, de las cuales 41 fueron del sector público, llevado a cabo por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud durante los años 2018 y 2019.

²⁷ <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9080/1/informe-condiciones-salud-buenos-aires.pdf>

varones (+3 p.p.) como en mujeres (+5 p.p.). Además, que en los jóvenes (18 a 34 años) y adultos (35 a 59 años) hay un aumento de casi 6 p.p. Asimismo, se descubre una tendencia inversa en mayores de 60 años. En el Conurbano Oeste, donde se ubica el Partido de Merlo, prevalece la sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con otras zonas del conurbano (26,3%). Estos datos demuestran el aumento de la demanda latente y explícita de servicios de salud en este campo.

De este modo, los profesionales que se reúnen en torno a la nueva SSMYA interpretan la situación como caracterizada por una *demanda creciente* que responde a una elevada prevalencia de los problemas de salud mental en la población y por *prácticas basadas en un paradigma inadecuado* centrado en el encierro, la consulta individual y el medicamento como modo de abordaje.

2.2. Entorno institucional

En el plano institucional el equipo identifica una desjerarquización de atención de los padecimientos mentales en el sistema de salud y su segregación del resto de los servicios. La salud mental tiende a ser considerada una rama separada del sistema regular de atención y, cuando se integra al mismo, se le asigna un menor valor que al tratamiento de padecimientos físicos que se expresa en menores remuneraciones a sus profesionales y menores recursos. Esto, aun cuando se estima que en el país 1 de cada 3 personas presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años²⁸.

La fórmula polinómica de distribución de los recursos provinciales coparticipables hacia los municipios en materia de salud refuerza la desjerarquización de los servicios de salud mental no manicomializados al asignar mayor valor a la internación por sobre otras formas de atención (precisamente las que privilegia la LSM). En el nivel nacional, la gestión de gobierno cuestiona abiertamente la LSM e incluso discute su derogación al tiempo que, en el año 2018, la cartera de salud es rebajada al rango de secretaría del Ministerio de Desarrollo Social y se reducen los servicios prestados por programas que proveen insumos a provincias y municipios para la atención de la salud en el primer nivel de atención.

Es en este contexto de escasos incentivos institucionales dentro del aparato estatal en el que el municipio de Merlo se propone ampliar su red de servicios de salud mental y adecuar sus prácticas a los principios establecidos por la LSM.

²⁸ Las problemáticas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y los problemas por consumo de sustancias (UBA APSA OMS MSAL – 2015). Página web del Ministerio de Salud de la Nación.

2.3. El contexto social

El tercer aspecto que los análisis del equipo de la nueva SSMYA destacan es la situación económica y social de la población. El periodo (2016-2019) se caracteriza por políticas económicas que implican un fuerte ajuste en los ingresos de los sectores populares y un crecimiento de la pobreza. La pobreza, que había bajado entre el segundo semestre de 2016 y el de 2017 del 30,3% al 25,7% comienza a subir de manera sostenida para llegar al 35,5% en 2019, según las cifras oficiales. La encuesta de la Deuda Social del ODSA-UCA presenta datos más elevados, pero que demuestran la misma tendencia, la pobreza en el segundo semestre 2016 era 32,8%, tomando el mismo semestre en 2017 era de 28,2%, en 2018 de 33,6%, y a finales de 2019 del 40,8%²⁹.

El equipo afirma en sus análisis las hipótesis aceptadas en el campo sanitario que establecen una relación causal reversible entre salud y la pobreza³⁰. El relevamiento realizado por ODSA-UCA sobre la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) muestra que la desigualdad se reproduce tanto en las condiciones generales de la salud de la persona como en el propio sistema que la atiende, destacando que la condición socioeconómica, laboral y educativa inciden fuertemente en las oportunidades de atención en materia de salud. El informe señala que, a mayor precariedad laboral, mayor es también el déficit en salud y, en lo que respecta a salud mental destacan que el malestar psicológico de un trabajador marginal (34,5%) fue hasta 3 veces más alto que el estrato medio profesional.

En síntesis, el deterioro de las condiciones materiales de vida de las familias se traduce en un aumento de la proporción de población con padecimientos subjetivos y un empeoramiento de la situación de los sujetos que ya los padecían. Estos contextos favorecen al incremento de personas adultas con cuadros de ansiedad, depresión o psiquiátricos, como así también, la propensión al consumo problemático de sustancias. Además, incrementa padecimientos subjetivos en niños, niñas y adolescentes y el aumento de los casos de violencia de género e intrafamiliar. La expansión y transformación de los servicios que la nueva SSMYA propone se realiza no solo en un marco de demanda -expresa o latente- creciente sino también de gran complejidad.

²⁹ Datos del Informe Metodológico ODSA 01/2020 “La medición de la pobreza por ingresos en la Argentina a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina”.

<https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2020/2020-OBSERVATORIO-INFORME-METODOLOGICO-01.pdf>

³⁰ La OMS (2003) destaca que “se reconoce que la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren o mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población de que se trate”.

II Los pilares del Plan

La discusión que acompaña la elaboración del plan estratégico, que se presentan como afirmaciones de valor centrales en la convocatoria a su preparación, hacen visible el posicionamiento del equipo y los valores básicos que orientan su acción. Claramente asume el “enfoque de derechos” pregonado por la LSM para abordar el campo de la salud mental en el que se incluye como parte integral a las adicciones. El borrador del plan³¹ expresa tres afirmaciones de valor básicas:

- Las personas con padecimientos mentales son sujetos de derechos -los establecidos por la LSM- y el Estado es el garante de esos derechos.
- La Salud es un producto social.³²
- En el abordaje de las adicciones, no se coloca el acento en las sustancias, sino en el sujeto y su posición en relación a un consumo problemático.

1. El Estado garante de derechos

La mirada sobre estas afirmaciones implica para la nueva subsecretaría un *nuevo papel del Estado*. Este debe ampliar su presencia en el territorio mediante una red de servicios que sea capaz de garantizar el “*derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud*” (LSM, Art. 7.a.). En el nivel local esto implica ampliar, territorializar y, sobre todo, transformar los servicios de atención de los padecimientos subjetivos en el municipio para generar respuestas efectivas que estén en consonancia con los principios de la LSM.

El primer desafío que la SSMYA se plantea es modificar el perfil y el alcance de las prestaciones que el sistema de salud brinda en este campo.

2. La salud y la reconstrucción de los vínculos sociales y comunitarios

Estos servicios, además deben involucrar en su propio diseño a la comunidad en la que los sujetos viven y de la que participan. La salud “*no es sólo el organismo, es las vinculaciones sociales, el contexto*”³³. Los dispositivos de atención deben, por eso, “*tejer vínculos de proximidad con los ámbitos en donde estos lazos se producen y movilizar los recursos para activarlos.*” (SSMYA; 2019:35). En contraposición a las políticas de tratamiento a través del

³¹ Documento de la SSMYA.

³² Es preciso aclarar que el concepto “Producto” no tiene el significado que le hemos dado en el Marco Conceptual, sino que es una extracción textual de lo plasmado en el Borrador del Plan Estratégico.

³³ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

encierro, se ve a la salud como un proceso de reconstrucción y activación de vínculos que involucra al entorno del sujeto.

El involucramiento de la red de relaciones familiares y comunitarias, así como la articulación con otras políticas, es visto como una respuesta que pone a la atención a la altura del problema cuando se reconoce su complejidad.

“La idea de complejidad remite aquí a la multiplicidad de variables o aspectos que el problema presenta y que requieren ser considerados en los esfuerzos por resolverlos. No hay soluciones simples para problemas complejos y, por esta razón, se requiere del concurso de varios para abordarlo.” (Hernández; 2017b:1).

El abordaje de la salud mental demanda de *miradas múltiples y de políticas articuladas*. Para el equipo de la SSMYA es una necesidad el abordaje interdisciplinario e intersectorial (LSM, Art. 8), que interrelacione distintos saberes y enfoques:

“la política de salud mental no se agota en los servicios sanitarios que un país ofrece a sus ciudadanos para tratar las situaciones de padecimiento mental. Es mucho más amplia que eso. Abarca también las condiciones socio-económicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas, las pautas culturales que permiten o dificultan la concreción de los derechos de las minorías (...)” (Gorbacz; 2013:1).

El abordaje multidisciplinario-intersectorial hace posible, se afirma, el acercamiento y la contención de los sujetos, exige la participación de distintos actores (estatales y comunitarios) para movilizar el conjunto diverso de recursos necesarios para generar políticas efectivas. También exige flexibilizar la gestión y acercarla al territorio.

“la LSM para la que militamos antes de que fuese sancionada plantea que los tratamientos en salud mental tienen que tener accesibilidad, en el ámbito más cercano al domicilio de la persona y en territorio.”³⁴

3. Las adicciones como un problema de salud mental

Por último, el equipo asume en su plan estratégico que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es, como indica la LSM, un padecimiento más que debe ser incorporado en los abordajes de la salud mental:

“las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.” (LSM, Art. 4).

Las personas con problemas de adicción se incluyen como sujetos de derechos, el eje en la atención estará puesto en la singularidad de la persona y no en la enfermedad. Esta perspectiva representa un cambio fundamental en el abordaje de la problemática que previamente era

³⁴ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de Merlo, Entrevista, agosto 2020.

atendida desde la Secretaría de Gobierno local junto con los temas de seguridad. La propuesta del equipo se centra en el sujeto, haciendo hincapié en el conflicto y los problemas que derivan de la relación con el consumo de sustancias, y se opone a la idea de que es la sustancia la que genera la enfermedad. La atención debe ser en la salud integral del sujeto basado en la estrategia de reducción de daños.

Sobre estos pilares se construye la base argumental para analizar los problemas que el nuevo organismo enfrenta y generar las respuestas que buscarán cambiar las modalidades de atención de la salud mental en el municipio. Los servicios que la SSMYA se propone ofrecer son instrumentos en los cuales se expresan materialmente ideas. Salir de los esquemas de atención prevalecientes y desarrollar una nueva red de servicios centrada en el fortalecimiento de los lazos de las personas con padecimientos subjetivos con la comunidad que incorpore a las adicciones como uno de ellos es la transformación que ella se propone realizar.

III. El Plan Estratégico 2016-2019

Sobre la base de estos pilares argumentativos y la lectura del contexto en que se sitúa la política, el equipo avanza en el proceso de planificación produciendo los primeros *movimientos* en el campo. Particularmente avanza en dos frentes: el primero es el reordenamiento de los recursos del municipio asignados a las políticas de salud mental, fundamentalmente trabajadores de la salud; el segundo elaborar una lectura más certera de los problemas del territorio para definir la forma de abordarlos.

Estos primeros movimientos no solo se desprenden de la situación, forman parte también del repertorio de recursos que los miembros del equipo de conducción traen de su historia personal y profesional.

“[nuestra] formación político-sanitaria, que siempre tuvo que ver con una mirada desde la Atención Primaria de la Salud en salud mental, y con toda la movida de desmanicomialización en la que veníamos estando, venimos de esa tradición, no venimos de una tradición hospitalaria en salud. Los compañeros con los que fundamos la Subsecretaría todos veníamos del territorio, de trabajar territorialmente en salud mental. (...) sabemos que no podemos abordar la complejidad si no es en territorio y en red”³⁵

La nueva situación es interpretada a la luz de experiencias pasadas que permiten encontrar rasgos similares en situaciones nuevas, posibilitan transformar lo extraño en familiar sin agotar su novedad (Schön, 1987).

³⁵ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de Merlo, Entrevista, agosto 2020.

1. La convocatoria a los trabajadores de la salud

El Partido de Merlo tiene una población de 528.494³⁶ y cuenta con una red de salud de 27 Unidades Sanitarias, 4 Hospitales Municipales, 1 Hospital Interzonal Provincial y 3 Centros Comunitarios Integradores. Al momento de iniciar la gestión había aproximadamente 40 trabajadores de la salud distribuidos en toda la red dedicados a la salud mental. El equipo diferenciaba cuatro grupos. El primero, es el que se desempeñaba en las Unidades Sanitarias localizadas en los distintos barrios; un segundo son los que trabajaban en los hospitales; el tercero atendía los problemas de consumo bajo la dependencia de la Secretaría de Gobierno y, por último, el grupo de psiquiatras que atendía en el Hospital Eva Perón. Se trata de grupos que trabajaban fragmentariamente sin coordinación entre ellos. La creación de la SSMYA significaba que todos reportarían funcionalmente de ella, más allá de la dependencia administrativa que tuvieran dentro del municipio. Además, le asigna un lugar en el centro de Merlo, la “Sede Salta” -por la calle en la que se ubica- en donde no solo funcionaría la nueva área, sino que concentraría algunas prestaciones y, por tanto, una parte de los trabajadores. La idea era crear allí un Centro de día.

La nueva dependencia funcional del personal, para transformarse en algo efectivo, suponía la generación un marco interpretativo común de las acciones, una “ética profesional común”, un proyecto compartido en torno a los pilares establecidos en la LSM y una mirada compartida del territorio. La primera convocatoria que se realiza al personal es para realizar un mapeo de los actores con peso en el territorio y de las relaciones que los vinculan entre sí, e iniciar un análisis de situación que identifique los principales problemas con los que se enfrenta la política de salud mental. Si los trabajadores de la salud construían su mirada de la realidad a partir de prácticas institucionales aisladas y centradas en la consulta individual, la SSMYA propone una práctica de análisis situacional que incorpore la mirada de otros actores relevantes y defina colectivamente la propia.

La convocatoria a conocer y analizar la situación, así como la presentación de nuevas ideas sobre las formas de trabajo, plasmadas en la realización de un plan estratégico, son un primer motor para movilizar en un nuevo marco al personal que ya venía trabajando en el municipio. El plan cumple la función de promover nuevas prácticas y formas de entenderlas, tanto interna como externamente.

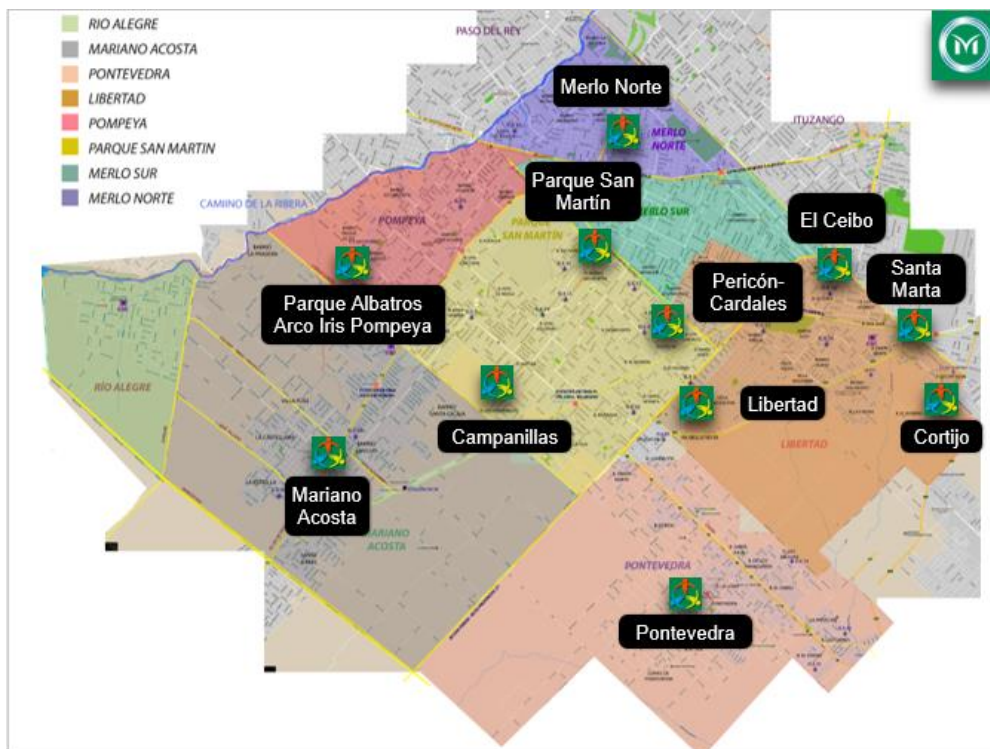
³⁶ Censo Nacional 2010.

2. Mapeo Colectivo

Con respecto al frente externo, en septiembre del año 2016 la conducción propone a los equipos salir del consultorio, esto es, conocer el entorno de su trabajo: el barrio y sus situaciones. La idea es conocer los problemas de la comunidad, familiarizarse con ellos y reconocer los actores relevantes del territorio, aspectos que comienzan a instalarse como centrales en la estrategia de abordaje de la salud mental que se propone construir. Se delimitaron zonas en el partido y, en cada una de ellas, los psicólogos de las Unidades Sanitarias junto con los equipos de orientación comunitaria de las escuelas realizaron una caracterización del territorio utilizando el método de mapeo desarrollado por el grupo Iconoclasistas³⁷.

“La actividad de ese día fue zonificar el municipio tal como lo vive la gente, llevamos el mapa de catastro de la Municipalidad donde está Merlo dividido en tantas zonas, pero nosotros lo que le pedimos a ellos es que lo zonificaran primero, hicieran un trabajo de zonificación viendo cómo se movía la gente porque a veces una avenida separa dos barrios, o dos culturas o modos de vivir y están puestos en una misma zona. Entonces, acordaron todos, primero lo que hicieron fue relevar con un método sacado de los iconoclastas (...) que es relevar con dibujos y en tercera dimensión todos los efectores importantes que les parecía que había en esa zona. Entonces, se juntaron 2 o 3 Unidades Sanitarias con esas escuelas y ahí fueron viendo: “bueno no, pero ustedes tendrían que estar allá porque se vinculan más con aquella otra zona”. Entonces así lo zonificamos en 11 zonas”³⁸.

IMAGEN N°6. MAPEO TERRITORIAL.



Fuente: Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

³⁷ <https://iconoclasistas.net/>

³⁸ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones de Merlo, Entrevista, agosto 2020.

La dinámica ayudó a identificar otras instituciones que trabajan en los barrios (gubernamentales y comunitarias) y los recursos que ellas movilizaban, además generó un espacio de reencuentro y reflexión interno en el equipo, propicio para compartir experiencias y generar acuerdos. A través del relevamiento se pudo conocer y conectar con escuelas, clubes, iglesias, sociedades de fomento, organizaciones sociales, centros de jubilados, etc.

La actividad se complementó con la solicitud de diagnósticos situacionales a los profesionales, “(...) les pedimos hacer un diagnóstico de situación de su zona, de su sala, de su pequeña región, ¿cómo es la situación? ¿cuál es la demanda? ¿cuáles son las problemáticas? ¿qué hay? (...)”³⁹.

Estas actividades permitieron comenzar a profundizar en el perfil de la demanda y avanzar en la conformación del equipo mediante una mirada compartida del territorio. Además, fue creando representaciones comunes sobre el territorio y sobre el propio trabajo de la SSMYA, que debía realizarse movilizandando las capacidades y las oportunidades de cooperación con los actores de cada zona. La actividad sembró la primera idea de trabajo en red: ir en busca de las relaciones ya establecidas y consolidarlas; buscar nuevos aliados para un trabajo sobre la complejidad de los problemas que emergen en el territorio. A su vez, el vínculo con los equipos de las escuelas da también inicio a una relación de trabajo que perdurará en el tiempo.

3. Agenda de problemas que orientan la estrategia

La nueva conducción convoca a reuniones de planificación abiertas en la que participan el equipo de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, operadores comunitarios, personal de apoyo, miembros de la comunidad para “hablar de salud, de proyectos, de realizaciones individuales y colectivas. Hablar de sujetos de derecho, la salud como derecho inalienable, y el Estado como garante de ese derecho”⁴⁰.

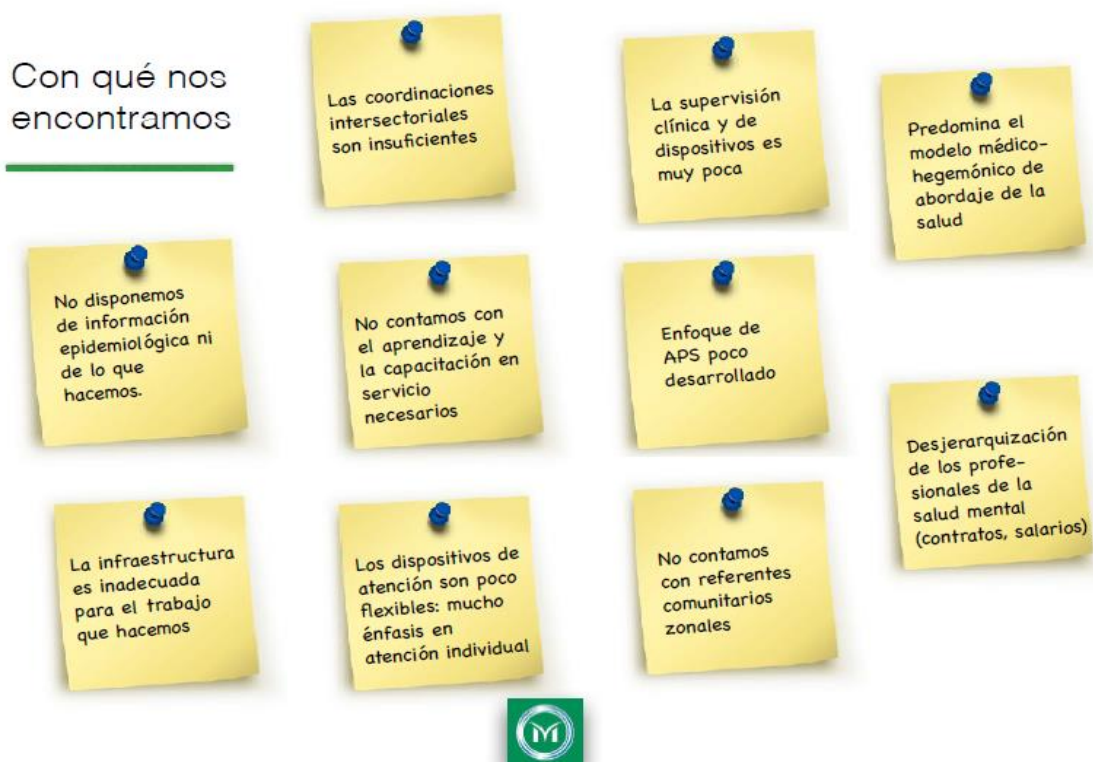
Sobre la base de un documento preparado por el equipo de conducción se propuso discutir la agenda estratégica de problemas que debía abordar la nueva subsecretaría. Los resultados de estos debates permitieron ajustar el documento inicial.

El punto de partida es la afirmación de que las personas no están recibiendo, en el territorio de Merlo, la atención que necesitan tanto en términos de acceso como de las características que asume y el desafío de la SSMYA es revertir esta situación. La discusión se concentró en los problemas que están en la base de este desafío y los resultados se presentan en la Imagen N° 7.

³⁹ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

⁴⁰ Documento de la SSMYA.

IMAGEN N°7. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS



Fuente: Plan Estratégico 2016-2019. Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

Como puede observarse, los problemas identificados están enfocados hacia el interior de la SSMYA y afectan las prestaciones que genera el Municipio. La Directora de Salud Mental y Adicciones de la SSMYA, nos ayuda a comprender mejor las falencias:

“(...) si bien había efectores de salud mental en atención primaria, y en cada hospital en particular, no estaban enlazados y no se asistía salvo por consultorio externo, el paciente de salud mental grave era automáticamente derivado a un hospital especializado.”⁴¹

La identificación y el análisis de problemas registró las siguientes conclusiones:

- *Prestaciones centradas en la consulta individual y con escasos recursos:* A pesar del fuerte compromiso laboral de los profesionales, la propia estructura de funcionamiento obstaculiza un enfoque de Atención Primaria Integral y la intervención a través de dispositivos interdisciplinarios en el territorio. El profesional se encuentra solo en el consultorio frente al sujeto con padecimientos, con poco auxilio ante nuevas necesidades de acompañamiento. Además, hay poca coordinación entre ellos, se encontraban aislados y fragmentados. Como resultado hay un bajo nivel de respuesta ante la complejidad y el volumen de las demandas.

⁴¹ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

“la tendencia en la atención primaria durante muchos años acá en Merlo era puertas para adentro. Porque abrir las puertas te genera o el imaginario también supone que hay más demanda cuando uno abre la puerta.”⁴²

La única respuesta disponible es la consulta individual y, ante casos de mayor gravedad, la opción posible es la derivación a otro efector de salud fuera del Partido.

