

Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

**Programas y prácticas de prevención de salud mental para
niños y adolescentes en las instituciones de salud pública
HIEMI e IREMI de la ciudad de Mar del Plata.**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S. 143 / 89

Apellido y Nombre: Del Valle, Lidia Ofelia - Mat. 4421 / 98
DNI 24.815.317
Scoccimarro, Ana Julia - Mat. 4295 / 97
DNI 26.900.740

Supervisor: Mg. María Inés Pacenza

Cátedra: Problemas Sociales Latinoamericanos

Fecha de Presentación:



N° CLASIFICACION	ACQUISICION
	II EF. BIENIO
	R-514

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Del Valle, Lidia Ofelia y Scoccimarro, Ana Julia, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.”

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Del Valle, Lidia Ofelia, Mat. 4421 / 98 y Scoccimarro, Ana Julia, Mat. 4295 / 97, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 14 días del mes de ABRIL del año 2008”.

M. Inés Pascoza

Firma, aclaración y sello del supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor

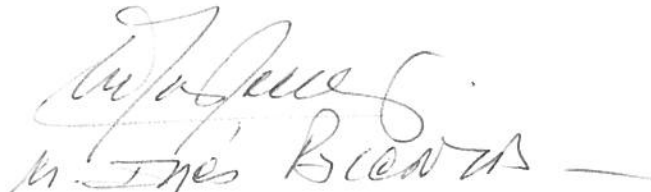
Investigación: Programas y prácticas de prevención de salud mental para niños y adolescentes en las instituciones de salud pública HIEMI e IREMI de la ciudad de Mar del Plata.

Autores: Del Valle, Lidia Ofelia y Scoccimarro, Ana Julia.

La investigación ha logrado el cumplimiento cabal de los objetivos planteados. Se realiza un interesante recorrido histórico respecto a los conceptos de salud pública y de las políticas de salud en Argentina en el que se refleja el trabajo bibliográfico y documental realizado. Posteriormente articulan el análisis de las políticas de salud en nuestra ciudad y con los programas respectivos en el marco de la prevención.


Las estudiantes se posicionan en el marco teórico de "modelo médico hegemónico" para reflexionar sobre las prácticas de salud mental y las políticas de salud. Realizan un análisis exhaustivo de los diferentes programas de prevención y lo relacionan con la información obtenida en las entrevistas. Asimismo reflexionan sobre el concepto de prevención y sobre la representación del mismo en los actores involucrados y hacen una propuesta interesante a partir de la propuesta de Caplán

Considero que la tesis cumple con los objetivos requeridos.


Lidia Ofelia Del Valle

1. "Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Del Valle, Lidia Ofelia, Mat. 4421/98 y Scoccimarro, Ana Julia, Mat. 4295/97."

2. Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:


María C. Bellor

3. Fecha de aprobación: 28-05-08

Aprobado: 9 (merl)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN
DE PREGRADO

Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143 / 89)

Alumnos: Del Valle, Lidia

Mat: 4421/ 98

Scoccimarro, Ana Julia

Mat: 4295/ 97

Cátedra de radicación:

Problemas Sociales Latinoamericanos

Supervisor: Mg. María Inés Pacenza

Título del proyecto: Programas y prácticas de prevención de salud mental para niños y adolescentes en las instituciones de salud pública HIEMI e IREMI de la ciudad de Mar del Plata.

Descripción resumida:

La presente investigación consistirá en detectar y analizar en las instituciones de salud públicas HIEMI e IREMI: los programas formales de prevención de la salud destinados a las personas de 0 a 18 años de edad

que se estén desarrollando actualmente; las prácticas mediante las cuales éstos se implementan; si dichas prácticas de prevención incluyen prácticas propias de salud mental y, por último, las prácticas no formales de prevención de salud mental.

Palabras claves: Salud Pública - Prevención - Programas formales de prevención en salud - Prácticas en Salud Mental - Infancia - Adolescencia

Descripción detallada:

I) Motivo y antecedentes:

Los interrogantes que motivan a pensar este trabajo de investigación surgen a partir de los datos aportados por el grupo de investigación SOVIUC de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y de las entrevistas realizadas a la Lic. Cristina Llorente - Jefe de Sala de Salud Mental del HIEMI - y a la Lic. Acuña y la Dra. Malaguti quienes se desempeñan en el Centro de Salud Municipal IREMI y en la Secretaría de Salud Municipal, respectivamente.

¿Existen programas formales de prevención de la salud para niños y adolescentes (hasta 18 años de edad) que se estén desarrollando actualmente en el IREMI y el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata? Si existen, ¿cómo se implementan? ¿Incluyen prácticas propias de salud mental?

Dichas cuestiones nos conducen a pensar, además, en la situación socio-económica en la cual se encuentra nuestro país. Aún son visibles las

consecuencias del modelo neoliberal, el que no deja de hacer sentir sus efectos en la subjetividad de esta época.

Esta situación que desde hace años viene atravesando la Argentina, agudizada durante el período 2001 - 2002, ha dejado fuera del Sistema de Salud a cada vez mayores sectores de la población, entre otras consecuencias. Asimismo, aquellas personas que hasta ese entonces habían tenido la posibilidad de pagar alguna cobertura privada, se vieron obligadas a volcarse hacia el sistema de atención pública (en nuestra ciudad, Centros, Subcentros, Unidades Sanitarias y Postas; HIEMI e HIGA).

Frente al aumento de la demanda, las instituciones de salud se vieron desbordadas sin poder, en muchos casos, dar una respuesta efectiva a todas las problemáticas planteadas. No solo por el aumento cuantitativo de la demanda, sino también por la diversificación y complejización de los diferentes padecimientos (intoxicaciones por abuso de drogas; coma alcohólico en edades cada vez más tempranas; abusos sexuales; entre otros).

De esta manera, consideramos a la prevención desde la Salud Pública, fundamentalmente en la infancia y la adolescencia, como una de las formas más eficaces para intentar reducir aquellas demandas.

Es por ello que no podemos desconocer la situación actual del sistema de atención de salud mental pública, siendo capaces de analizar críticamente dicha realidad.

El sistema de salud en nuestro país está compuesto por tres subsistemas íntimamente relacionados: el público, el de seguridad social (constituido por las obras sociales) y el privado.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud. Sin embargo, y como consecuencia de la estructura federal del país, los gobiernos de cada provincia cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública. De esta manera, los lineamientos de nivel nacional poseen solo un valor indicativo.

Por último, los municipios se encargan de la ejecución de programas y de la administración de los servicios de su órbita.

Ahora bien, este trabajo de investigación se centrará en el análisis del sistema de salud público de la ciudad de Mar del Plata y, específicamente, en el sector de salud mental de niños y adolescentes.

De esta manera, se tomarán dos instituciones de salud públicas de la ciudad - IREMI e HIEMI - dependientes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón y del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires respectivamente, dentro de las cuales se detectarán y analizarán: los programas formales de prevención de la salud destinados a las personas de 0 a 18 años de edad; las prácticas mediante las cuales éstos se implementan; si dichas prácticas de prevención incluyen prácticas propias de salud mental y, por último, las prácticas no formales de prevención de salud mental.

Seguendo a A. Stolkiner, se entiende que la "Salud Mental" debe ser entrecorillada. En la medida en que se tiende a romper el dualismo mente-cuerpo y se integra las determinaciones sociales y culturales, las líneas entre salud y salud mental se tornan convergentes hasta su integración. (...) Eso no significa un "tipo", "carácter" o "especie" particular de salud, sino una parcialización operatoria fundamentada en la especificidad de sus formas de abordaje a problemáticas de salud en general."

"... Tal dualismo expresa su congruencia, en el campo del pensamiento, con un sistema en el cual la división del trabajo (...) diferencia en la práctica social lo que aparece entonces como dividido en el sujeto. No estamos afirmando que la división del trabajo sea la "causa" de la concepción dualista (...) sino que esta última expresa su congruencia en carácter de representación."

Por lo tanto, no se parte de ninguna definición de "Salud Mental" (no obstante la utilidad, eventualmente, de seguir usando un término con reconocimiento consensual), pero sí se reconoce que "existe un campo de prácticas sociales que se denominan de Salud Mental. En el mismo co-existen y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en Salud."

De este modo, continuando con la línea de pensamiento desarrollada por A. Stolkiner, se entiende a la Salud como "el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la

interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad”.

Por otra parte, cabe destacar que E. Menéndez define a la Salud Pública como “un sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes”.

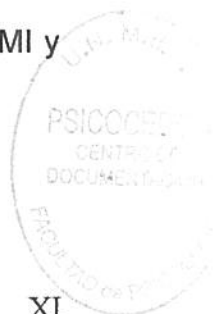
II) Objetivos:

Generales:

1. Conocer las prácticas de prevención de salud mental formales (programas específicos) y no formales para las personas de 0 a 18 años de edad que se estén desarrollando actualmente en la institución pública municipal IREMI y en la provincial HIEMI de la ciudad de Mar del Plata.