- *Débil inserción territorial de los Servicios:* Hay una escasa injerencia sobre el territorio debido a que los profesionales no rompen las barreras del consultorio, y si se dispusieran a realizarlo tampoco podrían por la cantidad de horas que deben cumplir en los centros de salud, así como por la escasez de recursos disponibles fuera de la sala, los profesionales no cuentan con otros recursos con los que se pueda enlazar.

“(…) a veces los psicólogos de las salas expresan, y nosotros los entendemos porque fuimos los dos psicólogos de sala, cierta soledad. Soledad institucional. Estas solo en una salita en un barrio, entonces los recursos no los conocen del todo, hay cierta incertidumbre cuando hay que hacer una interconsulta, o enlazar con algún otro recurso ante algún paciente, o alguna situación que surja, así conflictiva.”⁴³

Es necesario retomar ese vínculo intrínseco entre la salud y la sociedad que difundía y defendía Florean Ferrara.

- *Escasa vinculación entre el primer y segundo nivel de atención:* Como se describe en el documento borrador del Plan Estratégico se contaba con un vínculo *“precario, informal, carente de turnos protegidos y un sistema de referencia y contrarreferencia.”⁴⁴*

Fortalecer y desarrollar este vínculo es tarea imprescindible para generar un servicio eficaz, eficiente e integral.

- *Escasa vinculación con otras áreas de políticas (municipales, provinciales, nacionales):* El trabajo en salud mental, por su complejidad, requiere de la articulación con políticas sociales y con el resto de las políticas de salud para poder elaborar respuestas adecuadas a los problemas. Si la concepción de la salud mental que se afirma trasciende la sola dimensión biológica e integra los lazos sociales y las condiciones en que estos se producen, los abordajes sectoriales resultan insuficientes.
- *Carencia de un marco común que structure las prácticas con enfoque en la LSM:* Este problema refleja la falta de direccionalidad política de la red de servicios que abordan la salud mental. La dependencia de los profesionales de distintas áreas dentro del municipio

⁴² Subdirectora de Salud Mental y Adicciones y con la responsabilidad de la coordinación de los psicólogos de las Unidades Sanitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁴³ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁴⁴ Documento de la SSMYA.

limita sus interacciones, y la puesta en común de problemas, soluciones, enfoques de abordaje. La característica es el aislamiento, la fragmentación y, muchas veces, la pérdida de sentido del trabajo de los profesionales. Es necesaria una organización que desarrolle una “ética” y una orientación compartida que permita darle más consistencia y sentido. Fortalecer el sistema de atención implica generar una estructura de trabajo donde el equipo se pueda desenvolver en un entorno de contención y capacitación permanente. Este problema se encuentra intrínsecamente ligado a la insuficiencia en el tipo de respuesta.

- *Escasa información para orientar las prácticas:* El bajo nivel de sistematización de información, tanto epidemiológica como de gestión, repercuten en el problema anterior. Cada trabajador se manejaba en función de la información que podía generar, formando su propia interpretación sobre las situaciones problemáticas que aborda. La carencia de información redundaba en la gestión, no hay evidencia suficiente para poder generar nuevas estrategias de intervención.
- *Desjerarquización del trabajador de Salud Mental:* El trabajador del área se encuentra en una situación de desigualdad frente a otros profesionales del sistema salud, tanto en el modo de contratación como en términos salariales.

Puede concluirse del análisis de estos problemas que la estrategia de la nueva subsecretaría se centró en el reordenamiento de los recursos de la organización, de sus formas de trabajo y de la construcción de marcos comunes a partir de una situación inicial de débil integración con el territorio, énfasis en la consulta individual, aislamiento entre profesionales, falta de sentido y desjerarquización del trabajo.

Estos resultados confirman uno de los ejes centrales de la propuesta de la conducción: el desarrollo de un nuevo marco de trabajo compartido. Sin esa lógica compartida no hay posibilidad de generar líneas de acciones integrales que logren las articulaciones necesarias para las prestaciones.

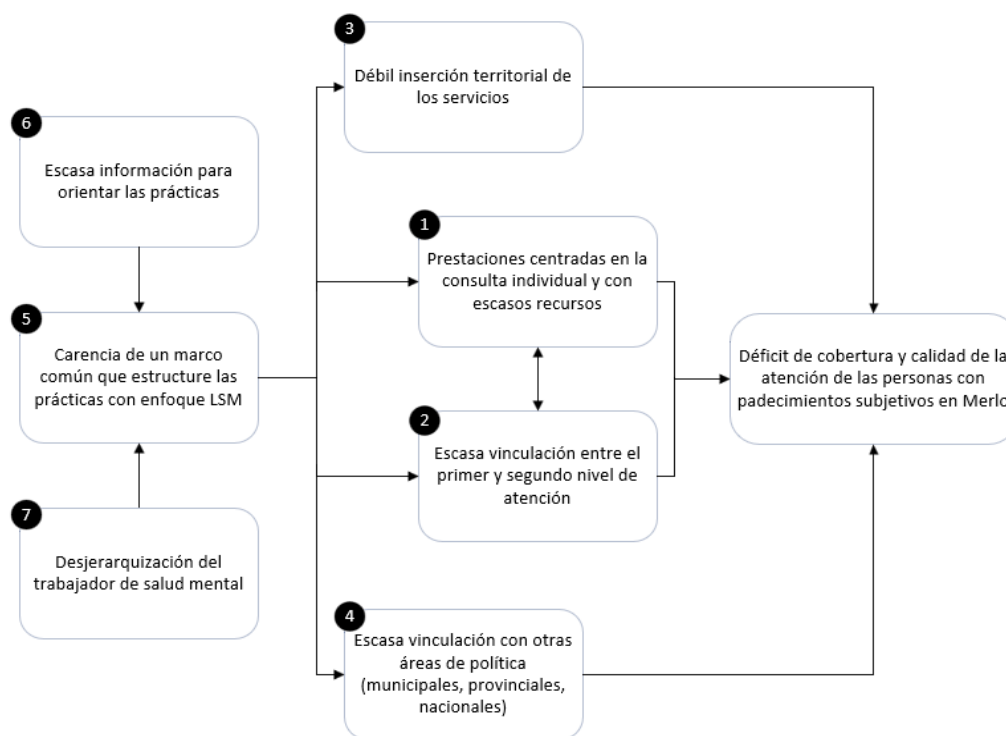
“(...) tenían otra lógica de dirección. Por ejemplo, dependían directamente de Gobierno, no de una dirección de atención primaria, entonces a partir de ahí todo era diferente. La resistencia era “no vamos a poder... vamos a tener mucha más demanda, porque si abrimos a otros ...”, una cosa es dar turno, se acabaron los turnos y hasta acá llegó mi atención. Cuando doy el alta alguno, o alguno deje de venir, doy otro turno, era esa la tarea. Si llegaba un paciente grave, iba a un hospital, o a una guardia, o a un hospital de otro lugar. Bueno, Merlo no recibía los pacientes graves, llegaban al hospital, se los subía a una ambulancia y se los trasladaba.”⁴⁵

⁴⁵ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

La apuesta central de la SSMyA es cambiar el paradigma de gestión atacando los problemas identificados. Ello requiere una transformación organizacional y una aplicación de nuevas prácticas cotidianas. El desafío no es sólo crear esta estructura, sino, además, es necesario convencer a los profesionales y superar las resistencias.

En base a estos problemas la conducción condensó su lectura de la situación en un modelo causal con el que se busca explicar el déficit de los servicios a partir de los problemas identificados que definen las variables sobre las que se propone operar para producir una transformación de la situación.

IMAGEN N°8. COMPLEJO CAUSAL.



Fuente: “Modelo para armar” - Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

Como puede observarse en la Imagen N°8, la SSMyA explica el déficit de cobertura y calidad en la atención -entendida ésta en términos de la LSM- a partir de la conjunción de problemas enlazados: La insuficiente prestación de servicios (1), centrada principalmente en consultorios externos que implica, no sólo atención individual, sino aislada y con pocos recursos para generar respuestas adecuadas. El aislamiento se produce respecto de tres tipos de actores: la escasa interacción con los actores del territorio (3) la débil vinculación con los hospitales del Partido (2) y la baja articulación con otras áreas gubernamentales (municipales, provinciales o nacionales) (4). Asimismo, un problema transversal para la estrategia es la falta de un marco común que organice y guíe las prácticas y que haga posible una mayor coordinación de las

acciones en el marco del paradigma propuesto por la LSM (5). Transformar a los trabajadores de la salud mental en un equipo con un marco de acción común, con un sistema referencia, es uno de los desafíos que se le presenta a la SSMYA. Para ello se debe disponer de información para orientar las acciones (6) y jerarquizar al trabajador (7) (SSMYA; 2019:21).

El modelo selecciona mayoritariamente problemas de flujos de producción, problemas propios de la gestión, problemas de producción de jugadas. La actual organización y distribución de los recursos no permite a la SSMYA generar servicios de atención la cobertura y la calidad que espera. La nueva conducción no se encuentra conforme con lo que se produce, ni en la calidad ni en la cantidad. De allí que la primera operación que se plantee realizar sea la de reconstruirse para poder enfrentar las situaciones problemáticas del campo, aumentar su capacidad de producción, acumular capacidades para poder generar nuevas acciones, esto es, transformar el perfil de producción en uno acorde a la LSM y a la demanda de la población de Merlo requiere. El centro de la política se concentra en que el equipo que conduce la SSMYA pueda revertir esta serie de falencias internas.

4. Hacia un nuevo perfil de producción

El análisis de situación y las propuestas que el plan expresa son tanto un resultado de la lectura de la realidad a la que el grupo de conducción se enfrenta como de su trayectoria y la experiencia previa. La idea y el perfil de los servicios que se proponen provienen de esa experiencia en el trabajo territorial. Al ser consultada sobre si realizaron un diagnóstico al inicio de la gestión la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones responde:

“En el municipio de Merlo no porque yo no venía trabajando en Merlo. (...) Armamos la planificación estratégica en base a las problemáticas que hipotetizamos, que las conocemos porque somos del conurbano, pero no específicamente, no teníamos un diagnóstico tan fino del municipio de Merlo.”⁴⁶

El diálogo entre esta experiencia y la situación es el punto de partida del plan y lo acompañará a lo largo del tiempo. En este caso, la experiencia acumulada es la guía para organizar la nueva producción de servicios para atender la demanda de la población de Merlo. Para poder brindar esos servicios es que deben abordarse los problemas internos que el modelo causal define y relaciona. Todas estas definiciones, por su parte, se apoyan y cobran sentido a partir del desarrollo argumental que se expresa en la LSM, que sirve como marco para interpretar y guiar las acciones y proyectar la imagen objetivo de la política.

⁴⁶ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

El plan define las líneas de acción para operar sobre la situación analizada y modificar la cobertura y el perfil de producción de la política local de salud mental y adicciones.

En el Plan Estratégico 2016-2019 se aprecia que se propone un enfoque de Atención Primaria de la Salud con cinco líneas de acción:

1. Fortalecimiento de la Atención.
2. Desarrollo de Abordaje Territorial.
3. Desarrollo de Programa de Consumo Problemático.
4. Mejora de la atención a personas judicializadas.
5. Desarrollo del Observatorio de SSMYA.

Mediante ellas se busca brindar herramientas a los trabajadores y fortalecer las capacidades de la SSMYA, asumiendo que ellos son el primer eslabón y contacto de la población con el sistema de salud. El plan insinúa que es este fortalecimiento el que permitirá modificar el perfil y la cobertura de la atención.

4.1. Fortalecimiento de la Atención

La primera línea de acción es la profundización del enfoque APS en las Unidades Sanitarias, posicionando a los psicólogos a ellas asignados como referentes de salud mental en los barrios y articulándolos con servicios de apoyo para la atención de casos de mayor complejidad.

Los profesionales de la salud de las Unidades Sanitarias deben “caminar el barrio”, vincularse con sus actores y desarrollar con ellos estrategias que integren la asistencia, la prevención, la reducción de daños y la promoción de la salud mental. Para apoyar esta tarea, se crean espacios reflexivos entre ellos, concebidos para la puesta en común de sus prácticas, la capacitación y supervisión sobre los problemas que identifican en las comunidades y las respuestas que se articulan. La idea central de estos dispositivos es la construcción de marcos comunes de trabajo.

Además, se plantea la organización de otros dispositivos de apoyo a la tarea que se realiza en las Unidades Sanitarias para el abordaje de situaciones más complejas que requieren atención interdisciplinaria especializada. Uno de ellos es el equipo de salud mental infanto-juvenil al que pueden derivar casos específicos; otro el desarrollo de mecanismos de articulación con los hospitales del partido mediante sistemas de referencia y contrareferencia y turnos protegidos y un tercero es la creación de una unidad de atención de pacientes de salud mental en el Hospital Eva Perón que incluya la internación en crisis.

“Las crisis, las urgencias subjetivas y el desamparo social nos interpelan, y a la vez impulsan la creación de dispositivos que puedan alojar y no expulsar del sistema de salud lo que irrumpe, con sus presentaciones en tiempos y espacios difíciles de contener”⁴⁷

Se plantea contar con una guardia de salud mental en el Hospital principal del Partido, un equipo interdisciplinario que tenga a disposición camas para la atención de crisis. Además, la necesidad de capacitar a los equipos médicos del propio nosocomio.

Finalmente, un cuarto dispositivo propuesto es la creación de una unidad especializada para la atención de casos judicializados hasta ese momento eran atendidos por los profesionales de las Unidades Sanitarias.

Estos dispositivos se orientan a brindar un sistema de apoyo a la tarea de las Unidades Sanitarias para que puedan dedicarse a articular con sus comunidades para generar estrategias que coordinen sus recursos para ampliar y modificar la intervención de la política de salud mental en ellas. Para ello, además se redistribuyeron los profesionales que se desempeñaban en más de una Unidad Sanitaria.

“(...) nosotros planteamos que los psicólogos que estaban en 2 Unidades Sanitarias diferentes tenían que estar dentro de la misma zona. Que nos parecía una cuestión lógica e inclusive de cuidado para compañeros que por ahí se tenían que atravesar todo Merlo para ir a trabajar y nos parecía que poner la cabeza en una misma zona y tenerlos como referentes en esa zona iba a potenciar mucho más el trabajo. (...) Sino les pasa como a los otros profesionales, están como de pasadita y no tienen el tiempo y la energía de conectarse con el lugar.”⁴⁸

Este movimiento intenta generar sentido de pertenencia en el barrio y está orientado a la reconstrucción de vínculos sociales y a potenciar la participación comunitaria para lograr formas de atención más efectivas.

Las ideas de una atención que “abra la puerta del consultorio” y la de la movilización de recursos comunitarios son inseparables en este planteo. Se esperaba que la primera produjese una activación de la demanda latente y la posibilidad de “desborde” que pondría de manifiesto la limitación de los recursos para atenderla. Solo la movilización de recursos de otros actores haría posible dar una respuesta al volumen y la complejidad de esta demanda.

“(...) Cuando se abre una puerta a alojar, hospitalidad digamos, hay más demanda. Pero el tema era pensar cómo recibirla, cómo trabajarla juntos, que no sean listados de pibes, que no sean casos que te los paso y los dejo, sino cómo construir esa posibilidad de tratamientos.”⁴⁹

⁴⁷ Documento de la SSMYA.

⁴⁸ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

⁴⁹ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

El abordaje desde la complejidad y la activación de la demanda latente necesita estrategias de atención en red que movilice recursos de las comunidades.

4.2. Desarrollo de Abordaje Territorial

La segunda línea de acción propone ganar presencia en el territorio, fortaleciendo el lazo con la comunidad respondiendo a la afirmación de valor que “la Salud es un Producto Social”. El cambio es total para los profesionales, de un trabajo de consultorio con modalidad psicólogo-paciente a una labor comunitaria donde la articulación y colaboración con otros actores es el eje.

En esta primera etapa se planean dos productos claves. Por un lado, la promoción de redes de salud mental en el territorio, de las cuales los profesionales de la SSMYA deben ser parte, que deberán nuclear distintos actores del barrio (las escuelas, la iglesia, las organizaciones sociales, otros efectores públicos, etc.) con una agenda de salud mental tanto para el abordaje de casos como para la promoción de buenas prácticas de salud a través de capacitaciones a la sociedad y otras actividades de concientización. Por otro lado, el Programa de Abordaje Integral en la Comunidad (PAIC), un equipo interdisciplinario especializado para el tratamiento de situaciones complejas en los barrios. Como se verá en el próximo capítulo estos dispositivos están estrechamente vinculados.

El eje central que guía el desarrollo de los dispositivos para el territorio es el concepto de complejidad que visibiliza la multicausalidad de los problemas de salud mental, *“el abordaje de los padecimientos de las personas requiere la movilización de actores y recursos diversos, muchos de los cuales se encuentran en la comunidad y forman una red de vínculos de cuidado cuya ruptura suele explicarlos en gran parte”* (Barreiro y Hernández; 2018:5). Lo que se persigue es el armado de redes locales de cuidados que permitan la continuidad de los tratamientos de las personas con padecimientos de salud mental y problemas de adicciones.

La experiencia del mapeo colectivo y los diagnósticos situacionales por Unidad Sanitaria, permiten generar las primeras estrategias de abordaje. Salir del consultorio al barrio da inicio a abordajes en los que los profesionales ya no se encuentran solos con el paciente, sino que deben comprender su contexto y disponer de la articulación con otros actores para acompañarlos. Las redes y el PAIC, a su vez, reúnen experiencias que, puestas en común, permiten el aprendizaje y la optimización del uso de los recursos, propios y de los otros actores.

4.3. Desarrollo de Programa de Consumo Problemático

En las gestiones previas del municipio el problema de adicciones se abordaba desde una mirada más punitiva que de salud mental. El área encargada era la Secretaría de Gobierno y tenía más

vínculo con seguridad que con salud. La SSMYA se propone revertir esta tradición mediante un dispositivo de abordaje comunitario destinado a aquellos sujetos que no suelen demandar el tratamiento. Si el foco de la atención se pone en el sujeto con padecimientos, y no en la enfermedad, se requieren formas de abordaje que operen desde el territorio reduciendo riesgos y a través de intervenciones acordes a sus necesidades.

Las líneas de acción propuestas prevén, en una primera instancia la construcción de dos nodos de intervención en el territorio con equipos interdisciplinarios apoyados por otro que atienda en la nueva Sede Salta. A mediano plazo, se espera poder aumentar a cuatro nodos y crear Casas Amigables gestionadas con actores de la comunidad (Iglesia y organizaciones), para recibir y acompañar a jóvenes con consumo problemático.

“Nos preocupaba poder armar una Subsecretaría en donde el consumo problemático estuviera incluido en el área de salud pública y con él todo lo que fuera, para nosotros el consumo es parte del padecimiento subjetivo. Es uno más, así lo vemos. Entendemos que para los políticos el tema de las adicciones es un tema que es importante ponerlo en agenda, pero para nosotros es una problemática más de salud mental.”⁵⁰

4.4. Mejora de la atención a personas judicializadas

El cuarto eje de trabajo del plan es el de la atención de casos judicializados y la interacción con los juzgados. A partir de la LSM, que otorga un fuerte protagonismo a los equipos interdisciplinarios de salud mental en las decisiones de la justicia, este vínculo es habitual. Para fortalecer el diálogo con ella se propone un dispositivo para ordenar, asignar y dar seguimiento a los oficios judiciales. Un equipo específico que recepcione, analice y organice la estrategia de abordaje. Los profesionales de las Unidades Sanitarias intervienen en el marco de una estrategia que articula diversos recursos, ya no atienden la situación en soledad. Con ello se espera fortalecer su intervención, mejorar la atención reduciendo estancamientos burocráticos y mejorar el vínculo con los agentes judiciales.

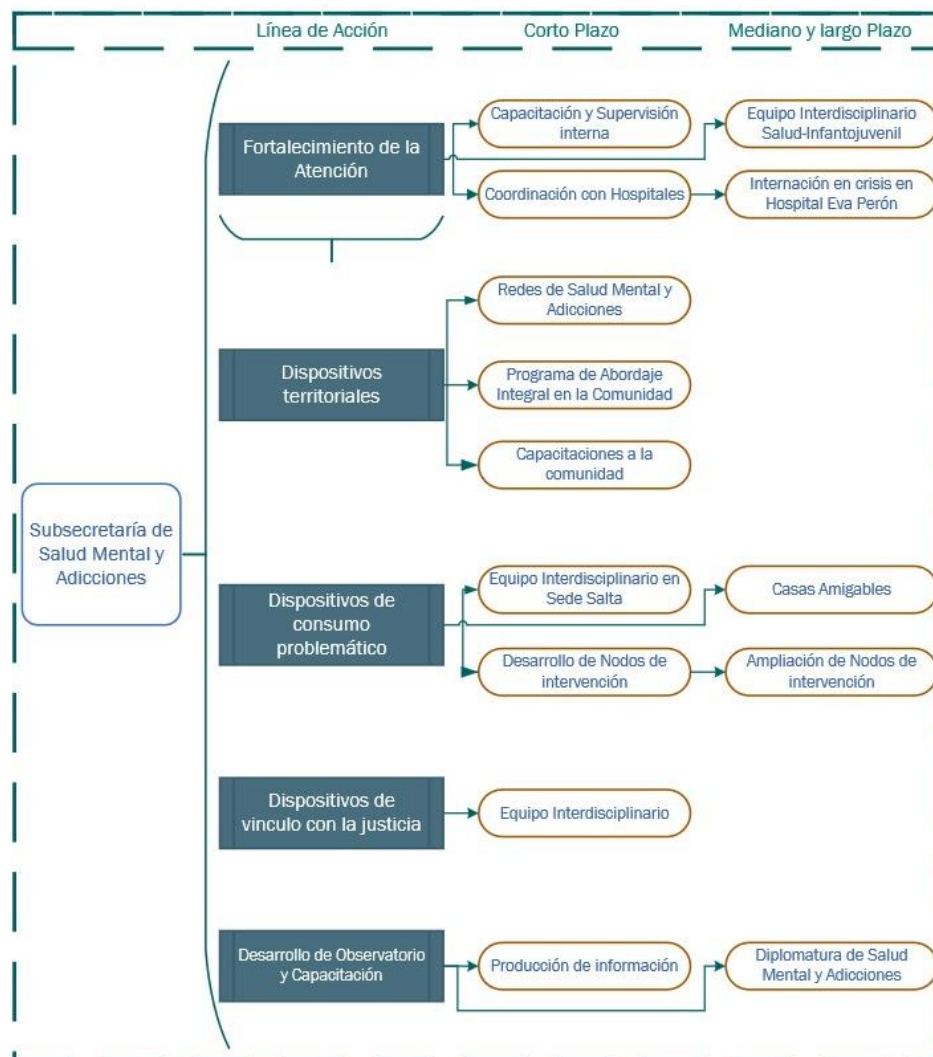
4.5. Desarrollo del Observatorio y la capacitación de la SSMYA

Finalmente, se plantea la necesidad de producir información. Es con este objetivo que se traza la idea de crear un área transversal con la responsabilidad de sistematizar la información sobre las intervenciones que realiza la SSMYA, caracterizar la población a la que se atiende y reunir información epidemiológica en materia de salud mental. Se espera que el Observatorio brinde insumos para los profesionales y la conducción de la subsecretaría para fortalecer la dirección estratégica de sus acciones y evaluar la marcha del plan.

⁵⁰ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

También se propuso, desarrollar una potente área de capacitación interna y externa para fortalecer las prácticas de los trabajadores e involucrar a la comunidad. Pensando en el mediano plazo, se planteó generar una Diplomatura de Salud Mental y Adicciones en la Universidad Nacional del Oeste (UNO) con el objetivo de formación y capacitación de estudiantes y profesionales en el nuevo paradigma.

IMAGEN N°9. PERFIL DE PRODUCCIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO.



Fuente: Elaboración propia en base a información de los documentos del Plan Estratégico 2016-2019 de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo

Para abordar los problemas que se seleccionan, el plan traza un conjunto de líneas de trabajo que, en conjunto, tendrían la capacidad para modificar la atención de las demandas de la población de Merlo ampliando su cobertura y transformando su contenido. Estas propuestas son tanto una respuesta a una realidad analizada, como una evocación del repertorio de respuestas que el equipo de conducción había forjado en virtud de una larga experiencia en el campo.