Particulares:

1. Detectar los programas formales de prevención de la salud para las personas de 0 a 18 años de edad, que se están llevando a cabo en el HIEMI y el IREMI actualmente.
2. Detectar y observar las prácticas mediante las cuales se implementan los programas formales de prevención de la salud para las personas de 0 a 18 años de edad, que se están llevando a cabo en el HIEMI y el IREMI actualmente.



3. Analizar si las prácticas mediante las cuales se implementan los programas formales de prevención de la salud para las personas de 0 a 18 años de edad que se estén desarrollando en el HIEMI y el IREMI actualmente, incluyen prácticas propias de salud mental.
4. Detectar y analizar la existencia de prácticas no formales de prevención de salud mental para las personas de 0 a 18 años de edad que se estén desarrollando en la actualidad en las instituciones públicas IREMI e HIEMI.

III) Métodos y técnicas:

La investigación está diseñada como un estudio exploratorio/descriptivo de corte cualitativo.

Respecto a las técnicas, se realizarán observaciones, entrevistas a informantes clave y análisis documental.

IV) Lugar de realización del trabajo:

Facultad de Psicología UNMDP, HIEMI e IREMI.



V) Cronograma de actividades:

Actividades	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes	Mes
	1	2	3	4	5	6
Búsqueda bibliográfica	x	x				
Análisis de la literatura	x	x				
Elaboración del marco teórico	x	x				
Realización de entrevistas			x	x		
Análisis de datos				x	x	
Elaboración del Informe Final					x	x

VI) Bibliografía básica de referencia:

Centrángelo, O. y Devoto, F. (2002) Organización de salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años '90 e impacto en la crisis actual. Comunicación para la Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health. Toronto, Canadá.

Menéndez, Eduardo (1992); Salud pública: sector estatal. Ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. OPS N° 540.

Sánchez Vidal, A. (1996). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona.

Stolkiner, A. (1987) Prácticas en salud mental. Ponencia presentada durante el 4° Congreso Latinoamericano y 5° Congreso Mundial de Medicina Social.

www.mardelplata.gov.ar / www.ms.gba.gov.ar

[Handwritten signature]
M. Jesús Páez

Firma del Supervisor

Firma de los Alumnos

[Handwritten signature]

And J. Suedimero

[Handwritten signature]
D. Belliz

PI Area de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado) rehacer

Fecha. 3-07-07

[Handwritten signature]
Mariz C. Belliz

Índice

I	Introducción.....	Pág. 1
II	Marco Conceptual.....	Pág. 12
	A. Salud Pública.....	Pág. 13
	▪ Antecedentes de la Salud Pública.....	Pág. 14
	▪ Políticas de Salud en la Argentina: Perspectiva Histórica...	Pág. 19
	▪ Sistema Total de Salud.....	Pág. 27
	▪ Salud Pública y Modelo Médico Hegemónico.....	Pág. 30
	B. Salud Mental.....	Pág. 43
	C. Infancia y Adolescencia: “haciendo camino al andar...”	Pág. 47
	D. Derecho a la Salud.....	Pág. 54
	▪ Derechos Humanos (DDHH).....	Pág. 56
	▪ Convención sobre los Derechos del Niño.....	Pág. 62
	E. Prevención: ¿juguete político, simple moda o artículo de fe?...	Pág. 65
	▪ Programas de Salud Provinciales y Municipales.....	Pág. 75
	F. Salud Mental en Mar del Plata	
	▪ Antecedentes. Situación Actual.....	Pág. 79
	▪ Atención Primaria de la Salud (APS).....	Pág. 83
III	Discusión e Interpretación.....	Pág. 86
	A. Las instituciones	
	▪ Descripción de las instituciones de salud: HIEMI e IREMI..	Pág. 87
	B. Equipos de Salud Mental	
	▪ Descripción de los equipos.....	Pág. 92

▪	Percepción de los actores sociales acerca de los equipos de trabajo: ¿equipos o “ellos y nosotros”?.....	Pág. 94
C. Programas de Salud Provinciales y Municipales		
▪	Análisis de los programas: “del dicho al hecho...”	Pág. 100
D. Prevención		
▪	Los programas en las instituciones: ¿hay o no programas preventivos en las instituciones?.....	Pág. 111
▪	Previniendo el desconocimiento... Conocimiento o desconocimiento de las acciones realizadas.....	Pág. 115
▪	Definiendo la prevención... ..	Pág. 118
▪	Contra la corriente: obstáculos a la prevención.....	Pág. 119
▪	Prevención primaria y APS.....	Pág. 128
E. Modelo Médico Hegemónico (MMH)		
▪	“Modelando” las instituciones... ..	Pág. 130
F. “Hay cosas que deben ser dichas suficientes veces...”		
▪	Contexto histórico y trabajo en salud mental: sus efectos en la práctica.....	Pág. 151
IV	Conclusión.....	Pág. 163
V	Apéndice.....	Pág. 177
VI	Referencias Bibliográficas.....	Pág. 259

Agradecimientos

Queremos agradecer a Maines, por su tiempo, por ayudarnos a pensar y porque sus aportes fueron un pilar fundamental para nuestro trabajo...

A los profesionales de la salud mental entrevistados, por recibirnos, por sus palabras y por compartir sus experiencias con nosotras...

Gracias individuales:

A mi viejo, quien insistía con que el estudio es una de las herramientas para poder aportar al cambio social, y quien siempre decía, "prevenir es mejor que curar".

A mis amigos, compañeros de estudio y militancia, con quienes comparto saberes, alegrías, frustraciones y pasiones. Gracias por estar, escuchar, luchar, hacer y acompañar.

Es con todos ellos con quienes quiero compartir esta investigación, esta alegría, este paso, este pequeño aporte teórico al campo de la Salud Mental.

Lidia.

A Lu, por su estar, por hacer que todo sea más fácil y hermoso...

A mi vieja, por el apoyo cálido y la confianza...

A mi viejo, por aquel abrazo...

A mi hermano, por estar ahí...

A Hernancito, a Tata y a mi familia toda: tíos, primos y abuelos...

GRACIAS

A los amigos, por el apoyo, por soplar juntos... Llegué!!!! GRACIAS

*A Maru (que entra en doble categoría), por los colores... gracias
nolamamá!!*

*Gracias a todos los que aportaron su granito de arena para que hoy,
abril del 2008, sea casi una licenciada...*

GRACIAS!!!

Ana

Programas y Prácticas de
Prevención de Salud Mental
para Niños y Adolescentes
en las Instituciones de Salud
Pública HIEMI e IREMI de la
Ciudad de Mar del Plata

Introducción

Los interrogantes que nos motivaron a pensar este trabajo surgen a partir de los datos aportados por el grupo de investigación SOVIUC de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y de las entrevistas realizadas en la etapa preeliminar de nuestra investigación a: la Lic. en Psicología y Jefa de Sala de Salud Mental del HIEMI; a otra Lic. en Psicología que se desempeña en el IREMI y, por último, a una médica pediatra que trabaja en la Secretaría de Salud Municipal y que posee vastos antecedentes en gestión.

A su vez, también fue un importante motor para nosotras (y en algún punto, una deuda pendiente) el haber trabajado cuatro años como alumnas extensionistas de esta unidad académica, formando parte de un equipo interdisciplinario con el cual realizamos prácticas orientadas hacia la prevención y promoción de la salud mental en distintos barrios periféricos de la ciudad.

Experiencia, por cierto, que fuimos desarrollando no sin dificultades: a la poca producción de teoría sobre acciones preventivas en salud mental, se le suma la escasa - por no decir nula - formación en este ámbito de trabajo que tenemos a lo largo de nuestra carrera de grado. Cuestiones éstas, que en muchas oportunidades hicieron más complejo aún el abordaje preventivo comunitario de la salud mental.

De aquellos años quisiéramos rescatar también ciertas vivencias que dejaron profundas marcas en nosotras. En efecto, hemos sido lamentables testigos de muchos de los sufrimientos por los cuales han tenido que atravesar varias de las personas - en especial, los niños y los adolescentes - con quienes compartimos esos tiempos. Personas que, por sus precarias condiciones de

vida, no tenían la posibilidad de contar con alguna cobertura en salud. Por lo tanto, debían recurrir a los establecimientos públicos para ser atendidas, iniciando un derrotero que implicaba largas colas a las 5 de la mañana para conseguir un turno, interminables listas de espera, mala calidad de los servicios prestados, etc.

El conjunto de estas cuestiones, entonces, es el que nos despertó el interés por investigar qué es lo que sucede actualmente en las instituciones públicas de salud de nuestra ciudad, respecto a las prácticas preventivas en salud mental destinadas a la población infanto-juvenil.