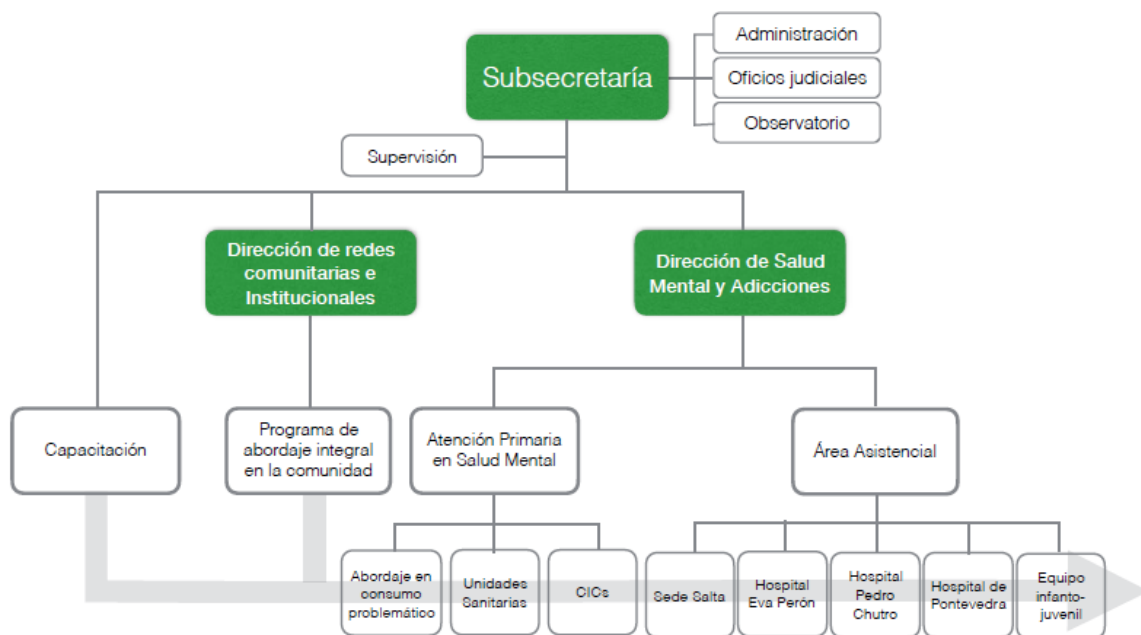
5. Estructura Organizativa

El proceso de planificación estratégica implicó también el diseño de la estructura del nuevo organismo y la asignación de responsabilidades para el desarrollo de las diversas líneas de trabajo.

La estructura diseñada se define en torno a dos unidades con responsabilidades funcionales definidas. Una de ellas, la Dirección de Salud Mental y Adicciones, tiene por tarea la articulación con los efectores de salud y la otra, la Dirección de Redes Comunitarias e Institucionales, con las redes territoriales que movilizan recursos en el territorio.

El esquema organizacional de la SSMYA obliga una integración operativa. Ambas direcciones funcionan mancomunadamente, la acción de la segunda en el territorio requiere de la asistencia que organiza la primera y ésta, de la intervención de los agentes territoriales.

IMAGEN N°10. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.



Fuente: Plan Estratégico 2016-2019. Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

La Dirección de Salud Mental y Adicciones (Dirección de Asistencia, de aquí en adelante) cuenta con dos coordinaciones. Una de Asistencia Primaria en Salud Mental que tiene la responsabilidad de articular con los equipos de salud mental de las Unidades Sanitarias y los Centros Integradores Comunitarios (CIC) y a la vez, conduce el equipo de consumo problemático. La otra, Área Asistencial, coordina con los hospitales del Partido y tiene a cargo

las actividades de la Sede Salta, funciones que, en los hechos termina llevando adelante la propia Directora.

La Dirección de Redes Comunitarias e Institucionales (Dirección de Redes, de aquí en adelante) tiene la función primaria de promover las redes de salud mental a lo largo del Partido, así como la articulación con los otros actores tanto gubernamentales (municipales, provinciales y nacionales) como comunitarios. El PAIC funciona dentro de del área.

De la Subsecretaría dependen de manera directa distintas áreas. La coordinación de capacitación, transversal a toda la estructura, que organiza actividades de formación para el propio equipo y jornadas abiertas a la comunidad. Otra coordinación que tiene la función de organizar las instancias de supervisión de la práctica de los equipos de profesionales, un dispositivo que se convierte pronto en central. También, de la Subsecretaria depende el Observatorio que produce información que alimenta la tarea de las áreas y el equipo de vinculación con la Justicia. Finalmente, también bajo esta dependencia se encuentra todo el soporte administrativo, aérea clave que gestiona la recepción de pacientes, la gestión de los turnos, la sala de espera y los asuntos administrativos propios del organismo.

IV. Consideraciones sobre el proceso de conformación de la SSMYA

Cuando el Intendente municipal coloca las adicciones como un problema de política importante para su gestión de gobierno y encarga a un equipo definir e implementar una política en tal sentido, dotándola de recursos institucionales en el marco de la Secretaría de Salud, sus integrantes utilizan la planificación como herramienta para convocar a un personal disperso a una tarea colectivamente organizada en esta dirección.

La concepción de la que partían, y a la que adherían con un compromiso militante ejercido a través de años de trabajo y activismo en la zona oeste del conurbano, es la que estructura su mirada sobre el campo en el que la nueva SSMYA debe intervenir. Es ella la que funda su insatisfacción con las formas de atención vigentes y los lineamientos para su reformulación. En el núcleo de esta concepción se ubica la mirada sobre los padecimientos mentales como fenómenos complejos asociados con los vínculos que las personas forjan y las instituciones que los atraviesan, entre ellas el sistema de salud.

“Pensamos desde la multidimensionalidad del sujeto humano. Yo creo que es una noción que escapa o que se interpone al concepto muy positivista, muy causalista y unidireccional, que tiene más que ver con el modelo médico, el modelo médico clásico positivista que es: síntoma-tratamiento, te trato como un síntoma nada más. Es el hígado y punto, es el hígado. A veces, con la salud mental se quiere hacer eso, se quiere decir esto, diagnóstico, es una fobia, va la pastillita para la fobia y necesita psiquiatra, punto. La historia de esa persona, cómo armó ese síntoma, queda todo afuera. La complejidad lo que trae es eso, todas las dimensiones de un sujeto, que multicausalmente tiene alguna formación sintomática, una estructura de personalidad, o rasgos, o conductas, que están multicausalmente provocadas. La concepción del sujeto nuestro es una concepción del sujeto social, con lo cual, la historia vincular actual del sujeto está implicada siempre en lo que le pasa.”⁵¹

Esta mirada no solo es una clave de interpretación del campo sino también una visión de las prácticas hoy existente (centradas en la medicalización y el encierro) y un repertorio de respuestas alternativas en las que se privilegia lo territorial, lo interdisciplinario, las articulaciones institucionales, la construcción de un colectivo de profesionales que operan con marcos comunes de acción y los construyen a través de ella.

El proceso de planificación incorpora información del entorno e incluso coloca a la producción de información como parte integral del mismo, pero de alguna manera los actores “ya saben por dónde ir”. Se está lejos del modelo de decisión en el que se precisa un problema, se listan alternativas, se las evalúa en función de un criterio, se elige para definir una implementación. El plan es más bien un dispositivo de convocatoria a compartir una lectura de las formas en que está organizada la atención de la salud mental en Merlo, un conjunto de valores para transformarla, un acuerdo sobre las dificultades que este camino encierra y un conjunto de dispositivos de acción a reformular o construir. Más aún, en vez de un instrumento de decisión el proceso de planificación es el inicio de un proceso de construcción del “profesional colectivo” que aspira a ser la nueva SSMYA a partir de un mosaico heterogéneo de agentes encerrados en prácticas aisladas y rutinizadas.

El plan no es una preparación para la acción sino ya un “movimiento” en el campo. Participar en el proceso de su elaboración implica salir del consultorio y “mapear” actores en el barrio, establecer vínculos con otras instituciones, comenzar a construir redes.

“El territorio es lo que nos da es el sostén para que una intervención en salud mental, se transforme en algo que no solo pasa en el consultorio, en el caso de un niño pueda ir al club del barrio, lo puedan sostener otras redes comunitarias, que no sea una vez por semana un psicólogo en una salita”⁵²

Las propuestas de acción formulan dos “promesas” que caracterizan este “plan-convocatoria”. Una es a formalizar y apoyar estas prácticas de reconstitución de vínculos que comprometen

⁵¹ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁵² Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

lo comunitario y lo institucional mediante dispositivos en el territorio, vinculaciones fortalecidas con otros efectores de salud y otros organismos, nuevas formas de abordaje de las adicciones. La otra es fortalecer y jerarquizar al propio equipo. El plan tiene un componente importante y central de apoyo interno al equipo, que se condensa en la frase “cuidar a los cuidadores”. Se promete capacitación, discusión colectiva de las prácticas a través de un esquema sólido de supervisión, información sobre lo que se hace, vínculos con otros para dar una respuesta más integrada. El plan sirve para despertar y alentar la expectativa de que nadie va a tener que intentar resolver solo, en su consultorio, las situaciones que no parecen tener solución; promete devolver el sentido a lo que se hace. La estructura organizativa misma tiene esta lógica, los dispositivos de asistencia estarán acompañados por otros de movilización de apoyos comunitarios y ambos buscarán articulaciones para hacer más efectiva la tarea.

Estos rasgos llevan a destacar aspectos de la planificación que se alejan de las descripciones clásicas del modelo secuencial. Más que la preparación de decisiones a implementar lo que se observa es un proceso fluido y dinámico que busca transformar el flujo existente de acciones en materia de atención de la salud mental en el municipio que, a la luz de las concepciones que trae el equipo, se muestran insatisfactorias. La base argumental para juzgarlo, expresada en la LSM, y los rasgos del nuevo perfil de producción pública que se busca generar forman parte del repertorio de acciones que este equipo ha construido en virtud de su experiencia previa. El proceso de planificación constituye un primer momento de encuentro entre estos conceptos, este repertorio y la realidad específica de Merlo que se transforma en una convocatoria y en una primera acción de los convocados.

El proceso de planificación es, sobre todo un proceso de construcción de un actor, que reordena la organización, los recursos y las prestaciones a partir de un nuevo discurso sanitario para encarar los desafíos que implica el abordaje de la salud mental en el territorio del municipio.

Desde esta base, la SSMYA experimentará un importante proceso de consolidación y crecimiento que se expresará en los años siguientes. La experiencia de trabajo ayudará a profundizar y precisar el análisis de la situación a reevaluar la viabilidad de algunas de sus propuestas y a interpretar oportunidades significativas no previstas en el plan.

En el próximo capítulo, analizaremos la manera en que la SSMYA transforma las prestaciones existentes construyendo un nuevo perfil de producción pública en materia de salud mental en el marco del contexto efectivo de despliegue de la acción. En efecto, como señala Carlos Matus: *“(...) el actor puede elegir su plan, pero no puede elegir las circunstancias en que debe realizarlo”* (1993:13).

Capítulo 3. Política efectiva: Análisis de Producción

El presente capítulo aborda lo que puede denominarse el momento de experimentación y producción en la política local de salud mental y adicciones, aquel en el que lo planificado comienza a manifestarse en la prestación efectiva de servicios para la población. El foco está puesto en la producción de estos servicios a través de los que la SSMYA se propone dar respuestas a los problemas de salud mental en el marco de los lineamientos estratégicos que dirigen su acción.

Luego del momento inicial de conformación y definiciones estratégicas y hasta el año 2019, la SSMYA desplegó una intensa política en el territorio que puede ser organizada en tres grandes frentes de trabajo. El primero es el que tiene como eje el abordaje territorial y el fortalecimiento de los lazos comunitarios para la intervención en materia de salud mental y adicciones; el segundo es el de la diversificación y articulación de las modalidades de atención y el tercero el fortalecimiento de la propia SSMYA para llevar adelante la tarea en los dos primeros frentes.

Hacia fines de 2019 la SSMYA había duplicado la cantidad de profesionales de la salud funcionalmente vinculados, para incluir a 80 trabajadores entre psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, otros profesionales y personal de apoyo. Este crecimiento significativo es expresión del establecimiento de una nueva forma de abordaje de la salud mental que traduce en una variedad de dispositivos de atención.

En lo que sigue se describirán y analizarán estos dispositivos organizando la exposición en los tres frentes de trabajo mencionados.

Abordaje territorial y fortalecimiento de lazos comunitarios

En el abordaje del territorio se encuentra el corazón de la estrategia de gestión que generó la SSMYA. Aquí es donde se concreta la idea de fortalecer -y reconstruir cuando es necesario- los lazos sociales que sostienen a la salud mental de la población.

En el capítulo precedente, se destacó la importancia del *territorio* para política propuesta y la centralidad que tenía el problema de la baja inserción de los servicios en las tramas comunitarias en un contexto de deterioro de las condiciones de vida que afectaba fuertemente la salud mental de la población. Para avanzar en la territorialización de los servicios la SSMYA tomó de base las Unidades Sanitarias existentes como dispositivo para la inserción de los servicios en las distintas regiones que se habían definido en el plan estratégico. El fortalecimiento de la atención en estas unidades se combinó con otros dos dispositivos territoriales: el desarrollo y sostenimiento de Redes de Salud Mental y la atención especializada en territorio a través del PAIC.

Las prestaciones de estos dispositivos buscan integrar un único servicio compuesto que se propone garantizar una mejor asistencia, prevención y promoción de la salud mental en el territorio. Para analizar su funcionamiento los servicios que brinda cada uno de estos dispositivos deben ponerse en relación con los otros.

Unidades Sanitarias

La mayoría de las Unidades Sanitarias brindan servicios de salud mental a través de la atención que ofrecen regularmente veinte psicólogos apoyados por un pequeño equipo de psiquiatras que asisten la tarea de los anteriores desde su especialidad. Psicólogos y psiquiatras que reportan funcionalmente a la SSMYA pero, al mismo tiempo, integran el grupo de profesionales de la salud -médicos, trabajadores sociales, enfermeras- más amplio de la Unidad Sanitaria que atiende otras especialidades. La nueva conducción del área se propuso fortalecer la atención de la salud mental en cada una de ellas promoviendo el abordaje comunitario de los problemas. La convocatoria fue a “salir del consultorio” para conocer el territorio y familiarizarse con sus problemas y con los actores capaces de enriquecer su abordaje.

El mapeo del territorio que acompañó el proceso de planificación dio lugar a una nueva distribución de los profesionales en cada una de las zonas definidas para concentrar sus actividades y hacer posible un mayor conocimiento y familiaridad con el territorio, con un criterio de que cada profesional debe trabajar como máximo en 2 Unidades Sanitarias, en lo posible de la misma zona.

La redistribución fue acompañada de un proceso de fortalecimiento del equipo de las 27 Unidades Sanitarias mediante reuniones periódicas. En estas reuniones, organizadas por la Coordinación de Atención Primaria, los equipos llevaron adelante y compartieron los procesos de diagnóstico de sus respectivas zonas para profundizar en sus problemáticas y desarrollar vínculos con los referentes barriales para movilizar recursos comunitarios en los procesos de atención de la salud. Este trabajo se articula con las Redes de Salud Mental de cada zona en las que los psicólogos de las Unidades Sanitarias tienen un activo protagonismo. De este modo es posible avanzar en formas de abordaje intersectorial de los problemas fortaleciendo -y generando en los casos que no existan- los vínculos comunitarios y las intervenciones públicas que se requieren en cada caso.

En las reuniones de coordinación, los profesionales también trabajan colectivamente en el análisis supervisado de casos para brindarse apoyo mutuo y construir marcos colectivos que orienten las intervenciones. Además, ellas sirven de escucha y apoyo al equipo, lo constituyen

como tal y permiten construir la idea de una tarea común. Las reuniones se constituyeron en un ámbito de reflexión, puesta en común, contención y acompañamiento.

“(...) las reuniones de los psicólogos de atención primaria son dos miércoles al mes, para esas reuniones se programan actividades, se plantean los casos. Pero, por otro lado, [se trata de que] lo psicólogos sientan el acompañamiento [de la SSMYA]. Cuando uno empieza con las reuniones hay mucha catarsis, en relación a los recursos que faltan, en relación a que la demanda es tanta que ..., en algunos casos las reuniones empezaban criticando al ámbito público por la falta de recursos, las dificultades en el trabajo. Entonces nosotros actuábamos un poco de filtro, por un lado, y, por otro, explicando las funciones que teníamos que desempeñar. Nuestra presencia allí era necesaria.”⁵³

El trabajo de fortalecimiento y acompañamiento de los equipos de salud mental de las Unidades Sanitarias tuvo como propósito integrarlos al marco de acción común que la SSMYA estaba proponiendo para que participen activamente en su desarrollo y lo encarnen en sus prácticas. Como se ha señalado anteriormente, las prácticas previas respondían a otros paradigmas y la adopción del enfoque propuesto no podía darse por supuesta, debía ser construida.

“[...] no es que con los colegas hubo resistencia, pero obviamente hubo todo un proceso de que se vayan apropiando del proyecto porque sin ellos no se podía sostener, [se trataba de] una propuesta diferente a la que estaban trabajando de antes y no se la podés bajar así de una, verticalmente.”⁵⁴

De este modo la SSMYA fue posicionando a los psicólogos de las Unidades Sanitarias como referentes en el territorio vinculándolos con los actores e instituciones de las zonas sanitarias en las que trabajaban, los integraron a las redes que estaban promoviendo y avanzaron en su consolidación como un equipo que comenzó a operar dentro de los marcos de acción propuestos por el nuevo organismo.

En julio de 2017 las Unidades Sanitarias comenzaron a registrar el volumen de las prestaciones que realizaban mensualmente, su distribución territorial y las características de la población a las que llegaban. En el segundo semestre del año 2017 atendían un promedio de 1.426 consultas mensuales, que se concentraban mayoritariamente en tres de las zonas más pobladas de Merlo con una alta proporción de menores (casi el 50% y un peso algo superior de mujeres)⁵⁵. (Ver Imagen N°11).

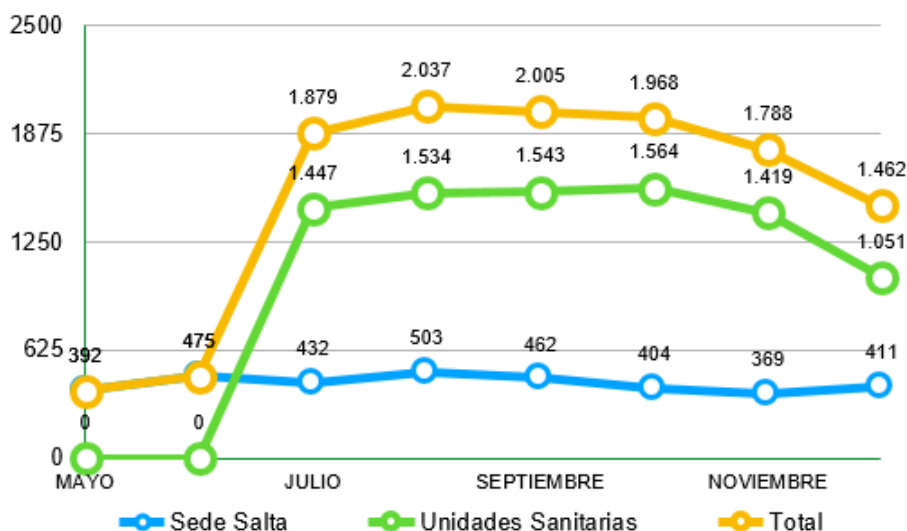
Según los datos del Observatorio, la mayoría de las consultas eran espontáneas (36%) y las derivaciones provenían de otros efectores de salud (21,5%), de escuelas (14,5%) y del Poder Judicial (6,7%).

⁵³ Subdirectora de Salud Mental y Adicciones y Coordinadora de los psicólogos de las Unidades Sanitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁵⁴ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁵⁵ Además de la zona céntrica, las zonas de Parque San Martín, Libertad y Mariano Acosta.

IMAGEN N°11. EVOLUCIÓN DE LAS CONSULTAS POR EFECTOR.



Fuente: Observatorio de Salud Mental y Adicciones. SSMYA. Municipalidad de Merlo. Evolución de las consultas por efector (Sede Salta de mayo a diciembre, Unidades Sanitarias de julio a diciembre 2017).

Redes de Salud Mental

Al mismo tiempo que se fortalecía el trabajo de las Unidades Sanitarias la SSMYA promueve y sostiene la conformación de redes comunitarias de salud mental. Sobre la base del Mapeo de los actores de las zonas realizado se configuran estas redes que parten de interacciones preexistentes entre los actores de los distintos barrios para incorporar el problema de salud mental en su agenda. La propuesta es, por un lado, la canalización de demandas surgidas en el territorio y, por otro, el acceso organizado a recursos para abordar de manera más efectiva las situaciones que estas demandas expresan. Esta nueva agenda seleccionó actores, les otorgó relevancia y generó un propósito que dinamizó y dio permanencia a sus interacciones.

Se promovieron y sostuvieron 11 redes comunitarias de salud mental en el territorio de Merlo (al fin del periodo de gestión eran 9 debido a la fusión de algunas de ellas⁵⁶). La Dirección de Redes de la SSMYA es la que organiza, coordina y promueve el trabajo de las redes, sumando a los profesionales de las Unidades Sanitarias y de otros efectores de salud relevantes en la zona. También integra a otras dependencias del municipio con recursos críticos para abordar los problemas de salud mental como las áreas de Juventud, Género, Derechos Humanos, Infancia y adolescencia (Servicio Local), Entidades Intermedias y convoca a actores de la

⁵⁶ Las primeras 11 redes fueron: Campanillas; Cortijo; Libertad; Mariano Acosta – Ferrari; Merlo Norte; Parque San Martín; Pericón – Cardales; Pompeya – Arco Iris; Pontevedra; El Ceibo y Santa Marta. Desde la SSMYA se indica que se han fusionado las redes de Parque San Martín y Campanillas y que Merlo Norte nunca pudo encontrar funcionamiento por la cercanía a las referencias de la Sede Salta.

comunidad como Iglesias, Instituciones Educativas, Centros Culturales, Sociedades de Fomento, Clubes, Murgas, Comedores, entre otros. Finalmente, establece relaciones con otros organismos provinciales y nacionales como el Programa Envión de la Provincia de Buenos Aires o la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (SEDRONAR).

Las redes operan mediante reuniones mensuales y en algunas de ellas la sede es rotativa con el fin de ampliar el territorio. Asimismo, se mantienen vínculos cotidianos a través de grupos de WhatsApp que se transforma en una herramienta central de interacción para la resolución de problemas que disminuye considerablemente los costos de participación y permiten la atención de situaciones en tiempo real. Se busca estructurar los intercambios virtuales para que solo circulen mensajes pertinentes y se establecen códigos de conducta para el uso de la herramienta, aunque se deja en claro que estas interacciones no reemplazan las reuniones presenciales periódicas. Para integrar la red, es requisito la participación presencial.

La permanencia e intensidad de la actividad que muestran las redes es un dato característico de estas. La explicación que brindan los actores remite a la prevalencia y el apremio de los problemas de salud mental, por un lado, y la capacidad de las redes de reunir y poner a disposición de los actores que participan recursos críticos para abordarlos. El Director de Redes de la SSMYA se refiere a ellas como dispositivos para “movilizar recursos” que están disponibles pero que no siempre pueden ser activados frente a las situaciones que los barrios presentan. Para ello es necesario no solo formar un recursero sino “encarnarlo”.

“(…) Que no sea un recursero escrito con gente que no sabemos quiénes eran, sino que haya un lazo con ese recurso, que el médico del centro médico lo conozcamos, con el psiquiatra del Eva Perón lo conozcamos, que haya un enlace mínimo.”⁵⁷

Los primeros recursos que se movilizan son los de la propia SSMYA, presentes a través de los psicólogos de las Unidades Sanitarias, el Director de Redes y la Coordinadora de Atención Primaria, ambos presentes en todas las reuniones de las 9 redes, que, en conjunto, las vinculan con una gama de recursos del sistema de salud y de otras áreas del municipio. A estos vínculos se suman recursos de otros actores: cursos y talleres de otras áreas municipales o centros culturales, apoyo escolar, comedores donde los niños pueden acceder, establecimientos de alojamiento para jóvenes con problemas de adicciones, programas provinciales o nacionales, entre otros. Esos amplían el capital social disponible (el “recursero encarnado”) al que se accede para resolver “situaciones” que se plantean en las reuniones o a través del grupo de

⁵⁷ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

WhatsApp. Las instituciones y la propia SSMYA saben que allí pueden encontrar una respuesta ante una situación.