Con tal propósito, decidimos trabajar con dos centros de salud: el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. V. Tetamanti (HIEMI) y el Instituto Materno Infantil Rómulo Etcheverry (IREMI).

De esta manera, nos preguntamos: ¿existen programas oficiales o formales de prevención de la salud para niños y adolescentes (hasta los 18 años de edad) que se estén desarrollando actualmente en el IREMI y el HIEMI? Si existen, ¿cómo se implementan? ¿Incluyen prácticas propias de salud mental? Y por último, ¿hay programas que podríamos denominar “no-formales”?

A efectos de formalizar estos interrogantes, planteamos los siguientes objetivos:

- **Objetivo general:** Conocer las prácticas de prevención de salud mental formales (programas específicos) y no formales para las personas de 0 a 18 años de edad que se estén desarrollando actualmente en la institución pública municipal IREMI y en la provincial HIEMI de la ciudad de Mar del Plata.

▪ **Objetivos particulares:**

1. Detectar los programas formales de prevención de la salud para las personas de 0 a 18 años de edad, que se estén llevando a cabo en el HIEMI y el IREMI actualmente.

2. Detectar y observar las prácticas mediante las cuales se implementan los programas formales de prevención de la salud para las personas de 0 a 18 años de edad, que se están llevando a cabo en el HIEMI y el IREMI actualmente.

3. Analizar si las prácticas mediante las cuales se implementan los programas formales de prevención de la salud para las personas de 0 a 18 años de edad que se estén desarrollando en el HIEMI y el IREMI actualmente, incluyen prácticas propias de salud mental.

4. Detectar y analizar la existencia de prácticas no formales de prevención de salud mental para las personas de 0 a 18 años de edad que se estén desarrollando en la actualidad en las instituciones públicas IREMI e HIEMI.

Ahora bien, el panorama descrito anteriormente nos conduce a pensar además, en la situación socio-económica en la que se encuentra nuestro país hoy en día. Aún son visibles las nefastas consecuencias del modelo neoliberal, el cual que no deja de hacer sentir sus efectos en la subjetividad de esta época.

Esta situación que desde hace años viene atravesando la Argentina, se vio fuertemente agudizada durante el período 2001- 2002, provocando una fuerte crisis en el Sistema de Salud y dejando fuera del mismo a cada vez

mayores sectores de la población, cuyas condiciones de vida por cierto - y tal como ya adelantamos - se vieron seriamente perjudicadas.

La crisis no solo afectó a aquellos grupos que históricamente se atendieron en los hospitales públicos, sectores para los cuales- de manera paradójica- en aquel entonces no había lugar en los centros de salud; asimismo perjudicó a aquellas otras personas que hasta ese momento o bien habían tenido la posibilidad de pagar alguna cobertura privada o se encontraban trabajando en relación de dependencia accediendo, por lo tanto, a las prestaciones brindadas por su obra social. ¿El resultado? Estas últimas se vieron obligadas a volcarse hacia el sistema de atención pública (en nuestra ciudad, Centros, Subcentros, Unidades Sanitarias y Postas; HIEMI e HIGA), produciéndose, en algunos casos, un notable aumento de la demanda.

Como consecuencia, las instituciones de salud se vieron desbordadas sin poder dar una respuesta efectiva al amplio espectro de problemáticas planteadas, fundamentalmente en las salas de salud municipales.

En este punto, es importante señalar que tal estado de situación es consecuencia no solo del aumento cuantitativo de la demanda en ciertos casos, sino también de la diversificación y complejización de los diferentes sufrimientos subjetivos: intoxicaciones por abuso de drogas; coma alcohólico en edades cada vez más tempranas; intentos de suicidio; episodios de violencia; abusos sexuales; entre otros.

De esta manera, y en función de todo lo expuesto, estamos convencidas que las acciones preventivas en salud implementadas desde los organismos públicos pertinentes, fundamentalmente durante los primeros años de vida de

una persona, son una de las formas más eficaces para intentar reducir el surgimiento de nuevos padecimientos y el agravamiento de aquellos otros que ya están en curso.

Así, a efectos de comprender la realidad de esas instituciones para luego poder analizarla críticamente, intentaremos acercarnos al sistema de atención de salud mental pública para niños y adolescentes.

Con tal finalidad, haremos uso de ciertas herramientas teóricas que pensamos nos ayudarán a recorrer y pensar estas cuestiones.

En principio, entonces, podemos decir que el sistema de salud en nuestro país está compuesto por tres subsistemas íntimamente relacionados: el público, el de seguridad social (constituido por las obras sociales) y el privado.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en este ámbito aunque, como consecuencia de la estructura federal del país, los gobiernos de cada provincia cuentan con total autonomía en lo referente a las políticas de salud pública. De esta manera, nos encontramos con que los lineamientos de nivel nacional poseen solo un valor indicativo.

Los municipios a su vez, son los encargados de la ejecución de los programas y de la administración de los servicios de su órbita.

Ahora bien - como ya mencionamos -, nuestra investigación se centrará en la descripción y análisis del sector de salud mental infanto-juvenil perteneciente al sistema de salud público de la ciudad de Mar del Plata.

En pos de ese objetivo, estructuraremos este trabajo en dos grandes ejes- un marco conceptual y un eje de discusión e interpretación-, para luego poder arribar a las conclusiones finales.

De esta manera, el primer capítulo del marco teórico estará destinado a la Salud Pública: empezaremos señalando sus antecedentes; después delinearemos brevemente las políticas de salud en la Argentina durante el siglo pasado; plantearemos la conformación actual del Sistema Total de Salud (STS) - algo de lo cual adelantamos- y, por último, precisaremos dos de los conceptos centrales de esta tesis: el de Salud Pública y el Modelo Médico Hegemónico (MMH), tal como los conceptualiza Eduardo Menéndez.

Cabe mencionar aquí, que dicho autor define a la Salud Pública como “un sector político- técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico- políticas dominantes”. (Menéndez, E; 1992: 104) Agrega, además, que “la salud pública en cuanto saber y práctica profesionales constituye una variedad corporativa del... Modelo Médico Hegemónico (MMH)...” (1992: 108), al cual caracteriza como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.” (1992: 108)

En el siguiente capítulo de esta parte teórica, nos ocuparemos del concepto de Salud Mental con el cual trabajamos: siguiendo a Alicia Stolkner (1987: 49, 50), entendemos que la “Salud Mental” debe ser entrecorrida. En la medida en que se tiende a romper el dualismo mente-cuerpo y se integra las

determinaciones sociales y culturales, las líneas entre salud y salud mental se tornan convergentes hasta su integración... Eso no significa un "tipo", "carácter" o "especie" particular de salud, sino una parcialización operatoria fundamentada en la especificidad de sus formas de abordaje a problemáticas de salud en general."

"... Tal dualismo expresa su congruencia, en el campo del pensamiento, con un sistema en el cual la división del trabajo... diferencia en la práctica social lo que aparece entonces como dividido en el sujeto. No estamos afirmando que la división del trabajo sea la "causa" de la concepción dualista... sino que esta última expresa su congruencia en carácter de representación."

Por lo tanto, no partiremos de ninguna definición de "Salud Mental" (no obstante la utilidad, eventualmente, de seguir usando un término con reconocimiento consensual), pero sí reconocemos que "existe un campo de prácticas sociales que se denominan de Salud Mental. En el mismo co-existen y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en Salud." (Stolkiner, A; 1987: 32)

De este modo, continuando con la línea de pensamiento desarrollada por la autora, entendemos a la Salud como "el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad." (Stolkiner, A; 1987: 51)

Seguidamente, haremos referencia a las nociones de infancia y de adolescencia, por un lado, y al derecho a la salud, por el otro.

Para ir finalizando ya con el marco conceptual, abordaremos otro de los conceptos fundamentales de nuestro trabajo: la prevención. Con tal propósito, retomaremos lo planteado por Bárbara Zas Ros (<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>), quien define a las prácticas preventivas "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención." (OPS, 1995)

Por último, caracterizaremos de manera sucinta la situación actual del sector público de salud mental de nuestra ciudad, dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón.

Continuando ahora con la segunda parte de esta investigación- Discusión e Interpretación-, nos proponemos en ella describir y analizar los diferentes datos obtenidos a través del trabajo de campo realizado.

A tal efecto, empezaremos con la caracterización de: las instituciones de salud tomadas como objeto de estudio, especialmente de sus Servicios de Salud Mental; la conformación de los equipos de trabajo de dicha área, y de la percepción que los profesionales implicados tienen acerca de los mismos.

Luego, pasaremos a evaluar los programas de salud tanto provinciales como municipales que se estén desarrollando hoy en día, destinados a los niños y adolescentes, para después intentar detectar cuáles de ellos se están implementando en las instituciones mencionadas y cuáles trabajan con una finalidad preventiva. Además, relevaremos las opiniones de los actores sociales entrevistados respecto a esta temática.

Por otro lado, nos detendremos en el análisis de los rasgos del MMH, intentando pesquisar su influencia en las prácticas de salud dentro del HIEMI y el IREMI.

Finalmente, apuntaremos a transmitir la percepción que los distintos profesionales con quienes dialogamos tienen en relación a cómo el contexto socio-histórico va contribuyendo a delinear sus acciones de salud mental cotidianas. Es decir, nos centraremos en indagar los efectos del contexto en las acciones de salud.

Por último, y para concluir esta introducción, les contamos que no estaremos solas en este recorrido: Mafalda será nuestra compañera de ruta...

Y sí, ya que de niños hablaremos, ¿qué mejor que ir acompañadas de esta niña preguntona, cuestionadora, irreverente e inesperada, que planteó en su momento tantos interrogantes molestos a la sociedad argentina? Interrogantes, por cierto, que no han perdido vigencia en nuestra sociedad.

Desde su sillita, con una inocente falta de inocencia, Mafalda nos ayuda a reflexionar sobre la validez de los hábitos, creencias, prejuicios y lugares comunes, ayudando de este modo a construir una sociedad mejor...

Apostamos a que esta luchadora social incansable, pueda simbolizar lo mejor del espíritu de muchos niños y jóvenes, que no se resignan a acatar el orden establecido y pretenden modificarlo, enriqueciéndolo con sus propias ideas...

Habiéndoles presentado nuestra tesis, los invitamos a compartirla...

Bienvenidos!!



Programas y Prácticas de
Prevención de Salud Mental
para Niños y Adolescentes
en las Instituciones de Salud
Pública HIEMI e IREMI de la
Ciudad de Mar del Plata.

Marco Conceptual

Salud Pública

Tal como su título lo indica, en este capítulo abordaremos la temática de la salud pública, iniciando así un recorrido teórico por algunos conceptos que evaluamos sumamente útiles y enriquecedores para la elaboración de nuestra tesis.

Consideramos importante empezar por este tema, ya que este trabajo lo realizamos con el propósito de detectar y analizar programas de prevención de la salud mental y demás prácticas preventivas que se están desarrollando en, precisamente, dos de las instituciones de salud pública de nuestra ciudad (IREMI e HIEMI).

Comenzaremos, entonces, ocupándonos de la historia y antecedentes de la salud pública, para luego continuar con la descripción- resumida, por cierto- del desarrollo histórico de las políticas de salud en nuestro país, por una lado, y de lo que Enrique Saforcada denomina Sistema Total de Salud (STS), por el otro.

Finalmente, en un último apartado, definiremos el concepto de salud pública tal como lo entiende Eduardo Menéndez- y con el cual coincidimos- y el de Modelo Médico Hegemónico (MMH), noción de fundamental importancia para nuestra investigación.

Antecedentes de la Salud Pública

En este apartado nos interesa plasmar- en forma sintética- cómo se ha ido desarrollando a lo largo de la historia cierto grado de conciencia sanitaria (ya que en las distintas sociedades se le ha dado un valor central a la vida), hasta llegar a lo que hoy en día conocemos como Salud Pública.

En efecto, desde tiempos lejanos, los diferentes pueblos han concebido variadas modalidades, hábitos y costumbres para mantener la salud y protegerse contra la enfermedad, a las cuales podríamos pensar como medidas preventivas y promocionales y, por lo tanto, como antecedentes de la Salud Pública.

Ahora bien, comenzaremos este recorrido por la civilización griega. De ella surgieron Panacea- diosa de la "curación", de los procedimientos terapéuticos y de las medicinas- e Hygea- diosa de la "salud" y del estar sano, entendido esto como la moderación en el vivir-.

Por otro lado, del Imperio Romano rescatamos una concepción de salud amplia, ya que incorporaba a la mente, a su buen estado y funcionamiento, como parte de la misma.

"La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualadas en la historia de la salud pública. Las casas romanas fueron construidas con cañerías y desagües y magníficos baños públicos..." (Restrepo, H. E. y Málaga, H; 2001: 17)

"Otra contribución de los romanos no menos importante para las políticas públicas en salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del

sector público. Pese a todo lo bueno, el imperio romano cayó por corrupción moral y política, problemas que siguen atentando contra la equidad hoy en día.” (Restrepo, H E. y Málaga, H; 2001: 17) Por último, también se puede agregar que fueron los primeros en reglamentar, a través de leyes específicas, el sistema sanitario.

Años después, ya durante el cristianismo, "... se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como principal elemento de salud... Pero el cuerpo era el vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, hubo espacio para la higiene colectiva; el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían baños de vapor (turcos) para los peregrinos.

Las condiciones cambiaron en el siglo XII con las traducciones de los antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes...” (Restrepo, H. E. y Málaga, H; 2001: 17)

Algunos autores de esta época ponen "...énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre salud física y mental. De los musulmanes también es digno mencionar la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos... pero lo más relevante... fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se les daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo”. (Restrepo, H. E. y Málaga, H; 2001: 17 y 18)

Sin embargo, en términos generales podemos decir que en la Edad Media "... fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública. Durante

este período ocurrió la gran epidemia de la “Peste o Muerte Negra” que devastó al mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días para evitar la expansión de epidemias...” (Restrepo, H. E. y Málaga, H; 2001: 17 y 18)

Asimismo, durante la época renacentista, tampoco hubo grandes avances en higiene y salud pública.

Por el contrario, el siglo XVIII “... sí marcó grandes cambios. En primer lugar porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque ese reconocimiento determinó que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas...” (Restrepo, H. E. y Málaga, H; 2001: 19)

“El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva.

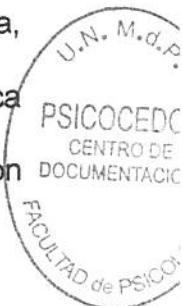
Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida...” (Restrepo, H. E. y Málaga, H; 2001: 20)

En este sentido, Carlos Alvarado (1990: 1) sostiene que “La Salud Pública, como ciencia, como patrimonio valioso de la comunidad y como responsabilidad de los gobiernos, apenas tiene un poco más de un siglo de existencia.”

En efecto, "... la salud pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno..." (Alvarado, C. A; 1990: 1) tiene su verdadero comienzo recién a mediados del siglo XIX.

Ésta, "... basada entonces en lo que por muchos años se llamó en Francia y América Latina "higiene pública y "sanidad", no se preocupaba por la asistencia de los enfermos, considerada generalmente como una responsabilidad estrictamente personal, salvo para los pobres e indigentes, de los que tomaban cuenta las instituciones de caridad o beneficencia. El descubrimiento de Jenner..., los de Pasteur y Koch a mediados del siglo XIX y el advenimiento de la medicina experimental... aseguraron a la acción sanitaria la base científica necesaria para un salto adelante y el desarrollo espectacular de las acciones de medicina preventiva. Fue la época llamada "bacteriológica" de la salud pública, en que la protección pura y simple de la salud era el objetivo principal de los servicios sanitarios.

Es necesario entrar en el siglo XX para que las palabras "fomento" y "promoción" aparezcan en... los textos de salud pública y administración sanitaria. Con el progreso de los métodos y medios para el diagnóstico precoz, el... desarrollo de la quimioterapia, los antibióticos y las técnicas quirúrgicas y su efecto sobre la prolongación de la vida..., se abre paso y afianza el concepto de justicia distributiva, de que todos estos beneficios deben alcanzar a toda la comunidad y, como corolario, se incorporan a... las acciones de salud pública, las palabras "restauración" y "recuperación" de la salud, eufemismo de la clásica medicina curativa y asistencial. Se llega paulatinamente así a la "atención



médica integrada” como temática básica de la teoría y práctica de la salud pública.” (Alvarado, C. A; 1990: 2)

Luego de este breve recorrido en torno a los antecedentes de lo que actualmente conocemos como Salud Pública, continuaremos en el próximo apartado con la descripción de las políticas de salud pública en nuestro país a través de los años.

Políticas de Salud en la Argentina: Perspectiva Histórica

Como recién señalamos, nuestro objetivo en este apartado es describir de manera simplificada - debido a la extensión y complejidad del tema - cómo han sido las políticas de salud pública en nuestro país desde el siglo anterior hasta la actualidad

Para comenzar citaremos a Centrángelo, O. y Devoto, F. (2002: 3) quienes sostienen que "...en sus comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional..."