Pero las redes no solo ponen a disposición recursos, también organizan y cualifican la demanda. Esto se pone de manifiesto en la gestión de los turnos de las Unidades Sanitarias. Los que se otorgan con participación de las redes implican un grado importante de elaboración de la demanda y de apoyo comunitario para la atención de la situación que la genera. El turno deja de ser un acto administrativo para no solo profesionalizarse sino para hacerse más comunitario. Incluso se invita a los administrativos de las unidades -en general referentes del barrio- a sumarse a la red. Además, junto con esto se promueve un proceso de “desmitificación del turno”, es decir, a trabajar la idea de que no todas las situaciones se abordan mediante turnos con un profesional, que este es un recurso entre otros necesarios que deben combinarse de manera adecuada según el caso. Situaciones como la de tres niños con síntomas muy preocupantes o de jóvenes con problemas serios de adicción que comenzaron a alterar la vida del barrio suponen abordajes más complejos⁵⁸ que los que pueden proporcionar consultas con el psicólogo de la Unidad Sanitaria, como el ingreso de los niños a un hogar alternativo o la organización de una respuesta de las familias del barrio a las conductas de los jóvenes. *“El turno -afirma la Directora de Salud Mental y Adicciones- no resuelve la complejidad”*⁵⁹.

Esta tarea de “elaboración de la demanda” se pone de manifiesto con las derivaciones de situaciones de las escuelas, protagonistas importantes en todas las redes, a los servicios de la SSMYA. Cuando este dispositivo no existía las derivaciones se realizaban a través de un “papelito”, una nota que indicaba el motivo de la demanda de atención.

*“[la demanda] te llegaba masivamente y con todos casos para tratamiento por parte de un psicólogo. Nos costó cambiar este funcionamiento ... al principio cada escuela aparecía con la lista de casos problemáticos que tenían que recibir psicológico. Ya no es más así.”*⁶⁰

Ahora las situaciones se trabajan en las redes, se analizan y se diseña la intervención más pertinente que pueden incluir tratamientos psicológicos pero también otras formas de abordaje institucional o familiar.

Esta elaboración se hace imprescindible ante el efecto de activación de la demanda que las redes producen; *“(...) imagínate cuando en un territorio donde no había nada, de repente las*

⁵⁸ Los casos son ejemplos que se desarrollan en las entrevistas.

⁵⁹ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

⁶⁰ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

escuelas se enteran que empieza a haber psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, la demanda es absoluta.”⁶¹.

La práctica de las redes en el abordaje de situaciones puede ser reconstruida por la SSMyA describiendo una serie de pasos. La presentación de una “situación” en una reunión de red suele dar lugar a su análisis y caracterización en la que se procura incluir distintas dimensiones del problema (psicológica, educativa, familiar, social, vivienda, etc.) para seleccionar los actores pertinentes con recursos para abordarla. A este último paso se lo denomina “armarle la red al caso”. Los actores que asumen la responsabilidad coordinan su intervención y movilizan sus recursos dando lugar al seguimiento de la situación en las sucesivas reuniones de red.

IMAGEN N°12. ESQUEMA DE REDES COMUNITARIAS



Fuente: “Modelo para armar” - Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

En caso de emergencias la red actúa rápidamente por WhatsApp: se plantea la urgencia y los actores que pueden colaborar continúan coordinando en privado.

De ser necesario algún tipo de tratamiento médico, el profesional que lo trata o al que se lo deriva recibe al paciente “enredado”, esto es, con un primer diagnóstico y con un entorno para el tratamiento. Mediante las redes las comunidades acceden de manera organizada a los servicios que brinda la propia SSMyA, a los del sistema de salud local y a las prestaciones de las distintas áreas del municipio.

⁶¹ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

La fase del seguimiento de los casos se va complejizando por la cantidad de intervenciones.

“Esto [el monitoreo] es lo que se nos hace más difícil, porque se nos van sumando todas las intervenciones, pero siempre tratamos ... Suele pasar que la misma madre va llamando a los profesionales, o que nos mande fotos, “miren como esta”; o algún caso que enlazamos con [la Dirección de] juventudes y ellos ven que el pibe vuelve a derrapar, nos avisan. Así vamos teniendo información sobre cada situación. Además, estamos mucho en los barrios, pensá que a través de las redes tenemos presencia en todos los barrios de Merlo y ya nos conocen. Estos casos complejos son conocidos por toda la comunidad en general y siempre estamos informados.”⁶²

Adicionalmente, las redes realizan tareas de promoción y prevención de la salud en cada comunidad a través de capacitaciones o jornadas en los barrios, encuentros colectivos, y un evento de cierre anual donde participan todas las redes (jornada de inter-redes). Las reuniones mismas de cada red son un espacio de aprendizaje y reflexión a partir de las situaciones abordadas. De allí la importancia de las reuniones presenciales: *“una de las condiciones que pusimos fue que si no participabas de la reunión no podías formar parte de la red. Si dejabas de ir a las reuniones te bajábamos del WhatsApp. Acordado.”⁶³*

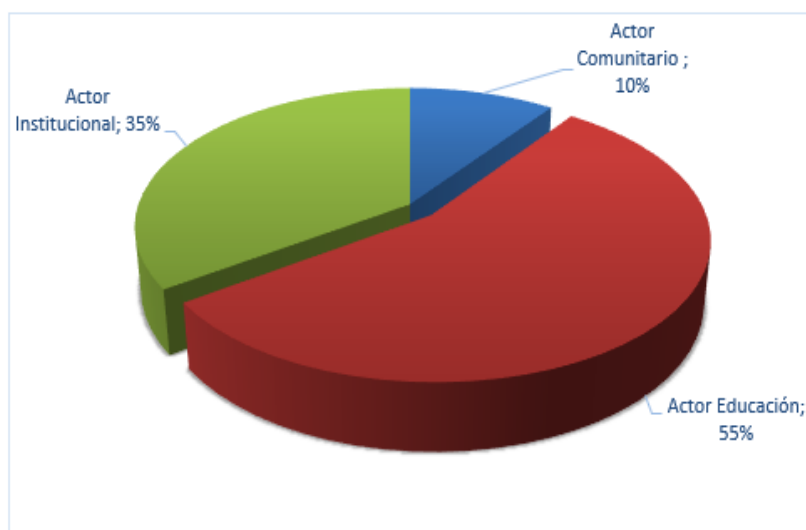
La composición de las redes fue variando a lo largo del período. Al inicio la convocatoria abarca una gran variedad de organizaciones públicas y comunitarias y, con el correr del tiempo, algunas fueron adquiriendo protagonismo. Entre ellas se destacan las escuelas de las distintas comunidades que ocupan un lugar relevante en todas las redes. El relevamiento realizado a partir de la participación en los grupos de WhatsApp y de las planillas de las reuniones efectuadas entre fines del 2017 y durante el 2018 muestra, en efecto, que los establecimientos educativos (de nivel inicial, primario y secundario) son el actor con mayor peso en las redes (Ver Imagen N°13).

Las escuelas encuentran en ellas un instrumento para abordar situaciones complejas que suelen desbordar sus capacidades. Las direcciones de los establecimientos y los gabinetes de orientación son quienes deben intervenir en estos tipos de casos y suelen participar de las redes. Las estadísticas del Observatorio de la SSMYA muestran que el 47% de las consultas de las Unidades Sanitarias son de niños, niñas y adolescentes y que, aproximadamente un 20% son derivaciones realizadas por las escuelas. La fuerte presencia de los problemas de niñez y adolescencia fue configurando el perfil de las redes -aunque no de manera exclusiva- hacia esta problemática otorgando a las escuelas y otros actores como los Servicios Locales de Niñez, un protagonismo destacado.

⁶² Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

⁶³ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

IMAGEN N°13. ACTORES PARTICIPANTES EN REDES COMUNITARIAS.



Fuente: Elaboración propia.

Resulta pertinente analizar las causas que subyacen a esta focalización de las redes. Observamos dos elementos fundamentales que argumentan este vínculo salud mental-educación. Uno de ellos, los niños, niñas y adolescentes constituyen la principal demanda (47% de las consultas de las Unidades Sanitarias) entonces por cuestiones organizativas y de secreto profesional, es decir, a veces se tratan temas sensibles de las familias que requieren cierta privacidad, fueron tomando protagonismo.

“En un principio eran más comunitarias, o sea, se las había pensado más abiertas, digamos cualquier referente barrial podía y puede concurrir, pero ahora fue adquiriendo peso la presencia de las escuelas, el servicio local de niñez. El Servicio Local es el que se ocupa, acá en el municipio, de los casos de vulneración de derechos de niños y adolescentes. Es fuerte la participación de quienes interactúan y quienes intervienen con la niñez y con la adolescencia.”⁶⁴

Otra razón de esta orientación más institucional y con la agenda de niñez y adolescencia ocupando un lugar destacado proviene de la política local. El abordaje territorial propuesto por la SSMYA generó reacciones en otros actores que no entendían su finalidad. En momentos electorales *“(…) las redes empezaron a hacer ruido en la política local, se empezaron a perseguir, como si se tratara de copar el territorio por tener ordenadas a las redes y al territorio ahí.”⁶⁵*

“(…) no estaba muy bien visto que en una red se dijera lo que opinaba sobre lo que no funcionaba y en un momento las redes tambalearon por esto, desde lo político. Eso fue más o

⁶⁴ Subdirectora de Salud Mental y Adicciones y Coordinadora de los psicólogos de las Unidades Sanitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁶⁵ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

menos en el segundo año. Otros actores se quisieron poner en el WhatsApp para ver qué se decía en las redes. Y la verdad, lo que lo que siempre costó entender es que es mucho mejor que vos tengas el panorama de lo que pasa ahí, a la vista, y que la gente opine, y que diga, y que otro le puede decir que no, que no es así, o que sí es así, que se está haciendo esto, (...). Entonces, tomamos una decisión estratégica para que las redes pudieran continuar porque corrían peligro, que fue centrarlas en salud mental – educación.”⁶⁶

Una vez pasadas las elecciones y ya lograda una mayor comprensión de cuál era la lógica de trabajo de la SSMYA las redes volvieron a expandirse hacia otros actores, pero el protagonismo del sistema educativo en su funcionamiento permaneció y se consolidó.

Programa de Abordaje Integral en la Comunidad (PAIC)

El PAIC es un dispositivo diseñado para intervenir sólo en los casos complejos. En un comienzo, *“fue pensando para consumos [problemáticos], como un equipo de la gestión que pudiera ir a territorio, con la lógica de APS y siguiendo toda la línea de cuidado.”*⁶⁷. Sin embargo, la práctica en territorio amplió el ámbito de intervenciones a una variedad de situaciones comunitarias. Siguiendo los lineamientos de la LSM el dispositivo está conformado por un equipo interdisciplinario integrado por dos psicólogas, una trabajadora social, un operador socio-comunitario y un psiquiatra.

El espíritu del PAIC es trabajar en la complejidad con el objetivo de *“mejorar el acceso oportuno de personas con problemáticas de Salud Mental y Adicciones a la atención, garantizando la continuidad y el sostenimiento de los cuidados que reciben de la red local disponible en su comunidad”* (Barreiro y Hernández; 2018:4). El equipo trabaja de forma ambulatoria brindando el servicio de atención domiciliaria supervisada al mismo tiempo que organiza una trama de apoyos que permiten abordar estas situaciones desde sus distintas perspectivas.

Aunque el Programa trabaja constantemente en la urgencia, su propósito no es ese sino el de inscribir el tratamiento como un componente más en una cadena de cuidados que involucra la complejidad. La idea fundamental es crearle al caso una red de apoyo y contención que complementa al tratamiento. Debido a la necesidad de articulación con otros actores del territorio el Programa trabaja intrínsecamente ligado a las redes y a las Unidades Sanitarias. Generalmente, la urgencia activa el dispositivo, pero la intervención requiere de una lectura situacional y un seguimiento constante que hacen que el tratamiento sea prolongado.

Las estrategias de intervención del PAIC son flexibles, la metodología de trabajo avanza a través de un proceso de reinterpretación continuo de la situación para definir acciones que se

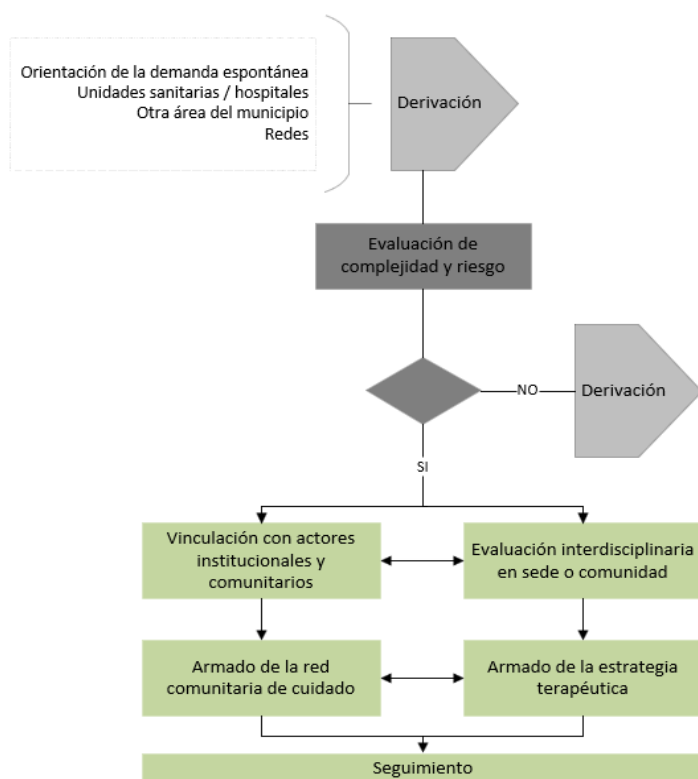
⁶⁶ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

⁶⁷ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

ajusten a la peculiaridad del caso a tratar. Cada situación necesita estrategias distintas y reiteradas lecturas que impiden estandarizar procesos: “(...) la intervención del PAIC es realmente efectiva (...) porque está como liberada de un montón de encorsetamientos, como que se pone ahí la situación y se empieza a pensar por dónde o cómo abordarla (...)”⁶⁸. La demanda al PAIC puede originarse en distintos sectores: instituciones de salud, otras áreas del municipio, la justicia, las redes (Unidades Sanitarias mayoritariamente) o de demandas espontáneas.

El procedimiento que requiere la intervención del PAIC consta de los siguientes pasos: preparar la evaluación inicial de la situación y un análisis de los riesgos pertinentes. En caso de que se decida la participación del Programa, se emprenden dos líneas de acción en paralelo. Por un lado, se realiza una evaluación interdisciplinaria a través de entrevistas (pueden ser en la Sede Salta o, generalmente, en el domicilio del paciente) y el armado de la estrategia terapéutica. Por otro lado, en simultáneo, se identifican y vinculan a los actores institucionales y comunitarios pertinentes que pueden acompañar el caso, es decir, se le “arma la red al caso” para brindarle un cuidado y seguimiento.

IMAGEN N°14. PROCESOS DEL PAIC.



Fuente: “Modelo para armar” - Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

⁶⁸ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

El principal objetivo es la reconstrucción de los lazos con la comunidad y la vinculación con las instituciones necesarias para que los tratamientos sean eficaces. Se busca así, siguiendo los lineamientos de la LSM, evitar internaciones que acentúan el aislamiento social.

Una fortaleza del Programa es su práctica ambulatoria, la visita domiciliaria posibilita una percepción sobre el caso diferente porque acerca la atención a la cotidianidad del paciente.

“(...) vos cuando te acercas a una casa tenés como una mirada macro de lo familiar, de cómo se vincularon, de donde está el perro, de un montón de cosas que te dan una foto, que en un tratamiento individual podría costarte meses para pescar algo de todo eso.”⁶⁹

Esta proximidad hace posible identificar quienes pueden acompañar el caso, favorece el encuentro entre las personas y con el equipo de salud.

Consideraciones sobre el Foco de Intervención

Los tres productos de alcance territorial presentados generan una dinámica conexas: se puede observar cómo las Unidades Sanitarias, que son el efector más próximo a la comunidad, son un actor central de las redes, y un demandante del PAIC. Asimismo, este último requiere de las redes para activar tramas sociales de cuidado para abordar sus casos. Por su parte, el PAIC es un recurso para los otros dos dispositivos. De igual modo, las redes encuentran respaldo técnico en estos dispositivos. Esta sinergia continua entre ellos ha permitido avanzar hacia un abordaje intersectorial y comunitario de los problemas de salud mental en el territorio haciendo frente al problema de debilidad en la inserción territorial de los servicios.

Pasar del consultorio al barrio significó el inicio de una estrategia de abordaje en la que los profesionales ya no se encuentran solos con el paciente, sino que pueden comprender su contexto y disponer de la articulación con otros actores. Al mismo tiempo, tienen a disposición un conjunto de recursos más amplio para abordar una problemática en la cual ellos mismos son solo una parte de la solución. Sus intervenciones se definen por su contribución a la reconstitución de los lazos sociales y vínculos cuya ruptura caracteriza los padecimientos de las personas. Este proceso no solo movilizó a los distintos equipos de la SSMYA orientándolos hacia el territorio, los testimonios indican que también operó sobre las relaciones entre las distintas culturas profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales, administrativos) cuyas acciones se definían por los problemas que abordaban más que por las especialidades de las que provenían. La contribución de cada una se definía en este contexto.

A partir del desarrollo de dos nuevos dispositivos complementarios a las Unidades Sanitarias la SSMYA fue transformando la previa metodología de trabajo integrándola más fuertemente a

⁶⁹ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

las dinámicas de los territorios. Las redes posibilitaron incorporar nuevos recursos (comunitarios y estatales) a los tratamientos, el PAIC se constituyó en un instrumento propio para la intervención en los casos de mayor complejidad.

Las redes, también, cumplen la función de canal de transmisión constante entre la SSMYA y distintos actores, tanto comunitarios como institucionales, además, de ser un instrumento canalizador de la demanda y promotor del resto de los servicios. Ellas cumplen una tarea fundamental para dar respuesta al problema de escasa vinculación con otras áreas de política. Su flexibilidad, tanto como la del PAIC, contribuyeron a aumentar la capacidad de la SSMYA para adaptar sus servicios a la diversidad de casos que se presentan en el territorio.

Líneas alternativas de cuidado

Si la territorialización de la atención para acercar la política a las personas y a la red de actores en las que éstos pueden desarrollar sus vínculos es el primer movimiento que define la estrategia de la SSMYA, el siguiente es la reestructuración de los servicios que se brindan para adecuarlos a las necesidades y demandas de la población. La diversificación y articulación de los servicios es el segundo frente de intervención que ordena las acciones de la SSMYA para construir “líneas de cuidado” que permitan dar respuesta de manera pertinente y oportuna a la demanda.

Además de la red territorializada de servicios anudados en torno a las Unidades Sanitarias, las redes y el PAIC, el Municipio remodeló y adaptó una vieja casona en donde funciona la “Sede Salta”. Un equipo de 20 psicólogos, 9 psiquiatras y personal de apoyo complementa los servicios de los dispositivos territoriales y articula con el resto de los efectores del sistema de salud. La Sede Salta ha logrado instalarse como referencia para los vecinos de Merlo debido que saben que allí se encuentran con servicios para los problemas de adicciones y padecimientos de salud mental. Hacia el año 2018 la cantidad de consultas psicológicas de la Sede Salta era apenas menor a la del conjunto de las brindadas en las Unidades Sanitarias y concentraba casi todas las consultas psiquiátricas. Entre mediados de 2017 y todo el 2018 el Observatorio de Salud Mental⁷⁰ indica que la Sede alcanzó un promedio 1.400 consultas al mes y 16.800 anuales.

Al mismo tiempo, la SSMYA trabajó intensamente con los hospitales del partido y, fundamentalmente, con el Hospital Eva Perón con el objetivo de fortalecer la articulación de

⁷⁰ Dispositivo que se desarrollará en el tercer frente de ataque. Asimismo, a lo largo de este apartado se hará referencia al mismo por los datos que produce.

los servicios pero también para incorporar la atención de la salud mental a las prestaciones del sistema de salud en todos sus niveles en consonancia con los principios de la LSM.

Los dispositivos de atención que se ponen en marcha en la Sede Salta son:

- a) El equipo de Orientación de la Demanda Espontánea.
- b) Área de asistencia con consultorios externos psicológicos y psiquiátricos con atención individual y grupal.
- c) Equipo interdisciplinario de niñez, adolescencia y juventudes.
- d) Equipo interdisciplinario para la vinculación con salud mental – justicia.
- e) Área de abordaje de personas con consumo problemático de sustancias.
- f) Seguimiento de pacientes en riesgo para personas con cuadros graves.

Los dispositivos que articulan con el segundo nivel de atención, principalmente con el Hospital Eva Perón, son:

- g) El equipo interdisciplinario de interconsultas y enlace para pacientes con episodios agudos y crónicos.
- h) El equipo de apoyo en salud mental a la guardia del hospital.
- i) El dispositivo de seguimiento post-alta en salud mental.

Sede Salta

A continuación, y a partir de la revisión documental y las entrevistas realizadas, se describen los dispositivos que se organizan en la Sede Salta y sus prestaciones con el propósito de analizar los principales rasgos de la evolución de la estrategia a partir de su producción efectiva. Si las estrategias se completan en la acción a partir de procesos de experimentación y diálogo con la situación el análisis del volumen y las características que van asumiendo los servicios constituye una fuente imprescindible para comprenderla.

Consultorios externos

En el paradigma de atención que se propone transformar la consulta individual, concebida a partir de la relación aislada entre el profesional y el paciente, es el dispositivo central de atención, la unidad de la cual esta se organiza. En el enfoque de la “línea de cuidados” la consulta se concibe como un dispositivo articulado con otros. La atención es el resultado de un conjunto de prestaciones que se activan según la situación de la persona con padecimientos. La organización de los consultorios externos de la Sede Salta está diseñada según estos principios.

Los datos del observatorio muestran un promedio de 520 consultas psicológicas y 890 psiquiátricas mensuales. Un primero movimiento de la estrategia fue concentrar la atención psiquiátrica en la Sede y reestructurar las modalidades de atención. El punto de partida se

describe en los siguientes términos: “(...) una importante cantidad de pacientes de condición vulnerable que estaban crónicamente medicados, incluso sobremedicados, solicitando tratamiento. La gran mayoría no recibía controles psiquiátricos y clínicos pertinentes y, mucho menos, seguimiento interdisciplinario o tratamiento psicológico.” (SSMyA; 2019:56).

Para reestructurar estas prácticas se conforma un equipo de seis psiquiatras y una psicóloga y se establecen protocolos de vinculación con otros servicios. El acceso a la asistencia psiquiátrica supone una fase de admisión conducida por un equipo interdisciplinario en la que se realiza una evaluación de la situación del paciente que incluye aspectos psicopatológicos, clínicos y sociales. El tratamiento psiquiátrico forma parte de un plan individualizado en el que se considera la situación del paciente y su entorno y que puede involucrar distintos dispositivos de la propia Sede Salta o del territorio. La atención psiquiátrica puede, así, implicar la consulta individual, el tratamiento psicofarmacológico, participación en grupos de control de medicación, de trastornos de ansiedad y grupos de familiares de pacientes graves. Hacia finales de 2018 se registran ocho grupos de pacientes crónicos y cuatro de pacientes con ansiedad, cada uno a cargo de un psiquiatra y un psicólogo, además, un grupo para contención de familiares. Estas prácticas se enmarcan en el enfoque planteado por la LSM que buscan superar la concepción estrechamente farmacológica de los tratamientos.

La misma lógica de diseño se utiliza para organizar las consultas psicológicas cuya demanda se concentra, en el caso de los varones, en niños y jóvenes (hasta 19 años) y, en el de las mujeres en las edades adultas con picos entre los 30 y 49 años.

Grupos Terapéuticos

Junto con la reorganización de la atención psiquiátrica y psicológica individual, y como parte de ella, la SSMyA impulsa la creación de dispositivos grupales de atención. El peso de la dimensión vincular en la mirada sobre los padecimientos mentales conduce a una alta valoración de este tipo de dispositivos que, precisamente, trabajan sobre los vínculos. Las políticas de la SSMyA están orientadas a generar oportunidades de reinserción a través de la restitución de esos lazos comunitarios. La modalidad de trabajo grupal es un espacio de encuentro que permite conectar las singularidades de cada sujeto con el fin de construir un colectivo que produce comunidad y subjetividad.

A los grupos ya mencionados de pacientes crónicos, y de pacientes con ansiedad, agrupados a partir de los planes farmacológicos y el tipo de padecimiento, respectivamente, se suman grupos que comparten problemáticas asociadas con el género y edad. Hay grupos de mujeres

y de problemáticas adolescentes, además de un taller de expresión artística dirigido a adolescentes y jóvenes adultos.

Se trata de dispositivos que acompañan las problemáticas que el grupo comparte, y que permiten realizar un seguimiento que permite la detección temprana de desestabilizaciones, trabajar sobre el uso de los medicamentos y activación de recursos que permiten a los pacientes fortalecer su accionar cotidiano.

Área de atención a pacientes con consumo problemático

El abordaje sobre las poblaciones con consumo problemático tenía un lugar central en la agenda inicial de la SSMYA. El plan incluía la creación de nodos de atención en el territorio y “casas amigables”, pero el alto costo de estos dispositivos y las restricciones presupuestarias impidieron la concreción de estos objetivos. Asumiendo estas dificultades se avanzó en un reordenamiento de las prestaciones asistenciales sumando nuevos recursos y modalidades de trabajo.

“Habíamos planificado un abordaje más territorial de las problemáticas de consumo, que es como creemos que se tiene que hacer, pero las dificultades hicieron que nuestro planteo quedara más restringido a la asistencia. Porque nosotros recibimos la demanda por consumo problemático en los centros de salud, pero hay mucha otra demanda que queda por fuera. En general suele pasar eso porque el que consume difícilmente vaya a consultar en los barrios. Por esos habíamos pensado un armado territorial que tuvimos que modificar por una cuestión presupuestaria, y terminamos con una asistencia más clásica en los centros de salud, pero no pudimos hacer el armado de casas amigables y otros dispositivos que sí teníamos pensado.”⁷¹

En el marco del Art. 4 de la LSM, el Área de Atención de pacientes con consumo problemático promueve distintas miradas y una variedad de dispositivos para tratar el problema. El equipo no usa la suspensión del consumo como condición necesaria para el inicio de tratamiento (modelo abstencionista-prohibicionista). Considera que las concepciones abstencionistas “suelen conducir a internaciones, aumentan la probabilidad situaciones de desestabilización y recaídas frecuentes por deserción o posteriores al egreso.” (SSMYA; 2019:71). Sin embargo, no se descarta la internación, se considera que es el último recurso disponible luego de que hayan fracasado las otras alternativas.

El enfoque que asume se centra en la reducción de riesgos y daños orientado a la disminución de las consecuencias, perjudiciales e indeseables del consumo de sustancias. Las estrategias que se implementan proponen mitigar riesgos, es decir, probabilidad de la ocurrencia de un evento que afecte la salud, a la vez, para evitar daños (afectación de la salud una vez ocurrido

⁷¹ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

el evento). El abordaje propone alternativas que se adecuan a las distintas situaciones de consumo y a los riesgos que éstas determinan.

Los dispositivos que organizan estas alternativas son:

- Tratamientos Psicológicos individuales.
- Tratamientos Psiquiátricos como sostén de los logros en el trabajo psicoterapeuta.
- Tratamientos Grupales como lugar de cambio subjetivo.

Todos se centran en trabajar la relación sujeto-sustancia, se articulan entre sí y se recorren de distinta manera según la situación. El acceso a cualquiera de ellos requiere de una evaluación del paciente y su tipo de vínculo con el consumo.

En esta temática es importante destacar la buena articulación y el trabajo conjunto que se realiza con la Iglesia. Ésta es un actor relevante en varias redes y cuenta con potentes dispositivos comunitarios de contención y acompañamiento de los pacientes.

“(...) tenemos un fuerte trabajo con los Curas de Opción por los Pobres, que tienen unos dispositivos llamados “Hogares de Cristo”. (...) son como un brazo de la Subsecretaría porque ellos abordan situaciones de consumo problemático. El lema de los Curas de Opción por los Pobres es “tomar la vida como viene”. Son espacios en donde toman a los pibes que están arrasadísimos, digamos, sin ningún tipo de anclaje en ningún lugar, y ellos, así como vienen los toman, sin grandes condiciones, más que algunas condiciones convivenciales. (...) los curas la verdad que en ese sentido en los Hogares de Cristo hacen un laburo increíble.”⁷²

Los profesionales destacan la complejidad de estas situaciones. Se reconoce que los casos de consumo problemático adolescente que se encuentran por fuera de todo circuito institucional y sin referencia adulta son los que presentan mayores dificultades a la hora de diseñar respuestas.

“(...) cuando logras ubicar a la familia te dicen: “yo hace un año que no lo veo, no sé ni me importa, es imposible, no lo pude tener. Encárguense ustedes, yo ya le hablé al juez.” Te dicen así, “hagan ustedes lo que quieran. Si lo encuentran”. Y si lo encuentran, generalmente lo ponen en un instituto y se escapa. Así que sí, estos casos son muy complejos y se dan en una franja de entre trece y dieciséis años, u once a veces, que son los chicos de calle.”

“(...) a veces, cada tanto, aparecen por la escuela y ahí se activa de nuevo todo lo de las urgencias. “Bueno apareció”, “No sabemos por dónde entrarle”, “Ustedes pueden hacer algo”. ”⁷³

Si bien se registran avances sobre estas problemáticas como son los hechos de consolidar un equipo interdisciplinario en la Sede Salta, con la posibilidad de distintas acciones de abordaje, y equipos en territorios para abordar casos complejos (principalmente el PAIC), aún es un

⁷² Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

⁷³ Director de Redes Comunitarias y Subdirectora de Salud Mental y Adicciones y Coordinadora de los psicólogos de las Unidades Sanitarias, Entrevista, noviembre 2019.

desafío para la SSMYA lograr la implementación de sus acciones territoriales para abordar el tema (creación de los nodos y las casas amigables).

Dispositivos de abordaje a las infancias, adolescencias y juventudes

La población infantil y adolescente es la demanda más numerosa, esencialmente en las Unidades Sanitarias. Según datos del Observatorio representan un 40% de las consultas psicológicas atendidas en la Subsecretaría. El Director de Redes Comunitarias, en la Cuarta Jornada Anual de Salud Mental y Adicciones, expone que con la crisis del 2018 ha aumentado notablemente la demanda de esta población, y clarifica la situación:

“La niñez está en emergencia en los sectores más vulnerables del conurbano debido a la crisis económica. Basta ver lo que se recibe en las guardias pediátricas, en los juzgados de familias, en los servicios de salud mental, en los servicios locales. Lo que se recibe es mayormente, y principalmente, trauma, trauma sobre trauma, y más trauma. Traumatismos concretos, no sólo trauma estructurante, no sólo trauma psíquico, sino traumatismos reales en el cuerpo. Abuso, maltrato, violencia y abandono.”⁷⁴

Uno de los principales aliados en la problemática son las escuelas con quienes se trabaja intensamente en el marco de las redes de salud mental. Sus directivos y equipos docentes participan presentando casos, brindando información y formando parte de las estrategias de abordaje junto con las Unidades Sanitarias y otros dispositivos comunitarios. Otro aliado central es Servicio Local de Promoción y protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, creado en el municipio en el año 2015 con el objetivo de dar respuesta a las infancias vulneradas.

En octubre de 2016 se toma la decisión de formar un equipo interdisciplinario para el abordaje de la problemática. El equipo se compone por dos psicólogas, una psicopedagoga, una trabajadora social y una psiquiatra infante-juvenil. El enfoque parte de asumir a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, en el marco de la LSM (Art. 26) y busca deconstruir la patologización de los padecimientos de la infancia y la tendencia a la medicalización e institucionalización como método de respuesta. El Equipo aborda casos que requieren una atención más compleja que la que puede ofrecerse en las Unidades Sanitarias y se focaliza en las vulnerabilidades psicológicas que, mayoritariamente, se originan en la pobreza económica y simbólica y en el desamparo familiar. Debido a la peculiaridad de los casos que aborda, cada estrategia de intervención con esta población supone un trabajo artesanal asumiendo modalidades individuales, grupales de abordaje familiar, grupos de contingencia o interconsultas.

⁷⁴ Director de Redes Comunitarias, Exposición, diciembre 2019.

Área de vinculación Salud Mental-Justicia

Otro servicio innovador que ha generado la SSMYA con grandes resultados es el Equipo interdisciplinario para la vinculación con salud mental–justicia.

En marzo de 2017 se crea el dispositivo con un equipo compuesto por tres psicólogos, un psiquiatra y una administrativa, al que se le asigna un doble propósito. Por un lado, organizar procesos que permitan dar una pronta respuesta a los requerimientos de atención que el sistema judicial realiza vía oficios para realizar evaluaciones profesionales y amparar derechos vulnerados. Por otro lado, descomprimir el trabajo de los profesionales de las Unidades Sanitarias y los hospitales que previamente se ocupaban de las solicitudes que llegaban directamente a ellos. A la sobrecarga laboral se añadía la diversidad de criterios de respuesta que generaba una situación de consulta aislada a cada profesional.

*"(...) les quitamos a ellos en territorio la presión de responder a la gran cantidad de oficios judiciales que llegaban desordenadamente a cada profesional por zona y los concentramos en la Subsecretaría, armamos un área de oficios. (...) Esto alivió un montón a los psicólogos de las Unidades Sanitarias que se la pasaban respondiendo oficios, un trabajo bastante tedioso y a veces es complejo en el sentido de que no hay una demanda por parte del sujeto, son mandados desde la justicia."*⁷⁵

En casos en que no hay un deseo de asistencia el abordaje asume complejidades específicas. La derivación es una "condición-para", a veces para que un sujeto pueda revincularse con sus hijos, para obtener su tenencia o para una libertad condicional. Pero también es una oportunidad para trabajar con la persona y encontrar un punto de escucha y asistencia. El desafío es transformar la exigencia judicial en escucha de un sujeto, orientándolo hacia un tratamiento adecuado.

Según datos del Observatorio, el área atiende un promedio de 126 personas mensuales derivadas a través de oficios judiciales, que representan el 7% del total mensual de consultas psicológicas de la Subsecretaría y un 25% de las de la Sede Salta. La demanda judicial proviene mayormente de los juzgados de familia del Departamento Judicial de Morón (60%), pero también hay derivaciones de la Comisaría de la Mujer, el Patronato de Liberados y juzgados de garantías o penal juvenil de otras jurisdicciones. El abordaje de estas situaciones requiere, además, de una gran articulación con otras áreas municipales, principalmente las vinculadas a la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social. Las derivaciones a otro dispositivo de la SSMYA u otra área municipal se realizan ahora con un análisis del caso que contempla una evaluación y sugerencia de accionar para quien lo reciba.

⁷⁵ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

En función de la centralidad del área se logró establecer un diálogo fluido con jueces y fiscales responsables de las instituciones que realizan las solicitudes lo que posibilitó acordar criterios sobre las derivaciones y sobre la información a brindar. En el marco de la desjudicialización que promueve la LSM este dispositivo permite homogeneizar la respuesta, organizar la demanda y dinamizar el vínculo con el sistema judicial.

Equipo de Orientación de la Demanda Espontánea

Ante el aumento de la demanda en la Sede Salta se acrecentaron las personas en la lista de espera. La capacidad de dar respuesta oportuna y pertinente a la demanda es un eje central de la estrategia de la SSMYA. Para reducir el tiempo de espera se lanza, en 2017, una prueba piloto a partir de díadas de atención para la demanda espontánea, esto es, equipos de dos profesionales realizaban la primera escucha a la gente que se acercaba por una consulta. Ante los buenos resultados, en marzo de 2018 se cristaliza un nuevo dispositivo con el fin de eliminar la lista de espera de una primera consulta.

El equipo de orientación de la demanda espontánea está integrado por cinco profesionales, psicólogas y trabajadoras sociales, que en trabajo de duplas garantizan una primera escucha con el fin de orientar a las personas que se acerquen de manera espontánea. Funciona tres veces por semana y según datos del Observatorio atiende el 12% de las consultas psicológicas que se realizan en la Sede.

Esta escucha interdisciplinaria se entiende como *“pausa activa”* en la que, a partir de la evaluación de cada situación, se armar el marco de referencia para la toma de decisiones, analizando de forma conjunta cuál es la mejor alternativa para continuar: orientar al sujeto a un tratamiento -individual o grupal- o su gestión para derivarlo a algún dispositivo. En caso de ser necesario, también se evalúa qué actores se deben involucrar en esa línea de cuidado, mediante las redes territoriales.

Este equipo funciona como dispositivo de enlace hacia el interior de la Sede Salta. En la *“pausa activa”* se genera el espacio propicio para identificar el dispositivo adecuado para derivar la consulta. Otro criterio para considerar es que el mismo sea el más cercano a su domicilio. Además, el dispositivo posibilita detectar urgencias y procesar la demanda de manera precisa.

Los profesionales que participan de este dispositivo señalan la importancia de la interacción entre la orientación de la demanda espontánea y las redes:

“En la Subsecretaría los lunes, martes y jueves hay escucha. Entonces, los tratamientos por lo general o se dan ahí en Merlo Centro, o se reparten a los barrios. El tema es también saber que recursos hay en el barrio, yo estoy en la escucha los martes, ahí veo como se presentan

situaciones en las que, quizás, no es pertinente para pasarlo a un psicólogo de salud mental, sino que esa persona yendo al Envión, o yendo al Galpón, o yendo a Narcóticos Anónimos, se soluciona.”⁷⁶

Equipo de Seguimiento de Pacientes de Riesgo

Es el dispositivo más reciente, se generó a partir de la detección del incremento de pacientes, de cuadros de gravedad, con dificultades de sostener un tratamiento ambulatorio individual o grupal. A mediados 2019 se crea el Equipo de seguimiento de pacientes en riesgo (integrado por un psiquiatra y una psicóloga) con el objetivo de monitorear el vínculo del paciente con el tratamiento y prevenir los riesgos.

Está orientado a pacientes con ideación suicida recurrente, con antecedentes de violencia hacia sí mismos o terceros, víctimas de violencia, recién externados con pauta de cuidado, o que presentan cuadros agudos. La tarea del equipo es monitorear el frágil vínculo del paciente con el tratamiento y tomar los recaudos necesarios para prevenir los riesgos que surgen del cuadro que padece.

Dispositivos de articulación con hospitales

Uno de los problemas críticos identificados en el análisis de situación que funda el plan es la escasa vinculación entre el primer y segundo nivel de atención. En el Partido de Merlo hay cuatro hospitales: el Hospital General Eva Perón, el Hospital Pontevedra, el Hospital materno-infantil Chutro y un hospital odontológico. Si bien, los tres primeros cuentan con equipos de salud mental propios, que además son integrantes de las redes comunitarias, la SSMYA se plantea como desafío instalar la atención de estos padecimientos como parte integral del sistema regular de prestaciones sanitarias y lograr que trabajen de forma coordinada con los otros servicios. Se trata de evitar que esta integración quede reducida a un departamento especializado separado del resto que suele ser percibido como algo diferente y, en muchos casos, “amenazante”.

Los equipos profesionales de salud mental que trabajan en los hospitales incentivan dicha integración promoviendo una mirada sobre los pacientes que incluya su subjetividad y promueva los vínculos con la comunidad. En los hospitales materno-infantiles se desempeñan 10 profesionales; 6 en el Hospital Chutro y 4 en el Hospital Pontevedra. En estos casos promueven en sus distintos dispositivos de atención “*una concepción de la maternidad como una operación para alojar al recién nacido que debe ser construida socialmente y que involucra subjetividades que requieren asistencia y cuidado*” (SSMYA; 2019:78).

⁷⁶ Subdirectora de Salud Mental y Adicciones y Coordinadora de los psicólogos de las Unidades Sanitarias, Entrevista, noviembre 2019.

En el Hospital generalista Eva Perón el equipo conformado por 6 profesionales brinda una variedad de servicios, entre los que se destacan:

- consultorio externo hacia la demanda espontánea y las derivaciones.
- asistencia en la urgencia y casos referidos
- asistencia a pacientes de los distintos servicios del hospital (dispositivo de interconsulta).

La inserción de estos equipos en la dinámica de los hospitales fue un proceso paulatino, sobre todo en el Eva Perón, y se generó en el marco de la LSM.

“(...) la primera reacción del hospital cuando nosotros aparecimos era llamarme y decirme “saquen a estos pacientes de acá”. Mucha resistencia para atender a pacientes con padecimientos subjetivos, con crisis o con excitación psicomotriz o intoxicados. Se hizo todo un trabajo al interior del hospital para que entendieran que ellos debían atender la problemática de la salud mental como atienden una problemática gastrointestinal o cualquier otra que puede tener un sujeto. Ahora nos requieren para aportar en esas situaciones.”⁷⁷

En efecto, la SSMMyA ha creado distintos dispositivos para articular los servicios de salud mental con el segundo nivel de atención.

El primero de ellos es el equipo de interconsultas y enlace con el Hospital Eva Perón para pacientes que llegan con episodios agudos. Se trata de un equipo interdisciplinario en la Sede Salta que se aboca a la demanda que llega del hospital, aunque también trabaja en el servicio de consulta externa y en el funcionamiento de los dispositivos grupales de la Sede Salta.

No obstante, por limitaciones en la disponibilidad de recursos, su atención no puede ser permanente, por lo cual hay una conexión activa mediante un grupo de WhatsApp con otros profesionales del hospital para las urgencias y casos de gravedad. Además de la interconsulta (individual o grupal), este equipo logró generar asesoramiento en la urgencia, la contención familiar, seguimiento y control hasta el alta o derivación a consultorios externos. Al mismo tiempo, mejoró los niveles de respuesta del Hospital.

La SMMMyA considera que este tipo de dispositivos permite también avanzar en la incorporación de la salud mental en el sistema sanitario local. La LSM (Art. 28) establece que las internaciones deben realizarse en los hospitales generales y articularse con dispositivos territoriales. La articulación que este objetivo es descrita en los siguientes términos:

“En una punta ubicaría a las redes y en la otra la internación en el hospital, que fue otra cosa que logramos, poder internar pacientes de salud mental en el hospital “Eva Perón” con dispositivos propios, con todo un trabajo al interior del hospital. (...) porque yo creo que atender la urgencia en salud mental y la crisis también es hacer prevención sino vemos el deterioro de pacientes que durante años han estado deambulando por hospitales, o encerrados

⁷⁷ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

con políticas de encierro, sin que nadie les diera bolilla. Entonces estas dos puntas, la internación en crisis y la red que luego pueda sostener, ir y venir, y el PAIC ahí en el medio sosteniendo estas dos cosas, ese triángulo me parece fundamental para la gestión. (...) Ahora sabemos que cuando se presenta una situación compleja en el barrio, llamamos al compañero que está en el hospital y nos dice “sí, tráelo que lo vemos y vemos que hacer ...”. Es como un continuo que a nosotros nos da un alivio increíble. Cuando esa persona sale del hospital ya tiene todo armado en el barrio a través del resto de la red.”⁷⁸

Otro dispositivo relacionado es el que surgió en marzo de 2019 a partir de situaciones complejas que se atraviesan en las guardias. Ante el aumento de la demanda hacia el equipo de interconsulta y enlace se propuso como complemento un equipo de apoyo a la Guardia en salud mental que funcione los fines de semana (momento de mayor demanda). El equipo está compuesto por cuatro psicólogos y un psiquiatra (coordinador), que brindan un momento de escucha que se articula con la atención del médico de guardia cuando se requiere. El equipo cubre por turnos los días de asistencia y se mantiene en contacto por casos de urgencia. Si es necesario una urgencia psiquiátrica el coordinador puede realizar un abordaje temprano. El equipo, junto con los profesionales del hospital, ha desarrollado un protocolo de intervención en salud mental para la guardia y brindado capacitaciones al personal de enfermería, residentes, internos y personal médico sobre los problemas más frecuentes. Además de una mejora en la calidad de la atención, estas actividades remueven preconcepciones y brindan herramientas para enfrentar las dificultades propias que plantean los pacientes con padecimientos subjetivos.

Para finalizar, otro dispositivo vinculado al Hospital Eva Perón es el de seguimiento post – alta destinado a pacientes que desde el nosocomio son derivados a tratamiento de un dispositivo. El equipo hace una asistencia de forma ambulatoria para reducir el tiempo de internación y evitar recaídas, continuando con la línea de cuidado establecida, que va desde la fase crisis hasta la atención programada. El equipo está integrado por un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.

Consideraciones sobre el Foco de Intervención

La estrategia efectiva de la SSMYA articula estos dos frentes de trabajo: la territorialización y la diversificación y articulación de los servicios. La idea fuerza que ordena el diseño es la construcción de “líneas de cuidado” que las personas que demandan atención puedan recorrer acompañados. Estas líneas comienzan en el barrio, se complementan con servicios más especializados en la Sede Salta y se extienden hacia la atención en los hospitales, con articulaciones con agentes comunitarios, servicios municipales, juzgados, etc. O comienzan por el hospital y, acompañados por los servicios de la Sede Salta llegar nuevamente hasta el

⁷⁸ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

barrio. La atención entendida como un conjunto agregado de consultas individuales, sean estas psiquiátricas o psicológicas, da lugar a un sistema integrado de servicios cuya efectividad esta tanto en la calidad de cada uno de ellos como en la calidad del vínculo que se establece entre ellos y en la agilidad del paso entre uno y otro. El diseño del producto que se ofrece asume una mayor complejidad que está en la base de una mayor capacidad de abordaje de problemas complejos y multidimensionales como los que se tratan.

El desarrollo de los servicios en la Sede Salta fortalece la presencia del área en el municipio y lo constituye en una referencia para múltiples actores -las escuelas, el Servicio Local de Niñez, Adolescencia y Familia, el área de Género, los juzgados, el Patronato de liberados, los clubes, la Iglesia, etc.-. En estos años, en Merlo, se crea un “campo” u “ordenamiento” de la salud mental que convoca a diversos actores y los obliga a tomar posición y actuar en él.

Además, la SSMYA ingresa en el campo sanitario local y busca legitimarse al interior de un actor de gran peso: el hospital general. A través de los dispositivos desarrollados avanza en la incorporación de la atención de la salud mental como parte integral de los servicios del sistema de salud generando capacidades de atención y operando sobre las percepciones y sobre una cultura que tiende a separarlos como dos sistemas que no deben relacionarse.

Esta estrategia de estructuración de los servicios ha ido acompañada de un incremento notable en el volumen de las prestaciones (aunque no hay datos de producción previos las evidencias denotan un fuerte crecimiento) y la reducción de los tiempos de espera. La calidad de los servicios está vinculada con la consolidación de los equipos, que se aborda en la siguiente sección.

Operaciones de Fortalecimiento

El tercer frente de acción que da forma a la estrategia de la SSMYA es el fortalecimiento interno del equipo de trabajo. Como se ha señalado la conformación del equipo a partir del personal existente combinado con nuevas incorporaciones fue la primera tarea de la conducción. Las entrevistas ponen de manifiesto dos desafíos centrales que se plantean para abordarla.

El primero, es el de superar la fragmentación y el aislamiento de las prácticas profesionales. Los trabajadores de la salud de las Unidades Sanitarias estaban aislados unos de otros y también sin vínculos con el equipo que atendía de adicciones desde la Secretaría de Gobierno ni con los psiquiatras que se desempeñaban en el Hospital Eva Perón. La ausencia de un marco común de trabajo y de cooperación en torno a un mismo planteo de la atención de la salud mental es uno de los problemas críticos que la estrategia aborda.

“La verdad que el trabajar fragmentados y aislados está muy lejos del enfoque que plantea la Ley de Salud Mental. Los profesionales que hoy forman el equipo son los mismos, y son excelentes, pero tenían otra lógica de dirección.”⁷⁹

El segundo es el problema del apoyo a los propios profesionales en su tarea, “cuidar a los cuidadores”. Los problemas que se enfrentan son muchas veces críticos y es difícil ver los resultados de las intervenciones. Se trabaja en un entorno de enormes exigencias y riesgos que expone a los trabajadores de la salud mental a un estrés permanente. Enfrentar cotidianamente estas situaciones de manera aislada y sin apoyos conduce a enormes frustraciones que afectan tanto a los propios trabajadores como a su propia actividad.

Por ambas razones las actividades de fortalecimiento interno ocupan un lugar central en su estrategia. El trabajo en este frente se realiza a través de tres dispositivos: la supervisión, la capacitación y la producción de información sobre las actividades y sus efectos.