A principios del siglo pasado, los distintos sectores de la sociedad "...se habían ido agrupando espontáneamente en instituciones de cobertura que respondían a diferentes factores aglutinantes: nacionalidad, religión, gremios, lugar de trabajo, y se encuadraban de manera general bajo el mutualismo..." (Belmartino, S, 1991: 16). Paralelamente, "Algunas grandes empresas... comienzan a asegurar la cobertura de salud de su personal a través de modalidades de aportes bipartito. Una dinámica similar se instituye en las reparticiones públicas: grandes municipios, ministerios, reparticiones, organizan servicios de orientación similar..." (Belmartino, S; 1991: 16)

Sin embargo, "El sistema comienza a emitir señales manifiestas de crisis a partir de los años 20. La limitación de recursos financieros se articula conflictivamente con un relativo encarecimiento de la atención, a la vez que, el

crecimiento urbano y la modernización suponen un aumento considerable de la población demandante.

A medida que la sociedad que las contiene crece y se complejiza, crecen y se complejizan también las demandas planteadas a estas instituciones, y las dificultades para satisfacerlas...” (Belmartino, S; 1991: 15)

“... la percepción de la crisis de necesidades insatisfechas culmina en una creciente demanda de intervención del Estado.

... la crisis que precede al cambio de modelo podría definirse entonces, como una crisis de saturación de demandas en el interior de las instituciones que la sociedad ha organizado para satisfacer sus necesidades de salud y bienestar. Cuando las demandas superan la capacidad de respuestas de dichas instituciones, no ya en situaciones que puedan definirse como coyunturales, sino en circunstancias que favorecen la percepción de cambios cualitativos, y existen formas organizativas cuya resolución se ubica más allá de las decisiones que cada institución puede tomar por sí misma, la perspectiva ordenadora se orienta hacia el Estado.” (Belmartino, S; 1991: 15, 16)

Es así como, paulatinamente, el Estado comienza a ser responsable y garante del derecho a la salud. Centrángelo, O. y Devoto, F. (2002: 3, 4) dirán: “A mediados de la década del ´40 el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto como prestador como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del ministerio de salud se dio gran impulso a la salud pública, ampliación de capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc., así como se fortaleció la intervención del estado en la organización del sector.”

También comienza a haber legislación referida a la salud, aunque la misma se reducía al ámbito laboral (accidentes laborales).

Años después- a mediados de los años '50-, se produce la caída del peronismo, la cual "... coincide con un momento de reconversión de la estructura productiva argentina... de importante repercusión en el mercado de trabajo." (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 17)

"El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir los gastos del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización... concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional." (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 18)

Existe una "...completa falta de articulación entre las políticas llevadas adelante por Salud Pública, cuyos funcionarios están empapados del discurso racionalizador y eficientista que propugna la asignación planificada de recursos como único camino posible para la afirmación del bienestar, y la estrategia del grupo a cargo de Seguridad Social...

Este tipo de políticas, destinadas a asegurar condiciones mínimas de salud y bienestar no sólo a la fuerza de trabajo ocupada, sino también a sus familiares directos y al sector pasivo, pueden permitir entender los fundamentos políticos del modelo de organización de los servicios que podríamos denominar estatal-corporativo. El estado no abandona su responsabilidad básica de

garantizar el bienestar, pero, presionado por la crisis fiscal, descarga el mayor peso financiero sobre la misma población beneficiaria. Hace obligatoria la cobertura... Por supuesto, esa contribución de los empleadores se traslada a los precios, y es finalmente, soportada por toda la comunidad...” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 20)

Tiempo después, se comienzan a percibir claramente las consecuencias sociales de la política en desarrollo: la crisis social aumenta y “...las condiciones políticas desbordaron las posibilidades de “continuismo” militar.” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 21)

Por lo tanto, en 1973 se llama a elecciones, resultando electo nuevamente Juan Domingo Perón como presidente de la nación, tras cuya muerte - en 1974 - otra vez las Fuerzas Armadas tomaron el poder.

Es bajo el gobierno militar que “En la temática de salud priman los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Privatizar significa en ese contexto que el principio de la responsabilidad colectiva es reemplazado por el de la rentabilidad empresarial. La ley de la oferta y la demanda definirá en última instancia, la posibilidad de conservación de la vida y la salud de los argentinos.

El componente tecnocrático desborda el discurso del Secretario de Salud Pública... que propone como metas de su gestión la extensión de la cobertura de salud con especial énfasis en la atención primaria y la salud materno infantil, la regionalización y zonificación sanitarias que permitan la integración de los tres subsectores... para establecer un eficaz sistema de atención médica, evitando la

innecesaria superposición de recursos y anárquica incorporación de tecnología, y finalmente un sistema de financiación que suponga la concreción indiferenciada y por provincia de los recursos financieros destinados a salud.

... Sin ninguna efectivización en la práctica, se reproduce incansablemente... un discurso “vacío”, aplicado a un área de profunda repercusión ideológica, destinado a lograr legitimidad interna y a mejorar la empañada imagen que el gobierno de las Fuerzas Armadas tiene en el exterior de la República.

En cuanto a las políticas efectivas en salud instrumentadas, sobresale la contracción de la actividad del Estado en la prestación de servicios....

Esto se traduce en un deterioro creciente de los servicios e instalaciones administrados por el sector público; menores recursos humanos y materiales, arancelamiento hospitalario. Los servicios estatales de salud deben hacer frente, con recursos notoriamente disminuidos, a una demanda incrementada por las transformaciones del aparato productivo y la crisis de Seguridad Social.” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 23)

“... el resultado más evidente de la conjunción entre crisis económica y política neoliberal es una transformación del mercado de trabajo que se traduce no sólo en una reducción del salario real y tasas crecientes de desempleo y subempleo, sino también en una fuerte reducción de la población asalariada... La caída de la relación de dependencia supone paralelamente la pérdida de afiliación de las obras sociales.

Como consecuencia de este proceso, los porcentajes de la población con cobertura social de atención médica... se vieron reducidos...” (Centrángelo, O. y

Devoto, F; 2002: 24), con lo cual se produce un aumento de la demanda en el sector de salud pública colapsando aún más a este sector.

“... por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservada, básicamente, a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de seguridad social.” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 5)

“Se privilegió la incorporación de tecnología en detrimento del trabajo clínico, proceso que fue potenciado por la política de apertura económica del momento, generándose un crecimiento no planificado de tecnología de alta complejidad. En el segmento público, la falta de instancias coordinadoras fue agravada por las características básicamente financieras que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, orientado a transferir servicios desde el nivel central a provincias y éstas a los municipios.” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 6)

“Así, en los años 80, el sector de salud argentino había consolidado una organización que, como se vio, se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un sistema de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración en los distintos subsectores, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones- nacional, provincial y municipal- , niveles entre los

cuales, no existe el grado necesario de coordinación.” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 6)

Ya con la vuelta de la democracia (1983), “... comienza a hacerse manifiesta la enorme carga que significa para la sociedad argentina la deuda contraída por el gobierno de las Fuerzas Armadas con el sistema financiero internacional.” (Centrángelo, O. y Devoto, F; 2002: 27)

En ese contexto, el entonces ministro de salud “... inicia un ambicioso programa destinado a intensificar la presencia reguladora del aparato estatal en segmentos especialmente críticos del área a su cargo: se procura regular la producción y comercialización de fármacos; se proyecta una reformulación del nomenclador nacional de prestaciones, al que se responsabiliza de la creciente mercantilización y tecnologización de la práctica, y se intenta retomar la política de construcción hospitalaria pública, descuidada durante décadas...”(Belmartino, S; 1991: 30)

“Un ambicioso proyecto de seguro nacional de salud procura efectivizar esa presencia ordenadora del Estado en el ámbito de la seguridad social. Garantiza la cobertura universal, incorporando a indígenas y autóctonos, y propone mecanismo de democratización de las obras sociales, imponiendo la elección de autoridades por los beneficiarios y cortando los lazos que las vinculaban al poder sindical.” (Belmartino, S; 1991: 30)

Por otro lado, y ya en el siglo XXI, nos encontramos con la crisis del 2001- 2002, la cual ha dejado profundas marcas en el sistema de atención de la salud de nuestro país.

Por último, y a modo de cierre de este apartado, podemos decir que las distintas transformaciones sociopolíticas por las que ha atravesado la Argentina en los últimos años, han dado lugar en materia de políticas de salud pública, al recorte fiscal y a un Estado focalizado en los sectores más carenciados.

A su vez, el surgimiento de nuevos padecimientos- más complejos y diversos- ha aumentado la necesidad de atención por parte de la población, la cual se ve obligada a recurrir al sistema público de salud debido a la falta de recursos económicos, generando una demanda muy alta- tan alta como insatisfecha-, ya que debido a los distintos recortes al presupuesto de salud, el Aparato Sanitario Estatal no cuenta con los recursos físicos ni humanos para dar respuesta a esta situación.