Supervisión

El dispositivo de Supervisión es un espacio colectivo de construcción de saberes sobre la práctica cotidiana. Es donde el equipo comparte sus experiencias, se analizan grupalmente las situaciones en las que se intervienen con el apoyo de un área especializada en supervisión. Esta tiene la tarea de conducir las discusiones sobre las situaciones que traen los profesionales para generar la reflexión sobre ellas y desarrollar criterios para definir abordajes. La tarea, frecuente en el campo de la salud mental, tiene un triple objetivo: primero, proteger al paciente con el que se trabaja; segundo, cuidar al profesional que opera en la complejidad y la urgencia; un tercer efecto es el de generar marcos de acción colectivamente reflexionados que los profesionales adaptan a las situaciones que enfrentan.

La supervisión es una práctica obligatoria para todos los equipos de la SSMYA. La mayor actividad se realiza en la Sede Salta donde se supervisan los psicólogos de las Unidades Sanitarias, los dispositivos grupales y especiales y el equipo del Hospital Eva Perón. Los equipos de los demás hospitales llevan adelante la supervisión de sus prácticas en sus lugares de trabajo.

La actividad de supervisión no se restringe a la tarea clínica individual, abarca también la actividad de los dispositivos como el PAIC, la coordinación de redes y la atención de casos derivados por la justicia. La reflexión sobre las prácticas de abordaje de situaciones complejas es, tal vez, la actividad central de autoformación del equipo de trabajadores cualquiera sea su disciplina y tarea (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, administrativos, de apoyo).

⁷⁹ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

Las supervisiones son semanales por equipo y una vez al mes se realizan jornadas ampliadas en donde participan todo el personal.

“Nosotros tenemos supervisiones clínicas de todos los dispositivos que hacemos. Que es algo que en salud mental es como indispensable. Además de estos espacios de supervisión, instalamos una vez al mes un encuentro entre todos los trabajadores de los tres hospitales, de las Unidades Sanitarias y de la Subsecretaría. Ahí siempre invitamos a alguien que venga a trabajar alguno de los temas que vemos que va apareciendo como pregunta.”⁸⁰

En el trabajo de Supervisión los profesionales elaboran, a partir de los casos analizados, aspectos clínicos y teóricos, revisan las prácticas, la táctica y la estrategia de intervención en las situaciones. La idea es poder interpretar qué ordenó, y qué interpeló, al profesional en esa situación, y analizar su contexto situacional con el objetivo de producir aprendizajes. Es muy frecuente que para dicha práctica se convoque a especialistas externos que contribuyan a la tarea de supervisión.

Capacitación

El otro ámbito donde se forja la subjetividad del equipo es la capacitación. Este dispositivo fue esencial en los primeros dos años para ir construyendo una base común sobre la nueva metodología de trabajo.

“El primer año nosotros queríamos fortalecer todo lo que era salud mental comunitaria, que se entienda esta idea con la que veníamos, y para eso seleccionamos profesionales que tuvieran trayectoria en esto. En general, vienen docentes de la UBA, profesionales que todos leímos mucho, que interesa a muchos. Entonces, el primer año trabajamos fuertemente eso: territorio, redes, lazos comunitarios, atención primaria de la salud, digamos que ese fue nuestro objetivo.”⁸¹

Posteriormente, se amplió el espacio para una agenda de debates que incorporaba otros temas de debates internos. El segundo año se trabajó con la urgencia, en el tercer las problemáticas de consumo, y en el cuarto sobre las infancias.

Por lo general, la Coordinación de Capacitación convoca a especialistas con el fin de enlazar esos debates internos con los ámbitos académicos, profesionales y políticos de salud mental, accediendo a generar marcos estratégicos de abordaje a los problemas.

El cuarto miércoles de cada mes es el día elegido para la capacitación. Son espacios abiertos, además del equipo interno de la Subsecretaría se invita a los aliados en el territorio: docentes, clubes, agrupaciones barriales, dirigentes comunitarios, trabajadores de otras áreas, iglesia, etc.

⁸⁰ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

⁸¹ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

Como cierre anual se prepara la Jornada Anual de Salud Mental que se organiza en torno a un tema central, el elegido de ese año, con expositores invitados, se presentan ponencias y trabajos y se arman comisiones de debate.

Observatorio de Salud Mental y Adicciones

La escasa información para orientar las prácticas, representada por la falta de datos, era una debilidad ante las posturas que quería tomar la SSMYA. Una de las primeras decisiones fue crear un Observatorio de Salud Mental y Adicciones, lo que se concretó en mayo del 2017. Esta herramienta es ideada para proveer la información con el fin de construir la mirada general de los problemas y, a la vez, medir los alcances de las propias iniciativas.

La metodología utilizada para la recolección de información fue la construcción de una planilla con los datos básicos: nombre, edad, dirección, si cuenta con obra social, las principales patologías, quién lo atendió, en caso de que fuera una derivación de quién, y las prestaciones que ha recibido. La planilla se distribuye mensualmente a los profesionales de las Unidades Sanitarias, hospitales y Sede Salta, para luego ser cargada en una base de datos y cuando se cuenta con cierto volumen se procesa.

Esta tarea implicó generar una cultura de la carga de datos y superar el temor al uso de la medición para el control del trabajo. La producción periódica de informes con los resultados del relevamiento y su discusión en las reuniones de trabajo contribuyó a incorporar el registro como una dimensión regular del trabajo de la SSMYA. Las cifras que producía el Observatorio permitían elaborar una mirada de conjunto de la tarea en la que se podía inscribir la actividad de cada profesional. Se conocía la población a la que se llegaba, características como edad, género, ubicación territorial, principales padecimientos atendidos, modalidades de acceso a los servicios (demanda espontánea, origen de la derivación) y su evolución a lo largo del tiempo. La producción del Observatorio permitió así conocer el perfil de la población que se atiende, la evolución de las intervenciones y su distribución territorial, entre otras cosas. Los análisis, reflexiones e hipótesis de los equipos y de la propia conducción cuentan con una base empírica para cotejarse. La información forma parte del funcionamiento del equipo y, a su vez, lo refuerza.

La producción de datos, además, genera visibilidad. El responsable del Observatorio señala en la entrevista realizada la relevancia de la información para la inclusión de las políticas de salud mental en el municipio:

“(...) tiene mucho impacto en el municipio porque todos los funcionarios, incluido el Intendente, cuando están en un acto dicen “porque en salud mental se atendieron este año

24.567...” es un dato específico que no muchas áreas producen. Los números tienen un valor simbólico en el discurso político y sirven para hacer visible a la Subsecretaría.”⁸²

El Observatorio es un instrumento estratégico para la planificación. Los datos que se obtienen proporcionan un marco para analizar la evolución de las intervenciones y son utilizados para la toma de decisiones, tanto cotidianas como de mediano y largo plazo.

Consideraciones sobre el Foco de Intervención

Además de avanzar en la territorialización de los servicios para incorporar a la comunidad en el abordaje de los problemas y de reorganizar y diversificar los servicios fortaleciendo su coordinación, la SSMYA priorizó la conformación y el fortalecimiento de su equipo de trabajo. Para ello generalizó la práctica de supervisión como dispositivo central para compartir miradas, conceptos, estrategias y respuestas frente a las múltiples situaciones que se presentan cotidianamente en los distintos servicios. Los momentos de supervisión se combinan con ateneos y reuniones sobre problemas específicos que fortalecen la articulación entre práctica y reflexión.

La supervisión fue acompañada por una intensa política de capacitación que sigue la agenda de prioridades del equipo que se elabora en conjunto con los actores con los que articula. Se realiza una jornada mensual sobre un tema relevante y actividades de capacitación específicas en las que participan los integrantes de las redes de salud mental, del poder judicial, del sistema educativo, de las otras áreas del municipio con las que se coordinan. El encuentro anual de fin de año, que convoca a todo el equipo y los actores con los que coopera, suele reunir a más de 200 personas que asisten a conferencias y participan en grupos en los que se presentan papers y exposiciones sobre las problemáticas planteadas.

La producción de información sobre las actividades que se realizan, el perfil de la población asistida, la prevalencia de los problemas que se abordan contribuye al proceso de discusión que se promueve, ayuda a elaborar una visión de conjunto sobre la tarea y a orientar decisiones, además de contribuir a dar visibilidad a la tarea de la SSMYA.

Los entrevistados y las observaciones realizadas en las actividades mencionadas indican que el equipo se percibe como un colectivo que comparte referencias conceptuales y discusiones comunes consistentes con el abordaje propuesto por la LSM. También pone de manifiesto una alta valoración de estas tareas en términos de contención y cuidado de los trabajadores.

“Si estás expuesta a situaciones de conflictos intensos con altas dosis de sufrimiento todos los días en la soledad del consultorio y te das cuenta de lo poco que vos podés hacer terminas

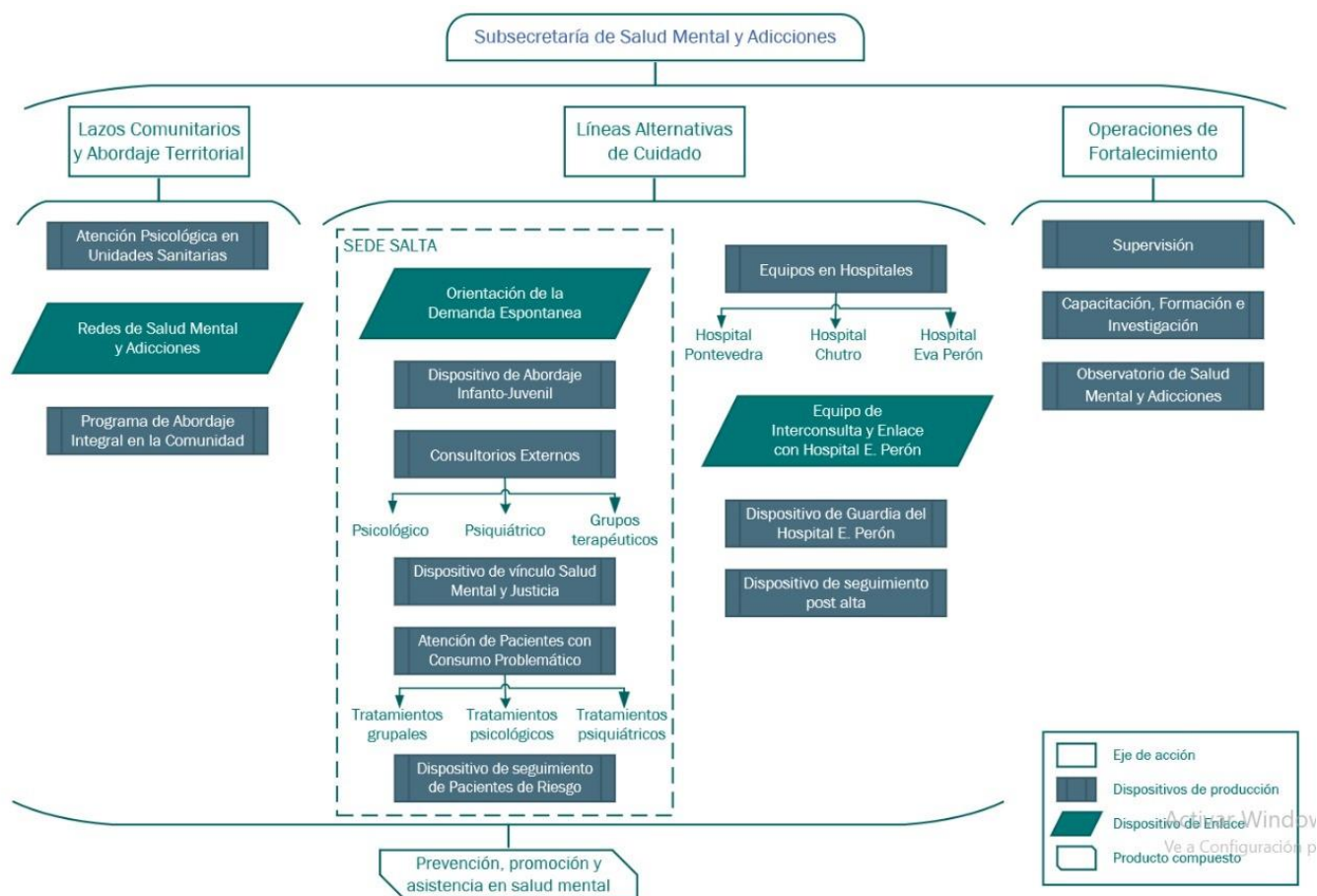
⁸² Responsable del Observatorio de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

*quemada, frustrada, deprimida o cínica. La única salida que tenemos es trabajar juntos, no solo entre nosotros sino con la comunidad. Son problema demasiado grandes y pesados para uno solo*⁸³

Perfil de producción efectivo de la SSMyA

En su plan estratégico inicial la SSMyA se había planteado desarrollar un sistema de atención de la salud mental que diera respuesta a la demanda de la población de Merlo enmarcada en el paradigma definido por la LSM. La producción efectiva que el área organiza y pone en marcha en el periodo analizado muestra una importante consistencia así como fuertes aprendizajes en relación al plan inicial.

IMAGEN N°15. PERFIL EFECTIVO DE PRODUCCIÓN DE LA SSMyA.



Fuente: Elaboración propia.

Los dispositivos desarrollados por la SSMyA ponen el foco en la reconstrucción de lazos sociales y territorio, con la máxima de brindar servicios lo más próximo posible al sujeto con padecimientos, y con una red vincular de contención para este. Además, avanzan en la diversificación y coordinación de una vasta cantidad de servicios, organizados bajo los conceptos de la Atención Primaria de Salud, y en constante relación con el territorio. Por

⁸³ Comunicación personal de profesional responsable de supervisión, septiembre 2019.

último, el fortalecimiento del vínculo con el Hospital Eva Perón permite brindar atención a pacientes agudos, que antes eran derivados fuera del Partido de Merlo, y avanzar en una construcción paulatina de una nueva mirada del hospital hacia los pacientes con problemáticas de salud mental y adicciones.

El perfil de producción efectiva de la SSMYA confirma la autorreferencia que se hace de la misma como un “dispositivo de dispositivos”. La gran variedad de servicios que presta la Subsecretaría opera sobre las oportunidades de la población de acceder a servicios de salud mental más pertinentes. También, posibilita adecuarse al crecimiento de la demanda, con equipos interdisciplinarios y con armados especiales para temáticas esenciales: niñez y adolescencia, consumo problemático y derivados de la justicia. A la vez, el despliegue territorial permite la constante interacción con distintos actores -muchos de ellos aliados de gestión-, proximidad con la demanda y un canal de promoción sobre las buenas prácticas.

Los logros de la gestión se observan en función de la comparación del perfil presentado en el Plan Estratégico 2016-2019 (Imagen N°9) con el efectivo. En primer lugar, se destaca que el abordaje territorial combinó la atención de las Unidades Sanitarias con las redes de salud mental y dispositivos para abordar la complejidad como el PAIC. Se avanzó así en la construcción de un modelo de atención próximo a la población, de articulación con distintos actores y, sobre todo, que atiende a la mayor demanda: la niñez y adolescencia. En segundo lugar, se avanza también en el fortalecimiento de la atención, no sólo por los servicios que fortaleció -y conectó ante su fragmentación-, sino también porque logró en materia de conformación de un equipo interdisciplinario con una clara dirección de trabajo y una capacitación constante para hacer frente a la gran demanda de la población. Además, se destaca el vínculo construido de referencia y contrareferencia con el Hospital Eva Perón, la implementación de grupos terapéuticos y los dispositivos para poblaciones específicas.

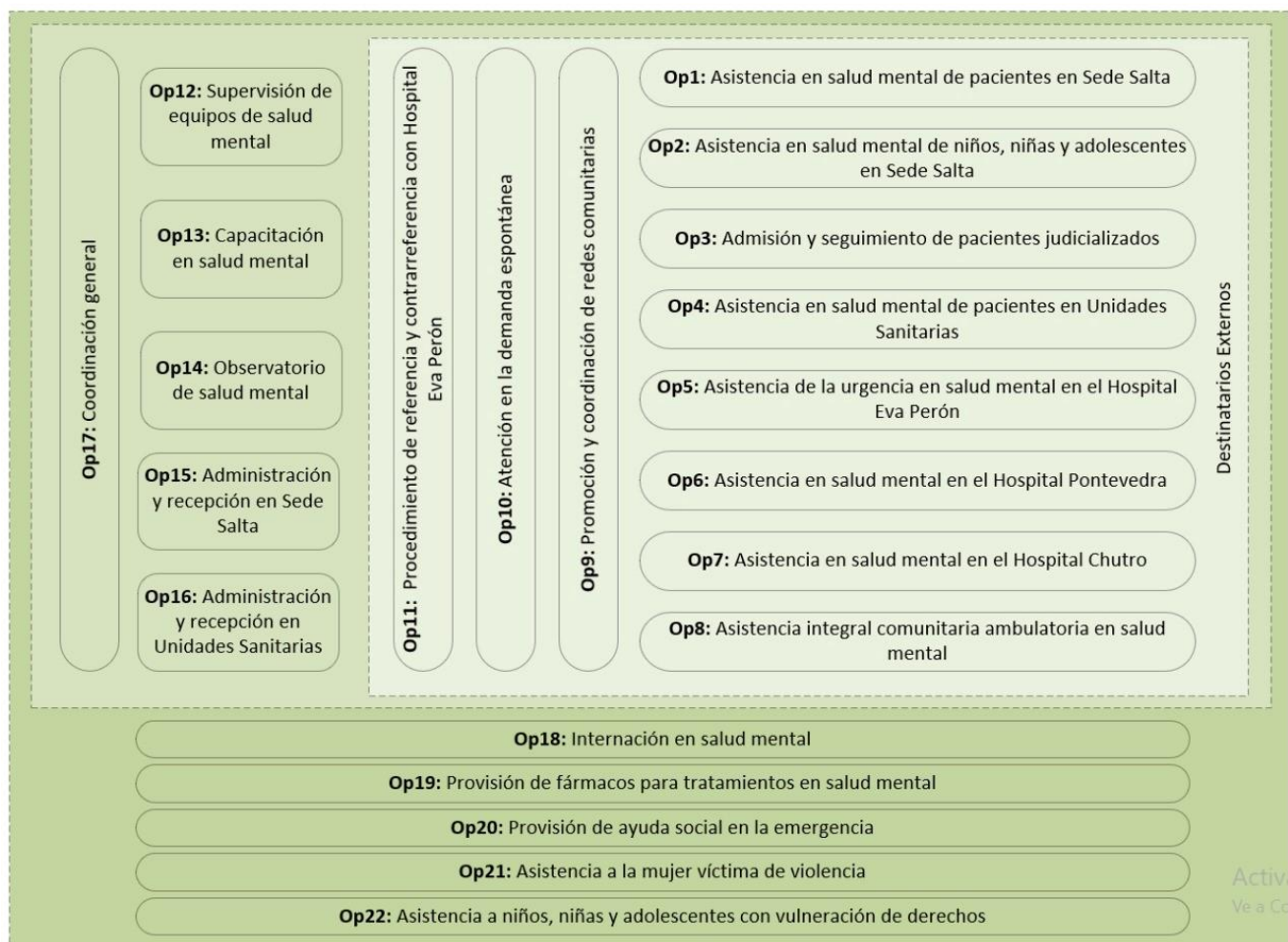
Los avances son menores en materia de desarrollo de dispositivos más fuertes para atender situaciones de consumo problemático.

Red de Operaciones

En términos de organización de los procesos de prestación de los servicios para generar esta red territorializada, diversificada y articulada de servicios la SSMYA estructura ocho servicios sustantivos que las entrevistas y el análisis documental ha permitido reconstruir. Estos procesos son, también, los que organizan la recolección de información sobre prestación de servicios que realiza el Observatorio de Salud Mental de la SSMYA. Los productos difieren, fundamentalmente, por el lugar de prestación: la Sede Salta, las Unidades Sanitarias, los

Hospitales y el PAIC (atención ambulatoria). En la Sede Salta se diferencian la atención especializada de niños, niñas y adolescentes y la atención de pacientes judicializados.

IMAGEN N°16. RED DE OPERACIONES DE LA SSMyA.



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios que estos procesos brindan se conciben como componentes de un dispositivo articulado de atención que debe ser coordinado de manera permanente tanto en términos internos -enlace entre los diversos servicios- como externos -con la comunidad-. Para lograr y sostener esta coordinación se destacan tres “dispositivos de enlace”. El primero de ellos, es el dispositivo de atención de la demanda espontánea que brinda servicios en la Sede Salta y que opera como una primera escucha inmediata a las personas con padecimientos y sus familias y que articula y deriva con un plan al resto de los servicios de acuerdo a las características de la situación. El segundo es el dispositivo de articulación -referencia y contrarreferencia- con el Hospital Eva Perón para los pacientes con cuadros agudos. Este dispositivo permite tanto la derivación como el seguimiento post-alta de estos pacientes. El tercero son las redes de salud mental que permiten enlazar los servicios con los actores comunitarios y con otras áreas del

municipio. Las redes analizan los casos y definen estrategias de intervención que involucran a los servicios como recursos (derivan casos, hacen seguimiento, intervienen como agentes en el abordaje). Estos tres dispositivos son críticos a la hora de conformar un servicio de atención que integra los distintos componentes en un mismo dispositivo de atención que busca generar una “línea o red integrada de cuidados” en torno a la salud mental.

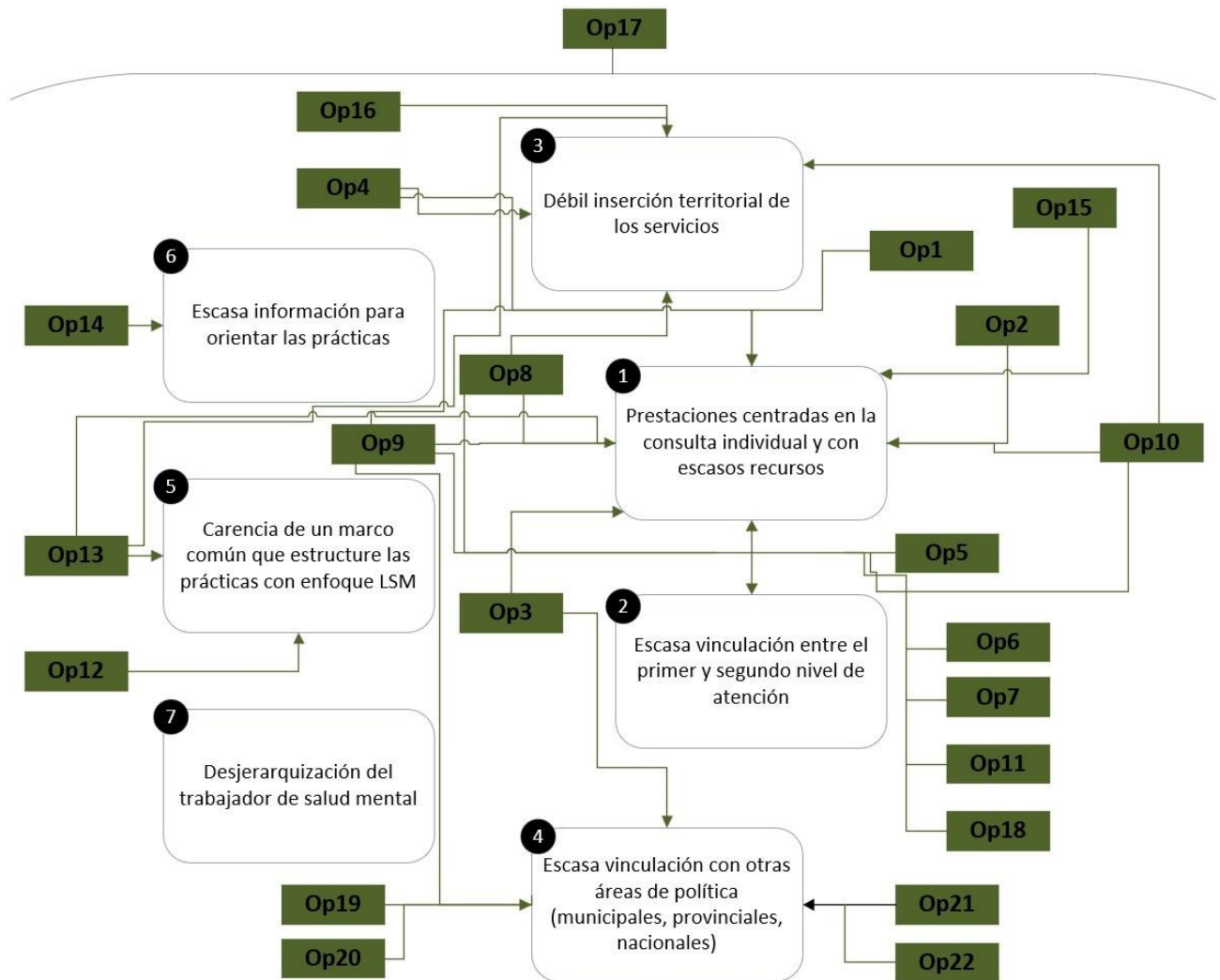
Los servicios sustantivos y los dispositivos de enlace son fortalecidos a través de tres procesos críticos para su desarrollo: la supervisión de equipos de salud mental, la capacitación y el observatorio. A través de ellos la SSMYA conforma y sostiene el equipo que brinda y articula los servicios. La conducción y coordinación general, conformada por la Subsecretaría y los responsables de las distintas áreas (asistencial, redes, unidades sanitarias, judicializados, supervisión, capacitación, observatorio) es la que busca dar dirección y coherencia a la estrategia y enfrentar los distintos problemas y desafíos que la situación interna y externa plantean cotidianamente. También es la responsable de las articulaciones con otros agentes cuyos servicios son críticos para garantizar la atención (demandas de operación). Entre ellos se destacan los dispositivos de internación para pacientes que lo requieren que se encuentran fuera de Merlo, los programas de provisión de medicamentos para pacientes psiquiátricos, la asistencia social en situaciones de emergencia y la atención de niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulneración de derechos, por mencionar los más destacados.