Luego de haber realizado este recorrido señalando sintéticamente cuáles han sido los lineamientos generales de las políticas de salud pública en nuestro país a lo largo del siglo anterior y comienzos del actual, presentaremos en el próximo apartado cómo es la organización del Sistema Total de Salud (STS) hoy en día, al cual podemos pensar como el emergente del interjuego de las relaciones históricas entre poder político, grupos económicos y prácticas hegemónicas.

Sistema Total de Salud



Enrique Saforcada en "Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de salud" (2001: 43), va a comenzar diciendo que "la expresión de sistema total de salud (STS) comprende todo lo que una sociedad genera- de sustancia material y / o ideacional, tangible y / o intangible- y pone en práctica en relación con los emergentes- positivos o negativos- del proceso de salud- enfermedad de quienes la constituyen y / o con el proceso mismo."

"El STS se divide en dos subsistemas: el de salud de atención de las personas y el de la previsión social..." (Saforcada, E; 2001: 57)

El primero de éstos a su vez está integrado por tres subsistemas: "el público, el de la seguridad social y el privado.

El subsistema público comprende a todos los profesionales, técnicos y personal administrativo y de seguridad, como así también las organizaciones en donde trabajan (hospitales, centros de salud, etc.) que dependen del estado en alguna de sus tres jurisdicciones: nacional, provincial o municipal." (Saforcada, E; 2001: 58)

El subsistema de seguridad social está integrado por las obras sociales y mutuales y el subsistema privado, por último, implica a todos aquellos profesionales y técnicos que atienden en consultorios privados, como así también las organizaciones privadas de atención de la salud.

Por otro lado, Saforcada enumera una serie de componentes del STS:

"a) El componente legislativo (Poder Legislativo): está integrado por los cuerpos legislativos de las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) de

los cuales emanan las leyes, reglamentaciones y ordenanzas que regulan los aspectos legales (derechos y obligaciones) inherentes a la salud (los ejercicios profesionales del área, las actividades de producción y comercialización de los medicamentos, el funcionamiento de las instituciones de salud, ciertos comportamientos ambientales de los ciudadanos y su acceso al sistema de atención de la salud, los comportamientos interactivos de los ciudadanos que resultan dañosos para la salud, etc.)..." (Saforcada, E; 2001: 46)

b) "El componente gubernamental (Poder Ejecutivo): está integrado por dos grandes subcomponentes presentes en las tres jurisdicciones administrativas públicas (nacional, provincial y municipal): 1) Ministerios, secretarías o subsecretarías que involucran directamente al área salud... 2) Ministerios, secretarías o subsecretarías que no involucran el área de la salud...

c) El componente judicial (Poder Judicial): está constituido por todo el sistema judicial... en las jurisdicciones nacional, provincial y municipal...

d) El componente formal: lo constituye el conjunto de instituciones, profesionales y técnicos legalmente avalados (hospitales, sanatorios, consultorios, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, farmacéuticos..., etc.)" (Saforcada, E; 2001: 47)

e) "El componente cuasiformal: está integrado por el personal administrativo, de maestranza,... de mantenimiento y de vigilancia que forma parte de las instituciones de salud (hospitales, sanatorios, ..., etc.)

f) El componente informal: está constituido por la población en general y las instituciones u organizaciones presentes en la sociedad (excluidos los profesionales, los técnicos y las organizaciones legales del área de la salud)...

g) El componente intersubjetivo general: se configura a partir de la red de interacciones que estructura y dinamiza el STS y está constituido por la carga afectivo-emocional de los emergentes psicosocioculturales de la interacción entre el componente informal (usuarios del sistema) y el componente formal / cuasiformal (efectores del sistema).

h) Componente intersubjetivo sectorial: queda configurado a partir de la red de interacciones que se dan entre el componente formal y cuasiformal.” (Saforcada, E; 2001: 48)

Por otra parte, “... el sistema oficial de salud (SOS) está integrado por los componentes legislativos, gubernamental, judicial, formal, cuasiformal,... y la dinámica que los relaciona,... el componente informal, y la dinámica que en él se genera alrededor de la problemática en salud configura el sistema popular de salud (SPS).” (Saforcada, E; 2001: 48)

Por último, cabe agregar que “Las interacciones entre el SOS y el SPS generan un gran espacio intersubjetivo global que involucra a toda sociedad y tiene un fuerte contenido y energía político- ideológicos que, hasta ahora, los profesionales de la política no han tomado en cuenta, ni se han percatado de las fuerzas sociales que encierra, las que en situaciones de crisis social generalizada,... son materia crítica.” (Saforcada, E, 2001: 48)

Habiendo cumplido entonces con el propósito de describir cómo está organizado el Sistema Total de Salud (STS) actualmente en nuestro país, nos proponemos continuar en el siguiente apartado con la caracterización de la salud pública y del Modelo Médico Hegemónico, tal como los define Eduardo Menéndez.

Salud Pública y Modelo Médico Hegemónico

Para la elaboración de este último apartado tomaremos como eje el texto de Eduardo Menéndez "Salud pública: sector estatal. Ciencia aplicada o ideología de lo posible" (1992), en el cual desarrolla, precisamente, dos de los conceptos fundamentales del presente trabajo: Salud Pública y Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Luego de haber recorrido varios textos y consultado diversos artículos en distintas páginas de Internet, evaluamos que la definición que Menéndez construye en relación a la salud pública, es con la cual coincidimos y la que nos aporta más elementos para seguir pensando y elaborando nuestra tesis.

Por otro lado, y respecto al segundo de los conceptos- MMH- pensamos que incluirlo en el trabajo iba a resultar necesario al momento de interpretar y analizar los datos que fuéramos obteniendo a lo largo de las entrevistas, ya que estábamos investigando un campo en el cual los entrecruzamientos con la ciencia médica son inexorables. Por lo tanto, consideramos importante detenernos en su descripción y definición.

Comencemos entonces y veamos qué nos dice el autor. En principio, podemos decir que Menéndez (1992: 104) va a definir a la Salud Pública como "...un sector político-técnico del Estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-político dominantes."

De esta manera "...el rasgo característico de la salud no es el conocimiento en sí sino que dicho saber sea operado a través de un sector del Estado." (Menéndez, E; 1992: 104)

Ahora bien, desde su punto de vista, ¿cuál es el origen de la salud pública?, ¿cómo se fue constituyendo? Ésta "se constituyó a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues estos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos." (1992: 104)

Sin embargo, sostiene, en los orígenes de la salud pública "están potencialmente presentes no solo los objetivos de solución de problemas colectivos, sino también de control social..." (1992: 104) Entonces, "...la salud pública iba a desarrollar sus intervenciones sobre conjuntos sociales que presentaban notables desigualdades socioeconómicas, así como conflictos de intereses frecuentemente incompatibles. Si bien la "diferencia" sería reconocida..., la misma no fue incluida sino marginalmente en el desarrollo de la salud pública como sector, ni tampoco como cuerpo de conocimiento."(1992: 104, 105)

Aunque- siguiendo lo planteado por Menéndez- "el reconocimiento... de un campo colectivo sobre el cual intervenir para abatir y / o controlar los daños a la salud de "agregados sociales", debió haber llevado a la salud pública a incluir las dimensiones socioeconómicas y culturales en su marco de referencia y en su práctica" (1992: 105), "... esta aseveración... no tuvo demasiada influencia en el desarrollo real de la salud pública como sector político-técnico. La dimensión

“colectiva” de los daños a la salud... no incluyó lo socioeconómico en su práctica, dado que... procesos complementarios “medicalizaron” a la salud pública.

La salud pública en cuanto “saber” y en cuanto “sector” se constituirá a partir de la medicina y esto es decisivo. Si bien se constituye a partir del reconocimiento de la enfermedad/ atención/ prevención como procesos económico- sociales, lo hace en términos de saber y de organización técnica a partir de las ciencias médicas....

Lo obvio es que la salud pública, tanto en términos de su saber, como en cuanto sector político-técnico estuvo y sigue estando en manos de la práctica médica, o en técnicos procedentes de otras disciplinas pero que asumen perspectivas médicas. Este hecho... es central para entender... las orientaciones dominantes que se le impusieron a la salud pública...” (1992: 105)

“Pero esta profesionalización debe ser articulada con el hecho básico de que la salud pública es institucionalmente un sector del Estado y en consecuencia debe asumir el juego de las determinaciones económico-políticas e ideológicas respecto de sus objetivos técnico políticos.” (1992: 105)

Menéndez afirma, entonces, que “es esta doble determinación complementaria la que explica por qué las actividades desarrolladas por la salud pública en diferentes sociedades y en sus diferentes instancias (desde la normativa hasta la aplicativa) tienen marcos referenciales similares, mas allá de las particularidades impuestas por los regímenes políticos y por los recursos con que se desarrollan dichas actividades.” (1992: 106)... Así, existen “en la práctica una serie de pautas institucionales comunes: ... el personal de salud pública no interviene o lo hace limitadamente sobre las condiciones estructurales

(económico-políticas e ideológico-culturales) de la enfermedad..."; los recursos asignados al sector son destinados " a las "teorías", "técnicas" y "actividades" curativas en detrimento de las preventivas, aun cuando en su discurso critiquen esta distribución no solo no equitativa sino irracional en términos técnico-científicos" (1992: 106), entre otras.

Continuando con la caracterización de la salud pública, el autor va a decir que ésta "puede asumir los fenómenos colectivos en sus consecuencias, pero frecuentemente está limitada para intervenir en la causalidad estructural de los procesos. Para toda una gama de fenómenos que intervienen decisivamente en la salud colectiva, la salud pública no intervendrá o intervendrá limitadamente, o el propio Estado la desvinculará de esa "responsabilidad"... la drogadicción, la desnutrición, el alcoholismo,... son solo algunos ejemplos de lo que queremos señalar. Por supuesto que pueden aducirse algunos casos contrastantes..., pero el núcleo a discutir no reside en los casos a favor o en contra, sino en la existencia objetiva de limitaciones a la intervención científico técnica de la salud pública en cuanto sector.

Si la salud pública... asumiera el proceso salud/ enfermedad/ atención en términos exclusivamente científicos y técnicos, ello conduciría necesariamente a intervenir sobre la causalidad estructural de la desnutrición,... de los homicidios, entre otras cosas. Es decir, no reduciría su intervención a las consecuencias..., sino que actuaría sobre la etiología estructural (lo cual generalmente no hace). El segundo tipo de intervención aparece sobredeterminado por la red de relaciones políticas que determina parte de su acción real así como por el modelo médico del cual procede." (1992: 106)

Resumiendo, “asumir que la salud pública es parte del sector salud, supone reconocer que la misma no actúa con autonomía técnico científica, o para ser más precisos, que dicha autonomía está limitada por determinaciones políticas...

... si esta obviedad se reconociera en términos explícitos, podría contribuir a eliminar algunos malos entendidos. La salud pública en cuanto institución que opera sobre la salud colectiva, es parte del juego político general respecto del cual deben ser entendidas por lo menos una parte de sus posibilidades de intervención científica técnica. Esto no supone concluir que no haya actividades autónomas..., sino establecer la inserción institucional de la salud pública...” (1992: 107)

Cabe aclarar que esta conclusión no implica para el autor- y para nosotras tampoco- aceptar que así es y así debe ser la salud pública. Por el contrario, consideramos que es necesario “... asumir la existencia de este proceso para, a partir del mismo, poder pensar otra posibilidad donde la salud pública no se reduzca al Estado, pero que tampoco suponga su irresponsabilidad.” (1992: 107)

Ahora bien, en este punto Menéndez (1992: 107, 108) sostiene que “Esta situación contradictoria y/ o conflictiva opera no solo en sus “relaciones externas”, es decir, en sus relaciones con los procesos económico- políticos y culturales, sino que también se expresa en la forma de aproximación teórico- metodológica a los problemas.

Mientras que por lo menos una parte significativa de los problemas con que se enfrenta la salud pública requiere de una metodología y un marco teórico

que incluya los procesos económicos, políticos y socio- ideológicos que... condicionan dichos problemas, la orientación dominante procedente de las ciencias médicas conduce a la salud pública a aplicar metodologías no solo de tipo "naturalista", sino que tienden a ignorar y/ o a colocar dichos procesos sociales en un segundo plano.

Sin embargo, estos procesos "están ahí", suelen ser parte constitutiva de los problemas y resulta difícil ignorarlos. Esta situación suele ser resuelta por una suerte de yuxtaposición entre un "discurso social" y una práctica naturalista, o reconociendo dichos condicionamientos pero contrastándolos con los logros obtenidos a través de la eficacia de las "metodologías médicas", o directamente ignorando dichos procesos por "realismo político".

Pero más allá de cómo se resuelve esta situación,... interesa subrayar... que al constituirse la salud pública como parte del sector salud del Estado, lo hace unilateralmente a partir de las ciencias médicas y, en consecuencia, asumiendo las características dominantes en éstas... Es esta doble relación la que... explica parte de sus limitaciones prácticas y de sus orientaciones ideológico-técnicas".

Llegamos aquí a un punto de fundamental importancia. En efecto, Menéndez nos va a decir que "la salud pública en cuanto saber y práctica profesionales constituye una variedad corporativa del... Modelo Médico Hegemónico (MMH)..." (1992: 108), modelo caracterizado por una serie de rasgos que son considerados estructurales y que, al decir del autor, "permiten entender por qué la salud pública se comporta reiteradamente de determinadas maneras,... pese a algunas acciones coyunturales. "(1992: 108)

El "modelo"...

Podemos comenzar definiendo al MMH como "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias prácticas y saberes de atención a la enfermedad, y durante dicho proceso el MMH irá construyendo una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención." (1992: 108) En realidad, más que la exclusión, tiende a generar "la apropiación y transformación" de los otros saberes y prácticas "médicas" a partir de su subordinación ideológica y técnica al MMH. "(1992: 109)

En cuanto a los denominados "rasgos estructurales" del MMH, podemos enumerar los siguientes: "biologismo; concepción teórica mecanicista/ evolucionista/ positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; salud/ enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); orientación básicamente curativa; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación médico/ paciente asimétrica; relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión; concepción del paciente como ignorante (el paciente como responsable de su enfermedad);

inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud; producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico; prevención no estructural; no legitimación científica de otras prácticas; profesionalización formalizada; identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia inductora al consumismo médico; prevalencia de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica.” (1992: 109)

De todos los rasgos recién mencionados, nos interesa puntuar específicamente dos: el primero es el relacionado con la orientación básicamente curativa en detrimento de la preventiva, ya que éste suele ser, por cierto, enfatizado desde el discurso del modelo corporativo público. Sin embargo, va a afirmar Menéndez, “... ese énfasis no implica que el preventivismo sea hegemónico, dado que en todos los contextos aparecerá subordinado a lo curativo.” (1992: 109)

Respecto al segundo- la asociabilidad- el autor continúa planteando: “Proponer que uno de los rasgos estructurales del MMH es la asociabilidad puede aparecer como paradójico, en la medida que... ha habido un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre la práctica médica. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo “social” con su incorporación real al aprendizaje y a la práctica médica. Si bien han existido... experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y / o episódica...

El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir que el acto médico constituye no sólo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica...

Lo social, reitero, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, así como la investigación médica, aparecen saturadas de procesos sociales que no asumen en cuanto a sus implicaciones ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realizan sin conciencia del sistema local en el que operan. La falta de inclusión de lo social y cultural referidos a la salud pública en cuanto institución, saber y práctica es casi una contradicción en sus términos.” (1992: 112)

Ahora bien, si continuásemos recorriendo los restantes rasgos obtendríamos un resultado común: “... un efecto de estructura según el cual, tanto la práctica clínica como la epidemiológica aparecen limitadas estructuralmente para poder pensar y actuar sobre determinados problemas de salud / enfermedad.

Por otra parte, además de estos rasgos estructurales, encontramos una serie de funciones a través de las cuales se ejerce la estructura del MMH, funciones que al decir de Menéndez, la práctica médica- incluida la propia salud pública- no suele reconocer.

El análisis de estas funciones posibilitaría “... explicar no solo la sobredeterminación de la salud pública por el sistema social en el cual está incluida, sino la racionalidad social, ideológica y técnica que ella estructura para intervenir en el proceso *s/ e/ a.*” (1992: 113)

Menéndez afirma que dichas funciones se pueden organizar en tres grandes grupos: "... uno que incluye las funciones curativas, preventivas y de mantenimiento; un segundo grupo que se integra con las funciones de control, normatización, medicalización y legitimación; y un tercero en el cual incluimos las funciones económico-ocupacionales." (1992: 113)

En función del propósito de este trabajo, nos ocuparemos brevemente sólo del primer conjunto. Entonces, "En un nivel manifiesto, las funciones no solo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se auto-identifica la salud pública, son las de curación y prevención. Pero también los conjuntos sociales identifican la práctica médica casi exclusivamente con estas funciones, y sobre todo con la de curar. La función de mantenimiento solo ha sido reconocida en los últimos años." (1992: 113)

En relación a esta última función, "Debe subrayarse que el "mantenimiento" no supone necesariamente una mejora en las condiciones generales de vida, ni menos aún una mayor participación democrática. Pero debe indicarse que el "mantenimiento" requiere de la continuidad en la aplicación de estrategias, ya que si se reducen los recursos o las medidas de supervisión, es posible que la tendencia retome las características antes dominantes. Esto implica en consecuencia una determinación política por parte del sector salud (salud pública)." (1992: 114)

Por ejemplo, "La medicalización de las tensiones psicosociales y de los desórdenes mentales a través del uso de fármacos ha cumplido una notoria función de mantenimiento, que debe ser directamente relacionada con la creciente farmacodependencia de los conjuntos sociales; proceso que no

podemos olvidar se inicia desde la infancia y no solo con “pegamentos”, sino con tónicos antitusígenos y drogas para niños “hiperkinéticos”. (1992: 114)

Ahora bien, Menéndez afirma de manera categórica que “La relevancia de estos tres tipos de funciones no debe conducir a reducir la salud pública a un aparato ideológico del Estado, o a proponer que su actual rol básico es el de contribuir a la reproducción económica a través del proceso salud/ enfermedad. Las actividades médicas a través del conjunto de sus funciones contribuyen en forma significativa a la reproducción socio-ideológica y económica, pero a partir de la identificación y utilización de las prácticas curativas, y en menor medida de las preventivas.