Operaciones y estrategia

Esta red de operaciones busca alterar el conjunto de problemas críticos seleccionados por la estrategia para reducir el déficit de cobertura y mejorar la calidad de la atención enmarcándola en el nuevo paradigma establecido por la LSM (ver Imagen N°17).

La reconstrucción de la producción y los procesos permite visualizar una alta consistencia entre la estrategia y la producción efectiva que resulta del mutuo ajuste entre ambas y que tiene, sin embargo, como punto más débil la diversificación de servicios para atender los problemas de consumo problemático. Imprimir una nueva dirección a los servicios, articularlos a través de dispositivos de enlace efectivos y conformar y fortalecer un equipo con un marco común de abordaje permite contar con una red con capacidad para atender la demanda de la población desde el enfoque establecido por la LSM.

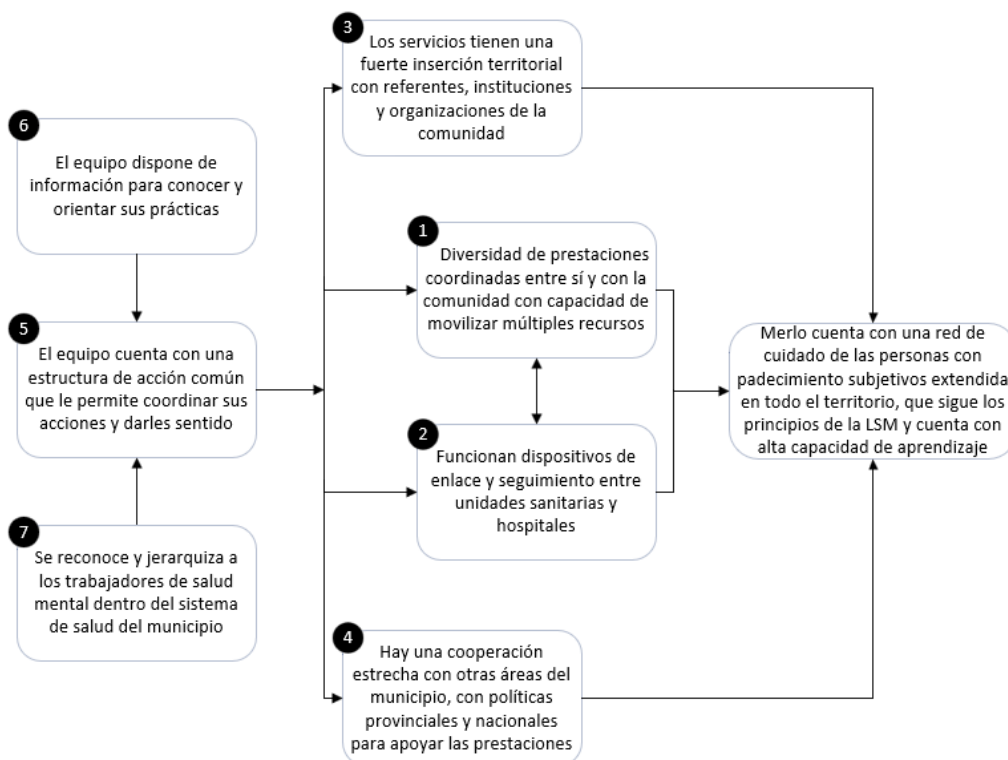
IMAGEN N° 17. FRENTE DE ATAQUE.



Fuente: Elaboración propia.

La situación objetiva que resulta de la “positivización” de estos problemas expresa la imagen en la que la estrategia de la SSMyA se proyecta (ver imagen N° 18). Esta evalúa que (1) ha comenzado a establecer una red con diversas prestaciones, coordinadas entre sí, (3) con capacidad de movilizar múltiples recursos ante las distintas situaciones que se presentan a través de una fuerte inserción territorial; (2) el establecimiento de mecanismos de enlace entre los distintos niveles de atención y (4) una constante cooperación con otros sectores de la política. En este marco, (5) la constitución de un equipo de trabajo con un marco conceptual de referencia que guía una estructura de acción para la práctica cotidiana, (6) utilizando como insumo información de calidad provista por el Observatorio, espacios de reflexión sobre la acción y capacitación constante ha posibilitado dicho desarrollo (SSMyA; 2019:23).

IMAGEN N°18. SITUACIÓN OBJETIVO.



Fuente: “Modelo para armar” - Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo.

A través de los distintos dispositivos se reorientó la prestación estatal de servicios para comenzar a estructurar una red de cuidado extendida a lo largo del territorio y con capacidad de aprendizaje.

“(…) fuimos haciendo uno a uno con la ley de salud mental todos los dispositivos. No hay ningún dispositivo que quede por fuera de la ley de salud mental en este momento. No nos saldría tampoco. La experiencia tuvo impacto más allá de Merlo. De alguna manera, se fue conociendo en otros municipios y en otros lugares el dispositivo que armamos, justamente por eso, porque vamos enlazando cada dispositivo con lo que propone la ley de salud mental en relación con la desmanicomialización, que la atención sea en territorio, en la comunidad, cercana al sujeto.”⁸⁴

La producción existente se reorientó en el marco del nuevo paradigma, se territorializó, se consolidaron equipos interdisciplinarios para mejores abordajes, se diversificaron modalidades de atención ajustadas a la demanda, se desarrolló un aceitado sistema de articulación con el segundo nivel y se generaron acciones de fortalecimiento interno para acumular capacidades institucionales y profesionales. Se considera que Merlo cuenta hoy con un sistema de salud que integra la atención de padecimientos subjetivos acorde a lo que la LSM requiere, y que ello implica un mejor modelo de atención.

⁸⁴ Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

Consideraciones finales

La política de salud mental de Merlo se concibe a sí misma como una reorientación de los flujos de atención pasados en materia de salud mental organizados en torno al paradigma tutelar que se aspira a superar. La estrategia establece problemas y desarrolla dispositivos que se proponen alterar esta realidad modificando el volumen y las modalidades de producción de los servicios.

A los dos años de desarrollo del plan estratégico la red de atención se ha extendido, ha adquirido presencia territorial, se ha diversificado y ha desarrollado potentes dispositivos de enlace entre los servicios. Además, se ha consolidado un equipo que cuenta con marcos comunes y discusiones compartidas sobre el abordaje a desarrollar en el campo de la salud mental.

El foco de la estrategia planteaba desarrollar esta red, no se proponía objetivos en relación a la prevalencia de los padecimientos que, en opinión de los profesionales, siguen creciendo o, al menos, se hacen más explícitos y afectan particularmente a niños, niñas y adolescentes.

“Ocurre que la crisis afecta drásticamente las condiciones del mundo adulto que contiene a la niñez. (...) Proteger la niñez como prioridad implica mejorar las condiciones del mundo adulto, las mujeres y trabajadores, el acceso a la justicia, a la salud y a la educación se hacen vitales.”⁸⁵

Entre los problemas de agenda pendientes sobre los que se plantea ahondar está la profundización de estrategias de prevención que permitan identificar los problemas más tempranamente para lo cual es necesario fortalecer los dispositivos de coordinación interna con el sistema de salud y con el resto de las áreas del sistema de protección social y, sobre todo, continuar fortaleciendo los lazos comunitarios.

⁸⁵ Director de Redes Comunitarias, Exposición, diciembre 2019.

Capítulo 4: Análisis de Redes

En este capítulo se realiza un breve análisis del desarrollo de las redes de salud mental impulsadas por la SSMYA. La implementación de redes territoriales generó vínculos entre el gobierno local y la comunidad para abordar los problemas de salud mental. Estos nexos son los que hacen posible una estrategia con enfoque APS, basada en la LSM. Si en los capítulos precedentes se señaló cómo ellas permiten integrar los servicios y territorializarlos; en éste se examinan las lógicas del trabajo de las redes y se describen algunas de sus características más destacadas.

La territorialización y articulación de los servicios, junto con el fortalecimiento interno, se muestran como los focos de atención principales de la estrategia efectiva de la SSMYA durante el período considerado y uno de los dispositivos centrales en esta estrategia es el desarrollo de las redes de salud mental como ámbito de coordinación de recursos para el abordaje de problemas. Las nueve redes distribuidas en el territorio se convirtieron en estos años en puntos de encuentro para actores muy diferentes entre sí, que incrementan la capacidad de acción de cada uno y asumen marcos comunes de intervención. Constituidas a partir de vínculos preexistentes o promovidas por la propia SSMYA, éstas asumen la agenda de la salud mental a través de la intervención directa en situaciones. Ellas son, fundamentalmente, un ámbito de recepción, elaboración y derivación de demandas de asistencia. Esta intervención, repetida una y otra vez, permite a cada red formular marcos comunes de entendimiento de los problemas de salud mental y estrategias compartidas de abordaje que van definiendo papeles, recursos, procedimientos entre los diferentes participantes. Los casos que llegan a los distintos prestadores mediante las redes, llegan “enredados”, acompañados de un armazón de apoyos diversos que hacen más efectiva la intervención en problemáticas complejas como éstas. El propósito de este capítulo es indagar sobre las características del trabajo en red y en las condiciones que explican la sostenibilidad a lo largo del tiempo en nuestro caso de estudio.

Trabajo en red

Mario Rovere (1999) identifica distintos niveles en la construcción de redes. El punto de partida es siempre el reconocimiento de la autonomía del otro que supone un posicionamiento de apertura y compromiso hacia lo colectivo que valora su heterogeneidad y se integra a ella a partir del propio aporte. El proceso sostenido en el tiempo lleva a involucrarse, participar, e intercambiar con otros. Las redes, sostiene este autor, pueden asumir diferentes formas de integración, la más elevada es la “asociación” (otras son el conocimiento, colaboración y

cooperación⁸⁶) donde prevalece la confianza y se establecen acuerdos que posibilitan compartir recursos entre los integrantes. Las redes de salud mental de Merlo pueden ser ubicadas en este nivel. Interesa aquí examinar la naturaleza de los vínculos que se han generado, comprender las motivaciones que llevan a los actores a trabajar de esta forma.

La SMMyA promueve el armado en red en función de sus concepciones guías. El trabajo en red se apoya en la propia definición de Salud Mental de la LSM (Art.3), en la que la referencia central es el sujeto social que se constituye en relación con otros. El otro concepto central es el de complejidad que requiere la movilización de actores -y recursos- diversos para ser abordada.

El armado de redes locales hace posible el encuentro con otros actores institucionales y comunitarios con el objetivo de abordar desde una perspectiva integral las situaciones complejas de los variados problemas de salud mental que se presentan. Las redes se establecen en los barrios, principalmente en los más vulnerables⁸⁷, donde se movilizan otros actores, que disponen de otros recursos y que, a la vez, reciben demandas de la comunidad. Además, en el territorio se localizan diversos actores institucionales del mismo gobierno local, también del provincial y el nacional. Se trata de actores con presencia barrial a quienes les concierne lo que sucede en su territorio y que enfrentan demandas cuya atención requiere de recursos que los exceden.

Las redes son, entonces, un espacio de interacción colectivamente construido en donde se comparten saberes y experiencias valiosas para el territorio y se colaboran y acumulan recursos para actuar en situaciones complejas. Son, por ello, un dispositivo que genera sinergia de recursos, miradas comunes sobre los problemas y un lugar de pertenencia (sentirse parte).

Lógica de redes

El concepto de red en el campo de las políticas parte del reconocimiento de la pluralidad de actores. Para llevar adelante las políticas que un actor impulsa, necesita de otros que son independientes -no están jerárquicamente subordinados- y que tienen sus propias agendas e intereses. La cooperación entre los actores de una red no se puede dar por supuesta, debe ser construida, solo existe cuando sus miembros aceptan al otro en su alteridad e independencia y, a la vez, cuando comprometen sus propios recursos en alguna forma de acción conjunta. La

⁸⁶ Luego de reconocer al otro como par, se plantea la necesidad de entender su perspectiva, donde se expresa un interés (etapa de conocimiento). El tercer nivel, declara algunos primeros episodios de colaboración, es decir, ayuda espontánea, se empiezan a estructurar vínculos de reciprocidad. En cambio, en el próximo nivel, la cooperación, ya hay una sistematización de las prácticas a partir de un problema común que permiten la operación conjunta.

⁸⁷ La mayoría de los casos son personas que no tienen otro tipo de cobertura que el sistema de salud público.

base de esta acción colectiva es el reconocimiento de que para lograr sus objetivos los miembros necesitan de los recursos que los otros controlan.

Hernández (2017b), siguiendo a Kickert, Klijn y Koppenjan⁸⁸, identifica cuatro características que definen a las redes de políticas. La primera es la presencia de algo por resolver, un problema común que se destaca por su complejidad. Los problemas simples, es decir, aquellos cuyo abordaje se resuelve controlando unas pocas variables, no requieren demasiada cooperación y pueden ser resueltos sectorial y jerárquicamente. La complejidad de los problemas es, entonces, uno de los rasgos que definen una red.

Una segunda característica es que no hay una dependencia jerárquica entre los actores, sino que hay relaciones de cooperación voluntaria. Cada uno de ellos tiene su agenda, sus objetivos, sus intereses, sus prioridades y sus maneras de definir las situaciones. Dicho de otro modo, no hay una obligación de participación, los mecanismos de cooperación se van generando por intereses comunes. El desafío se encuentra en generar una coordinación⁸⁹ horizontal que permita el sostenimiento de los vínculos entre actores con diferentes intereses y agendas. Lo que para uno es un importante para el otro puede no serlo, la disponibilidad y el interés de participar es desigual, los recursos de cada uno tienen diferente peso, etc. El conflicto es, por estas razones, siempre algo latente y se requiere gestionar las relaciones y mantener marcos generales de consenso que los contengan. Esos acuerdos básicos comunes requieren una perspectivas y percepciones compartidas que la red debe desarrollar a través de sus interacciones. Si estas no se construyen, si las interpretaciones sobre los problemas y sus causas son muy diferentes, las intervenciones se vuelven difíciles de coordinar.

En tercer lugar, Hernández sostiene que las redes se caracterizan por la interdependencia entre los actores que la conforman. En una red cada actor puede lograr sus objetivos si cuenta con los recursos del otro. La red resulta necesaria cuando los recursos de cada uno no son suficientes, sino que requieren ser combinados con recursos que otros controlan para lograr sus

⁸⁸ Kickert, W. J., Klijn, E. H., & Koppenjan, J. F. M. (Eds.). (1997). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. Sage.

⁸⁹ Vale aclarar que entendemos por cooperación al: “Proceso mediante el cual se genera sinergia (entendida como aquello que resulta de la acción conjunta de dos o más actores, y cuyo valor supera su simple suma) entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de gestión pública, al mismo tiempo que se construye (o redefine, en caso de su preexistencia) un sistema de reglas de juego, formales e informales, a través de las cuales los actores involucrados encuentran fuertes incentivos para cooperar, más allá de sus intereses e ideologías particulares, por lo general, en conflicto” (Repetto; 2013:39).

propios objetivos. Esta interdependencia es la base de las redes y la que da sentido a la cooperación.

El último rasgo es el de la estabilidad de los patrones de interrelación. El abordaje repetido de los problemas crea patrones de interacción relativamente estables entre los actores que sirven para enfrentar nuevas situaciones. Las redes generan repetición y memoria, las prácticas de las redes implican una acumulación de conocimiento que se van estableciendo en patrones de interrelación, la memoria también implica capacidad de respuesta. El abordaje constante de situaciones complejas posibilita un entrenamiento de la práctica que sirve de experiencia y aprendizaje para futuras intervenciones.

En este marco, la sinergia social que se va creando mediante la implementación del trabajo en red va generando un sistema de reglas de juego en la propia dinámica diaria de su accionar. La interacción a lo largo de un periodo de tiempo va creando acumulaciones y relaciones de corresponsabilidad. En otras palabras, se comienza a gestar un comportamiento común que genera sus propias reglas, estableciendo regularidades en los comportamientos.

Las redes de política suponen problemas complejos y actores independientes que reconocen tanto su independencia como su dependencia mutua para abordarlos y que, a través de sus acciones van generando marcos comunes y mecanismos de gestión de conflictos que estructuran la acción colectiva. Las redes son, así, *“patrones relativamente estables de interacción entre actores interdependientes que movilizan diferentes recursos para abordar problemas complejos”* (Hernández; 2017b:3; Klijn, 1998⁹⁰). En ellas no hay un actor central que monopolice sino formas de coordinación horizontales en las que, en todo caso, van surgiendo liderazgos situacionales móviles frente a las situaciones que se abordan.

Las redes de salud mental

Estas propiedades sirven para caracterizar las redes de salud mental del municipio.

Complejidad

La complejidad de los problemas es, sin duda, una de las características definitorias de los padecimientos subjetivos. El Director de Redes Comunitarias destaca este rasgo refiriéndose a la explosiva demanda que plantea la niñez. No es posible definir los problemas que la afectan sin abordar la trama familiar, comunitaria y social que los producen.

⁹⁰ “las redes de políticas públicas como patrones más o menos estables de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma alrededor de los problemas y/o de los programas de políticas.” Definición de Klijn en “Redes de políticas públicas: Una visión General” (1998:5).

“Es mucho más complejo que una charla con un psicólogo. Cuando abor das el problema de un chico tenés que tocar alto del ambiente en el que vive; eso resulta mil veces más efectivo que una charla en el consultorio. Tres chiquitos que venían de una historia arrasadora, un papá preso, una mamá adicta y violenta que los abandona, una abuela enferma con otros veinte nietos que no podía sostener. Casos como estos no lo podés abordar tan fácilmente. Necesitas cambiar su entorno, que la escuela contenga, que un adulto de referencia los apoye y ... también la consulta. Eso es complejidad”⁹¹.

Conseguir un nuevo hogar, el apoyo de la escuela, de algún familiar, conseguir actividades lúdicas o deportivas, la propia atención psicológica, son recursos que solo son eficaces cuando se combinan entre sí para abordar las distintas dimensiones de la complejidad del problema. Casos como éste no son excepcionales ni asilados sino que son la norma. La mayoría de las situaciones que aborda la SSMYA se recortan sobre un contexto social de fuertes privaciones que erosionan los vínculos que sostienen la salud mental de las personas. Las intervenciones preventivas y terapéuticas operan sobre el conjunto crítico de vínculos institucionales, comunitarios y familiares cuya ruptura produce padecimientos. Las redes buscan movilizar al conjunto de actores que cuentan con recursos para intervenir en ellos. Sólo desde un consultorio es posible trabajar el vínculo del niño con la escuela, del joven con la comunidad o la mujer con los sistemas de protección frente a la violencia.

Autonomía

Quienes se unen a las redes para sumar sus recursos son, sin embargo, actores autónomos que no dependen jerárquicamente unos de otros. El Servicio Local de Niñez depende de otra Secretaría (Desarrollo social), lo mismo que los servicios de género y de juventud. El cura, obviamente, no reporta a la SSMYA como tampoco lo hacen las organizaciones barriales ni el Hospital. El dispositivo de redes es un lugar para lograr la *cooperación* entre actores que tienen distintas agendas, intereses y poder en el abordaje de situaciones que requieren contribuciones y liderazgos diferentes en cada caso. Si participan en el dispositivo es porque dependen (en medidas variables) de otros para lograr sus objetivos.

Quienes más participan en las distintas redes son las escuelas que encuentran en ellas recursos que les permite interceder en situaciones que las desbordan en sus capacidades y les impiden lograr sus propios objetivos. 123 establecimientos del partido de Merlo envían representantes a las redes y participan de ellas de modo activo⁹². También lo hacen otras áreas del municipio. Además de la Secretaría de Desarrollo e Integración Social (SDIS) y el Servicio Local de la Niñez, se destaca el accionar del área de Juventudes, Derechos Humanos, Género y el área

⁹¹ Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

⁹² A partir del acceso a un listado de participantes en el primer año y medio de las reuniones de red y de un relevamiento sobre la participación en los grupos de WhatsApp se pudo identificar la participación de instituciones. Asimismo, vale aclarar que quedaron cientos de números telefónicos sin identificar.

responsable de las Delegaciones territoriales y el apoyo a organizaciones intermedias (clubes, centros vecinales). Otras áreas participan de manera más esporádica, cuando son convocadas para brindar un asesoramiento específico. “(...) *Quizás lo que no pudo pasar en este tiempo es que asistan a las reuniones porque son pocos los recursos y las reuniones son muchas. Pero si lo que tenemos es el ida y vuelta.*”⁹³. La red de atención desarrollada por la SSMYA, incluidos los otros efectores de salud con los que coordina, es un recurso estratégico para el resto de las áreas municipales que se apoyan en ellas para abordar problemas.

Además del sector público. Las redes convocan a distintos agentes comunitarios que disponen de un rico capital social (capacidad de convocatoria, contactos, grado de organización, instalaciones, influencias, etc.). Entre ellos se destaca la participación activa de la Iglesia, de Caritas, de comedores barriales, centros culturales y Sociedades de Fomento, entre otras.

La ausencia de dependencia jerárquica entre esta multiplicidad de actores se manifiesta en la horizontalidad de la conducción de las acciones. Si bien la SSMYA coordina las tareas -convoca a reuniones, realiza el seguimiento de los mensajes en los grupos de WhatsApp, lleva el registro de los casos y los actores involucrados, realiza mediaciones cuando surgen conflictos- los distintos casos que se presentan requieren distintos liderazgos que emergen en cada situación y se desplazan cuando aparecen otras. En cada caso particular la conducción varía, y quien asume la responsabilidad suele ser el actor más próximo a la situación. Por ejemplo, en temas relacionados a niños conflictuados en la escuela puede liderar el caso el Servicio Local, la SSMYA o el mismo establecimiento educativo; en casos de vulneración de derechos a personas adultas puede hacerlo el área de Derechos Humanos del Municipio, en casos de adicciones la Iglesia.

Lo que sí es necesario para el sostenimiento en el tiempo de las redes es la actividad del animador y promotor, rol que desempeña la SSMYA que se encarga de convocar, distribuir información, gestionar la agenda, mediar conflictos. Esta tarea está a cargo de la Dirección de Redes Comunitarias que, además de estas tareas impulsa otras tales como capacitaciones, jornadas en el barrio, reuniones anuales, etc. A veces la red aborda problemas que no están directamente relacionados con la salud mental (por ejemplo, el arreglo de un pozo de una escuela⁹⁴).

⁹³ Subdirectora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, noviembre 2019.

⁹⁴ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

Interdependencia

Si bien los problemas abordados por las redes son muy diversos algunos tienen una presencia destacada, los padecimientos de niños, niñas y adolescentes que se manifiestan en los establecimientos educativos son uno de ellos. Los testimonios de docentes y trabajadores de salud mental muestran escuelas desbordadas por situaciones conflictivas que se acentúan a partir de 2018⁹⁵. Si el mundo adulto, responsable de sostener a la niñez, se encuentra vulnerable, los niños y jóvenes quedan todavía más expuestos a tipos de padecimientos subjetivos. Los casos más recurrentes son los cortes en el cuerpo (a veces realizados en el propio establecimiento educativo), situaciones de abuso que los niños y adolescentes cuentan en la escuela y problemas de aprendizaje en la primaria. Los equipos de orientación de las escuelas son los que deben lidiar con estas situaciones y se involucran en las redes para acceder mediante ellas a recursos que les permitan ampliar sus márgenes de acción.

“Los equipos de orientación hacen hincapié en que en las reuniones de red encuentran el apoyo o el sostén que quizás en la escuela, cada uno en su problemática, no tienen. El poder ir a hacer catarsis, pero también a trabajar y a estar con otros. Además en algún punto se forma como un equipo zonal entre ellos, que favorece mucho a esto de sentirse acompañados en su tarea.”⁹⁶

Es momento de mostrar las interdependencias, para ello analicemos brevemente el siguiente caso:

“(…) una adolescente amenaza suicidarse y muestra cómo produce cortes en sus brazos en las redes sociales. Su compañera de aula cuenta a la maestra que lo hace porque su abusador sigue cerca y no cumple la perimetral, con la complicidad de su madre. Desde la escuela y el juzgado de familia nos piden a Salud Mental que mediquemos a la niña en riesgo de forma urgente. Pero otra visión desde los compañeros del equipo de orientación escolar sugiere que el Servicio Local tome medida de abrigo sancionando la vulneración que produce la madre sobre la niña y protegiendo de la amenaza a la niña. El equipo interdisciplinario de niñez la escucha y evalúa que no hay criterio para medicar y que la madre la expone y no la protege, y recomienda optar por la medida de abrigo.

A veces la protección funciona, otras veces se alerta a la madre que en el mejor de los casos acompaña a su hija con la denuncia, en otras veces la niña es abrigada en la casa de un familiar o de alguna tía y en cualquiera de ambos casos suele pasar que los cortes cesan y los síntomas ceden. El espacio que el equipo de niños había evaluado posible para esta niña era un tratamiento psicológico en el que ella pudiera elaborar sus traumas y hablar por ejemplo de la relación conflictiva con su madre. Lo cual también hace que pueda pasar a otra cosa la situación.”⁹⁷

Esta es una de las situaciones recurrentes que aparecen en las escuelas de Merlo. El ejemplo sirve para mostrar la interrelación entre los actores (equipo de orientación, juzgado, conducción

⁹⁵ Testimonios reunidos en la observación no participante realizada en las jornadas anuales realizadas por la SSMYA en diciembre de 2019 en los que más de 100 docentes y trabajadores de salud mental analizaron en talleres de trabajo situaciones para reflexionar sobre los marcos de abordaje y estrategias de intervención.

⁹⁶ Subdirectora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, noviembre 2019.

⁹⁷ Director de Redes Comunitarias, Exposición, diciembre 2019.

de la escuela, Servicio Local de niñez, el equipo de niñez de la Sede Salta, familiares), y el acceso a recursos que las redes hacen posible. El juzgado y la escuela acuden a la SSMYA para que intervenga con recursos que estos no tienen para abordar la situación. A través de las redes el equipo de orientación escolar analiza y propone una alternativa apoyada por el Servicio Local. Por otro lado, el equipo de niñez de la Sede Salta interviene en la situación para dar su opinión en base a su conocimiento específico. Se percibe cómo se activa la red para abordar un caso.

Se observa aquí el contenido del concepto de interdependencia. Los recursos que los actores movilizan necesitan ser complementados por los que otros controlan y la red es un dispositivo para que esto suceda. La escuela y el juzgado saben dónde recurrir frente a problemas que ellos solos no pueden resolver. El equipo de orientación, que participa activamente en la red, propone movilizar otro recurso como alternativa a las opciones que ellos plantean: la gravedad de la situación requiere que intervenga el equipo de niñez de la SSMYA, quien evalúa y plantea una postura. Por último, se observa que no alcanza con la intervención del Servicio Local dado que la medida de abrigo o la alerta debe ser acompañada con un tratamiento psicológico brindado por la Subsecretaría y por una contención desde el entorno familiar y escolar.

El derecho a la educación se desvanece cuando no se pueden garantizar derechos básicos como el que se ve vulnerado en casos como este. La escuela se muestra en estos casos con una tarea más amplia que la que tradicionalmente se le asigna: es un dispositivo para garantizar derechos básicos como la salud, la justicia, la alimentación, sin los cuales el aprendizaje pierde viabilidad. Los equipos de orientación de las escuelas son un poderoso dispositivo para abordar estas otras dimensiones de la educación, pero su propio accionar requiere de una red de recursos más amplia. Lo mismo sucede con la tarea que realiza el sistema de salud:

“(…) muchos quienes trabajamos en salud pública hemos constatado a través de la experiencia que, en los casos más complejos y traumáticos en la niñez, cura, alivia y repara mucho más la restitución de derechos que la práctica individual al interior de un consultorio de especialista. Dicho de otro modo, ninguna ciencia médica, ningún experto o terapeuta, va a curar un niño mientras no cese la vulneración de derechos que hay sobre él”⁹⁸

La efectividad del trabajo de cada área está indisolublemente ligada a la que las otras realizan. Las redes operan sobre esta dependencia de recursos.

Estabilidad

La práctica cotidiana de las redes en Merlo se fue generando a través de la repetición de acciones, protocolos de acción y memoria para intervenir en los casos que se presentan semana

⁹⁸ Director de Redes Comunitarias, Exposición, diciembre 2019.

a semana. Esto se tradujo en la formación de un “capital relacional de red” a partir del cual se abordan las nuevas situaciones que se presentan. La cooperación entre los actores, mediante su interacción a lo largo de un periodo de tiempo, redundan en acumulaciones en las relaciones de corresponsabilidad. Se comienza a gestar un comportamiento común que se van asimilando como reglas implícitas de funcionamiento.

Una de ellas es que las reuniones de red son el espacio de encuentro. Para ser parte de la red es necesario tener una participación allí. Otra es que los actores comunitarios saben que los casos ingresan por las redes, “no va más el papelito”, y que deben llegar con cierta información:

“(…) porque ya el que viene a la red, no viene con un nombre en un papelito, tiene que traer información, tiene que haber investigado, tiene que haber aportado. Ya intervino, ya sabe las preguntas que se le van a hacer y si no las tiene, las va a tener que ir a buscar y volver otra vez porque traer el nombre de alguien, “este chico tiene problemas, pero no sé muy bien qué”, no basta. No, cuando llega a la red con una situación trae toda la información que se necesita para poder trabajarlo con otro. Y a veces se lleva herramientas para seguir investigando, para seguir pensando (...)”⁹⁹

Una línea de acción que la SSMYA realiza con los docentes y equipos de orientación de las escuelas es invitarlos a trabajar la situación en los establecimientos, mostrando que las instituciones educativas tienen muchas herramientas para intervenir. Pueden citar a los padres, orientar, escuchar, hablar con los inspectores, etc. El concepto es que a la red lleguen los casos complejos que requieren la movilización de sus recursos (no que sea una derivación para “dejar asentado en las actas”).

Las prácticas de las redes también tensionan los procedimientos burocráticos instalados. Rovere (1999) destaca este punto, estos suelen ser un obstáculo para el trabajo en red. Desde la SSMYA se buscó ajustar las normas y rutinas institucionales con las prácticas del trabajo en red.

“las redes tuvieron la característica de ser institucionalizadas tanto desde salud como de educación. Hicimos todo un trabajo con los inspectores para que autoricen a que la gente de los equipos de psicología o los directivos, participen de la red. No digo que sea obligatorio, pero está institucionalizado, se asume que ir a las reuniones de red es parte del trabajo de los equipos de orientación. Y eso me parece super interesante porque le da una formalidad que sino a veces en el barrio se tiende a diluir.”¹⁰⁰

Para la administración del sistema educativo (la región correspondiente) las horas de reuniones de red se contabilizan como horas de trabajo superando la idea de que si el personal no se encuentra en el establecimiento no se encuentra trabajando. Además, posibilitó agilizar los

⁹⁹ Directora de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2020.

¹⁰⁰ Subsecretaria de Salud Mental y Adicciones de Merlo, Entrevista, agosto 2020.

permisos de salidas dado que algunos de los profesionales dependen en lo administrativo de otras áreas.

Una característica adicional del trabajo en redes que surge de las entrevistas y observaciones realizadas es la de ser un “*sostén para los trabajadores*”. La red les permite “sentirse acompañados” en las situaciones frecuentemente dramáticas que deben afrontar. La idea es que trabajar en red implica un alivio y cuidado hacia el trabajador.

“(…) se trabaja con un sector muy pobre, lleno de problemas, con pocos recursos, donde todo puede estallar en cualquier momento ... y la verdad es que ser un profesional, enfrentarse a eso, sabiendo que uno no puede resolver casi nada es como una carga difícil de sobrellevar cotidianamente. Saber que uno es parte de una trama con más recursos y capacidades, ayuda a que el profesional, le vea más sentido a lo que hace, genera una especie de mística entorno a la idea de que si no estamos todos lo mío no tiene sentido.”¹⁰¹

Esta modalidad de trabajo ayudó a terminar con la fragmentación que existía y, además, a que los trabajadores públicos sepan que cuentan con el apoyo de otros pares. El Director de Redes Comunitarias destaca los ejes que hace la SSMYA para cuidar a los trabajadores: “(…) *sentirse supervisados, acompañados [en el territorio], enlazados con los recursos necesarios y capacitados son como 4 ejes que hacen que adhieran al formato.*”¹⁰².

Reflexiones sobre la metodología de abordaje del territorio

La SSMYA logró abordar el territorio mediante una estrategia de trabajo en red, lo que posibilitó un nuevo orden en los recursos disponibles. Esto implicó la colaboración de distintos profesionales y la articulación de otros aliados territoriales.

Trabajadores públicos municipales, principalmente de las áreas de salud y desarrollo social, junto con establecimientos educativos, la iglesia y otras organizaciones barriales, lograron dar respuesta a diversas situaciones complejas de personas con padecimientos subjetivos.

El examen realizado permite extraer algunas conclusiones sobre el lugar de este dispositivo en la estrategia de la SSMYA.

- El rol de las redes como dispositivo de enlace: Las redes son canales de conexión entre los beneficiarios y los servicios, actuando tanto como enlace como proveedores de servicios. Su principal función es vincular la oferta con la demanda y combinar productos de diferentes actores para brindar soluciones integrales. Su valor radica en su capacidad de unir elementos fragmentados y enlazar distintas áreas, actores y recursos.

¹⁰¹ Responsable del Observatorio de Salud Mental y Adicciones, Entrevista, agosto 2019.

¹⁰² Director de Redes Comunitarias, Entrevista, noviembre 2019.

- La importancia de las redes como canal de transmisión: La implementación de redes permite promocionar los propios servicios y hacerlos accesibles gracias a su cercanía con la comunidad. Trabajar en red mejora el alcance de los productos generados y permite ordenar la demanda.
- Beneficios en la acumulación de recursos: El trabajo en red facilita la combinación de recursos y la generación de acciones integrales. Permite acceder a recursos externos a la organización y aumenta la efectividad de las intervenciones en situaciones complejas.
- Participación ciudadana: Las redes hacen posible la participación de las partes interesadas en los problemas que tratan. El trabajo en red fomenta el diálogo y la cooperación entre diversos actores que comparten el mismo territorio. La participación ciudadana incrementa el capital social y promueve el aprendizaje y la resolución de problemáticas comunes.

Las redes reorganizan, transforman y replantean el uso de los recursos disponibles porque son necesarias para resolver problemas que no son abordables por cada uno de sus miembros considerados individualmente. Su focalización en la resolución de problemas es probablemente el secreto de su permanencia y sostenibilidad en el tiempo. Las redes se reúnen para actuar movilizadas por las presiones y urgencias propias de la acción. Es esta dinámica, activada de manera reiterada por los problemas, la que encierra aprendizaje y genera esos patrones de actividad que las definen.

Reflexiones finales

El estudio aquí realizado de la política de salud mental del Municipio de Merlo permitió identificar dos momentos en el desarrollo del Plan Estratégico 2016-2019. En el primero de ellos, aquí denominado *fundacional*, la Subsecretaría debió asumir el desafío de redireccionar un curso de acción establecido que resultaba insatisfactorio para la demanda de la población, así como también lejano de las concepciones teóricas que el equipo sostenía.

El grupo que asume la conducción llega con un marco argumentativo, condensado principalmente en la LSM, que estructura y robustece su teoría sobre cómo abordar los problemas que el campo de acción le presenta. Este marco fue un pilar esencial para la formulación del plan, y un instrumento central de persuasión para sumar al proyecto a los profesionales y personal de apoyo que se integran a la Subsecretaría, a los posibles aliados territoriales y al resto de las áreas del municipio.

En este primer “movimiento” de la política llevada adelante por la SSMYA la planificación juega un rol preponderante. El plan estratégico es un instrumento central en la estructuración del marco normativo y evaluativo en torno al cual ella se constituye y construye sus alianzas. Su elaboración y discusión representó la generación del espacio colectivo para comenzar a gestar los valores comunes que marcarán las acciones futuras. En el marco del proceso colectivo de planificación se organizaron los primeros encuentros, las primeras discusiones, los actores se conocieron y debatieron, para acordar una lectura de un grupo de problemas que se debían abordar para construir una nueva red de servicios basada en lo propuesto. El plan condesa mucho más que la organización de acciones, funciones, recursos y productos, fue el inicio de la construcción de un actor.

En este proceso de planificación se presenta una de las claves del caso que aquí se analiza. Desde su inicio, ella se aboca a desarrollar una interpretación de la situación que permita una comprensión compartida del contexto para lo cual, más que la redacción de un diagnóstico pormenorizado, se decide salir al territorio a incorporar saberes y visiones de otros actores. El propósito es generar redes de actores para cooperar ante las situaciones complejas que suceden en los barrios de Merlo, pero, además conocer sus recursos, intereses, capacidades y demandas. Insumos claves para el enfoque que se pretende instaurar.

En este primer momento, los movimientos que va generando la SSMYA le permiten conocer el campo. Son primeros pasos para ir comprendiendo, por un lado, el estado de situación en que se encuentra el municipio, cuál es la distribución de los recursos, cuáles son los principales servicios brindados, qué alcance tienen y, por otro, qué es lo que demanda el territorio, qué

actores tienen presencia en los barrios, qué hacen, cómo se organizan, qué capacidad de acción tienen. Si es cierto que el punto de partida del equipo que se hacía cargo de la SSMYA tenía ya claro que era necesaria una profunda transformación del perfil de los servicios de atención para poder hacer efectiva la LSM en Merlo, la lectura situacional que encara le permite identificar las falencias internas que enfrenta para avanzar hacia la producción deseada, las posibles distribuciones de recursos, hallar aliados potenciales y comenzar a conocer la demanda.

El proceso de (re)diseño de los servicios muestra el peso que adquiere la historia de los miembros del equipo de conducción, el repertorio de experiencias que traen. De allí surgen las ideas para la mayoría de los dispositivos creados y su articulación a través de redes. El recorrido del equipo y su núcleo de ideas son las bases para trazar las primeras ideas de producción para abordar el campo, asimismo, dicha experiencia es complementada con el conocimiento del territorio de los profesionales que ya estaban presentes en Merlo.

La sentencia de Matus de que *“el plan se completa en la acción”* muestra su pertinencia para el caso analizado. El examen del segundo momento del desarrollo de la estrategia, el de *experimentación y producción*, muestra como las concepciones iniciales del Plan Estratégico comienzan a dialogar con la situación. Se trata de un camino sinuoso e incierto en el que sus ideas-fuerzas definen un horizonte de acción (imagen objetivo) que adquiere formas más precisas a medida que los nuevos dispositivos empiezan a funcionar y a vincular con el territorio. La imagen objetivo se revisa con cada paso que se da y con las respuestas que estos encuentran y las evaluaciones que se hacen de ellos.

El plan inicial se olvida, no es un texto de referencia, porque se ha trasladado a las prácticas y a los debates de los equipos para conformar el marco que guía la acción, la creación de dispositivos de atención, capacitación y reflexión, el ajuste (rediseño) de los productos a partir de las demandas que van surgiendo y, sobre todo, la constante lectura del ordenamiento en el que se desenvuelve. Para lograr su efectividad los productos de la SSMYA tuvieron que forjar un engranaje de conexión interna y externa (dispositivos de enlace), generar resultados con los beneficiarios que evidencien su sentido y producir efectos significativos en el campo en el que intervienen.

Es en el momento fundacional donde se comienza a gestar la capacidad política de la SSMYA. Allí el equipo de conducción empieza a dar dirección al proceso (presidir la acción) y a ampliar los márgenes de acción a partir de la territorialización de sus dispositivos. Allí también se encuentra la clave para comprender la acumulación de capacidades en función de los recursos que se le asignan: la creación de “un marco común que estructure las prácticas con enfoque en

la LSM". Es ese marco el que permite consolidar un equipo cohesionado en sus conceptos, prácticas, visiones y recursos, revirtiendo una historia de fragmentación y aislamiento de los profesionales, para constituirse un actor capaz de ir a disputar el campo. Todo el plan estratégico, puede decirse, persigue la finalidad de empoderar a los profesionales, de crear el entorno para que ellos desplieguen sus capacidades de acción y se sientan acompañados, contenidos, cuidados y con recursos y capacidades para afrontar las situaciones problemáticas.

Uno de los propósitos de la tesis era demostrar que el Modelo Secuencial no era suficiente para explicar este tipo de planificación más terrenal, para lo cual, era necesario destacar otras características presentes en la planificación. En el proceso que lleva adelante por la SSMyA se destaca la capacidad política del actor planificador para consolidar, ampliar y conducir un equipo bajo ideas fuerzas -fundamentadas en la LSM- que le sirven de guía, generar productos flexibles, articulados y próximos a los beneficiarios. La lectura de la realidad y el horizonte de acción del plan son referencias para lidiar con situaciones en las que éste se completa y adquiere nuevas formas. El plan tiene una función paragógica, en los términos de Sotelo, además de normativa.

La evidencia reunida permite identificar y caracterizar un modelo de planificación exitoso que acompañó una efectiva transformación y territorialización de la red de servicios de salud mental del municipio de Merlo. Uno que una aproximación secuencial a las prácticas de planificación no alcanza para analizar y reconstruir. El caso muestra un concepto de planificación más asociado al direccionamiento de flujos de acción preexistentes y a la creación de marcos de acción que buscan contribuir a la construcción y consolidación del actor que lleva adelante esta tarea. También revela una idea de planificación como un marco que organiza las percepciones y valoraciones de la situación y que se forja en diálogo con ellas. Finalmente, la planificación aparece en esta experiencia como un conjunto de prácticas efectivas cuyos resultados se legitiman, revisan y ajustan a partir de un conjunto de ideas-fuerza.

Bibliografía

- Ander Egg, Ezequiel (2002): *“La planificación”*; La Plata, Siglo XXI.
- Barreiro, S. Hernández, D. (2018) “Implementación de dispositivos de abordaje comunitario en el Municipio de Merlo”.
- Bertranou, Julián (2014) “Planificación pública. Las exigencias de una adecuada problematización” en AAVV, Editorial Casa de las Leyes, Neuquén.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). “Respuestas: por una antropología reflexiva”. Grijalbo. México.
- Del Giorgio Solfa, Federico, (2018) “Nuevos paradigmas para el diseño de productos. Design Thinking, Service Design y experiencia de usuario.”, Facultad de Bellas Artes. Universidad Nacional de La Plata.
- Del Giorgio Solfa, Federico, (2020) “Procesos de diseño y desarrollo de nuevos productos: relación con el marketing y la ingeniería”.
- Devoto, G. (2013) “ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina.” Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” Año 3 - Nro. 5.
- Díaz, L., Taramasco, M (S/D) “Redes y Salud Mental”.
- Edelman, M. (1991) *“La construcción del espectáculo político”*, Cap. 2 (pp. 19-46). Editorial Manantial, Buenos Aires.
- Estevez, A. (S/D): "El modelo secuencial de políticas públicas treinta años más tarde"; disponible en web: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/msecuencial%20estevez.PDF>.
- Gorbacz, L. (2013) “Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental” Revista Estrategias - Psicoanálisis y Salud Mental; año 00, no. 1 (Pág. 36-41). Disponible en web.
- Hernández, D. (2013) *“Planificación Operativa. Manual”*. Arxé, política y gobierno. Buenos Aires.
- Hernández, D. (2015) *“El Modelo de la Cadena de Valor Público para el análisis de políticas”*. Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública (ASAP), Revista Institucional N°54, Buenos Aires.
- Hernández, D. (2017a) *“El Modelo de la Cadena de Valor Público I: La producción pública”*. Arxé, política y gobierno. Buenos Aires.
- Hernández, D. (2017b) “Redes y Salud Mental”, Municipalidad de Merlo.
- Hernández, D. (2017c) *“Causalidad y Políticas”*. Arxé, política y gobierno. Buenos Aires.
- Hernández, D. (2018a) “Política, Campo y Capital” Artículo no publicado. Buenos Aires.
- Hernández, D. (2018b) *“La actividad política y la construcción del sujeto político”*. Artículo no publicado. Buenos Aires.
- Hernández, D. (2019) *“Operaciones y redes de operaciones”*. Artículo no publicado. Buenos Aires.

- Hernández, D. (2020) *“Revisando el concepto de producción pública”*. Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública (ASAP), Revista Institucional N°59, Buenos Aires.
- Klinj, E. (1998) “Redes de políticas públicas: una visión general”.
- Lindblom, C. (1992) *“La ciencia de “salir del paso””* en *“La hechura de las políticas”* de L. Aguilar Villanueva. México.
- Lindblom, C. (1994) *“La investigación social para la elaboración de políticas: quién la necesita y para qué”*. Gestión y Política, vol. III, núm. 2.
- Lira, L. (2006) “Revalorización de la Planificación del Desarrollo”, Serie Gestión Pública, ILPES-CEPAL, Santiago de Chile.
- Majone, G. (1992). *“Los usos del análisis de políticas”* en *“La hechura de las políticas”* de Aguilar Villanueva. Porrúa. México. Páginas 341-366.
- Majone, G. (2014). *“Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas”*. Serie Nuevas Lecturas de Políticas y Gobierno. Fondo de Cultura Económica, México. Primera Edición en inglés, 1989. Capítulos 1, 2, 7 y 8.
- Matus (1987) “Política, Planificación y Gobierno”. Fundación Altadir.
- Matus, C. (1993) “El método PES. Entrevista con Matus.” Entrevista de Huertas B. Franco.
- Matus, C. (2007). Teoría del Juego Social. UNLa, Lanús.
- Mintzberg, H; Jorgensen, J. (1995) “Una estrategia emergente para la política pública”. Gestión y Política Pública. Vol. IV, N°1; CIDE; pág. 25-46.
- Mintzberg, H.; Ahlstrand, B; Lampel, J. (1999) “Safari a la estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico” Capítulos 1, 2 y 3. Ediciones Granica S.A., Buenos Aires.
- Mintzberg, H. (2005) *“La estructuración de las organizaciones”*, Capítulo 10 “Diseño de vínculos laterales: Dispositivos de enlace”. Ed. Ariel Economía, Barcelona, España.
- Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019.
- Repetto, F; Fernández, J. (2013) “Coordinación de políticas, programas y proyectos sociales”, Buenos Aires, Fundación CIPPEC.
- Rovere, M. (1999) “Redes en Salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión), Rosario, Argentina
- Schön, Donald (1992) *“La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones.”* Capítulo 3 *“El proceso de diseño como reflexión en la acción”*. Editorial Paidós.
- Sotelo Maciel, A. J. (1997), Análisis PROBES (Problemas, Objetivos y Estrategias). ESTS, La Plata.
- Sotelo Maciel, A. J. (2008) *“La relación planificación-presupuesto en el marco de la gestión orientada a resultados”*. Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 40, pp. 151-176. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Caracas, Venezuela.

- Sotelo Maciel, A. J. (2011) “Métodos e instrumentos para la planificación institucional.” Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Republica Dominicana.
- Sotelo Maciel, A. J. (2013) “*Planificación, desarrollo y capacidad política: Desafíos de América Latina en el siglo XXI*”. Revista Estado y Políticas Públicas N° 1. ISSN 2310-550X pp 47-63.
- Sotelo Maciel, A. J. (2014) “*Cadena de Valor Público y Planeamiento Estratégico, limitaciones y virtudes del modelo*” Congreso Internacional CLAD.
- Sotelo Maciel, A. J. (2016) “*Modelo de Agregación de Valor Público: Ficha conceptual*”. Fragmentos de “Políticas públicas, valor público, planificación y presupuesto” en Revista de Presupuesto y Gasto Público, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Hacienda, Madrid. En proceso de publicación.
- Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo (2016) “Plan Estratégico 2016-2019.”
- Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Municipalidad de Merlo (2019) “Modelo para armar. Experiencias de gestión en salud mental en el Municipio de Merlo.”