Las actividades curativas que dominan la teoría y práctica en salud pública y que se expresan en las estructuras y funciones analizadas, constituyen el núcleo transaccional de las instituciones médicas.

La teoría y la práctica médica saben que existen causales estructurales, no biológicas, respecto de algunas de las principales causas de mortalidad; pero también saben que sus posibilidades profesionales de intervenir sobre lo estructural son limitadas.

La cuestión no radica en asumir estas limitaciones a través de identificarse exclusivamente con las funciones curativas, sino en que la salud pública... acepte en la práctica reducir la mayoría de sus actividades a dicha función. La curación y la prevención de base biológica excluyen en la práctica la posibilidad de otras alternativas preventivistas.

Para algunos autores como McKinlay, la salud pública aparece estructuralmente subordinada a los intereses dominantes, ya que la

determinación productiva no solo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas. Desde esta perspectiva, las funciones económico-ocupacionales deben ser relacionadas con uno de los rasgos básicos del modelo: la mercantilización.” (1992: 116)

En efecto, “La desregulación económica impulsada por un proceso donde el mercado pretende ser el único determinante tiende a fortalecer aun más el dominio de relaciones mercantiles dentro del sector salud.

Los términos “deshumanización” o “despersonalización” que suelen utilizarse para describir la relación institución médica/ paciente se refieren en gran medida a este proceso de mercantilización, que es vivido por la población de manera diferente según sean las condiciones de su relación con los servicios de salud...

Las huelgas médicas, los conflictos donde el eje lo constituyen los bajos salarios del equipo de salud, la carencia de recursos materiales básicos para atender los padecimientos dado el desfinanciamiento del sector salud también tienden a establecer un marco de relaciones mercantiles respecto del proceso salud / enfermedad.

Las tendencias hegemónicas político-económicas actuales posiblemente hallan en el proceso salud/ enfermedad la expresión mas negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas.

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado que por sí mismo es completamente amorai, basado en la ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta

cosa, llámese dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto... encuentre quien esté dispuesto a comprarlo.” (1992: 116, 117)

Finalmente, a modo de síntesis y recapitulando lo trabajado en este apartado, podemos decir que la salud pública es un sector político- técnico del Estado, lo cual implica reconocer que su autonomía técnico científica está limitada por determinaciones políticas.

Por otro lado, también es importante volver a subrayar que al constituirse la salud pública como parte del sector salud del Estado, lo hace unilateralmente a partir de las ciencias médicas asumiendo, como consecuencia, las características dominantes en éstas.

De esta manera, es esta doble relación de determinación la que va a explicar parte de sus limitaciones prácticas y de sus orientaciones ideológico-técnicas.

Respecto al MMH, Menéndez sostiene precisamente que la salud pública -en cuanto saber y práctica profesionales- constituye una variedad corporativa del mismo, y lo va a caracterizar por una serie de rasgos que considera estructurales.

Habiendo definido ya lo que entendemos por salud pública y por Modelo Médico Hegemónico, pasaremos ahora a trabajar en relación a otro de los conceptos centrales de nuestro trabajo: la salud mental.

Salud Mental

La concepción epistemológica de la salud mental de la que partimos para la elaboración de este trabajo es la que desarrolla Alicia Stolkiner (1988: 49, 50), quien va a plantear que la "Salud Mental" debe ser entrecomillada. En la medida en que se tiende a romper el dualismo mente -



cuerpo y se integra las determinaciones sociales y culturales, las líneas entre salud y salud mental se tornan convergentes hasta su integración. (...) Eso no significa un "tipo", "carácter" o "especie" particular de salud, sino una parcialización operatoria fundamentada en la especificidad de sus formas de abordaje a problemáticas de salud en general."

"... Tal dualismo expresa su congruencia, en el campo del pensamiento, con un sistema en el cual la división del trabajo (...) diferencia en la práctica social lo que aparece entonces como dividido en el sujeto. No estamos afirmando que la división del trabajo sea la "causa" de la concepción dualista (...) sino que esta última expresa su congruencia en carácter de representación."
(1988: 37)

Por lo tanto, no partimos de ninguna definición de "Salud Mental" (no obstante la utilidad, eventualmente, de seguir usando un término con reconocimiento consensual), pero sí reconocemos que "existe un campo de prácticas sociales que se denominan de Salud Mental. En el mismo co-existen y

antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en Salud.” (1988: 32)

De este modo, continuando con la línea de pensamiento desarrollada por Stolkiner, entendemos a la Salud como “el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad.” (1988: 51)

En este punto- y aunque nos desviemos un poco de la temática propuesta para este apartado- quisiéramos detenernos unos instantes para poder esbozar algunas ideas en relación al concepto de sujeto.

Ana P. de Quiroga (1986: 47), siguiendo lo postulado por Pichón Riviere, también nos va a hablar de un sujeto como “ser esencialmente social. Es decir, emergente, configurado en una complejísima trama de vínculos y relaciones sociales... el hombre se configura en una praxis, en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el mundo...”

“Define entonces el sujeto como un emergente: cada sujeto es aquí y ahora el punto de llegada, la síntesis de experiencias de relación, de una trayectoria vincular. Y es a la vez, la síntesis, el centro de anudamiento de muy complejas tramas de vínculos y relaciones sociales. Relaciones sociales que a su vez determinan a los vínculos.” (1986: 60)



En otro de sus textos (1998: 13), la mencionada autora agrega: "Hace a su esencia ser el productor de su vida material, lo que lo define como sujeto de la historia, creador del orden social y del universo simbólico que es su escenario. En consecuencia, si las relaciones sociales hacen a la esencia de lo subjetivo, a su causalidad interna, podemos decir que tanto en su forma como en su existencia, no tiene respecto a los procesos psíquicos una relación azarosa, secundaria y de exterioridad, sino de interioridad y, como hemos dicho, de compleja determinación."

Continuando con esta misma línea de pensamiento, María Cristina Rojas y Susana Sternbach (1997: 20), van a reafirmar que la "... condición estructural del ser humano" (1997: 20) es "su constitución en tramas relacionales que lo sujetan..." (1997: 20) "Se trata de un sujeto anudado en haces vinculares que lo conforman, constituido así a partir de la marca de la cultura, cuya intervención define al ser viviente como humano." (1997: 22), "... el sujeto se constituye en relación al Otro, atravesado por la marca cultural..." (1997: 27), lo cual no implica que la constitución subjetiva sea un mero reflejo de sus condicionamientos.

"... cada sujeto contiene, en su historicidad, el entrecruzamiento de determinaciones diacrónicas y sincrónicas. Condensa, por un lado, la sincronía de las determinaciones actuales y por otro, a través de la identificación, registra la presencia aquí y ahora de una herencia cultural simbólico- imaginaria transmitida por las generaciones." (1997: 21)

"La cultura se inscribe en el sujeto a través de los grupos e instituciones; uno de ellos, primordial, es el grupo familiar, intermediario en el momento constitutivo del psiquismo infantil... Dichas configuraciones del lazo grupal y

social- pareja, familia, instituciones- se hallan en íntima conexión a su vez con las discursividades que cohabitan en cada época. Es decir, también las formas que adoptan los vínculos son modeladas por la trama simbólico-imaginaria de cada cultura." (1997: 24)

Por último, y para finalizar, nos interesa remarcar que no apuntamos a relacionar dos términos- cultura y subjetividad- pensados en su origen de manera independiente. Por el contrario, concebimos al sujeto como producto mismo del mundo sociocultural a la vez que transmisor y generador de cultura.

Luego de haber puntuado, entonces, algunas ideas en relación a la concepción de salud por un lado, y de sujeto por otro, en el próximo capítulo nos dedicaremos a trabajar más específicamente en torno a la definición de los sujetos de nuestra tesis: los niños y los adolescentes.

Infancia y Adolescencia: "haciendo camino al andar..."

Para comenzar, consideramos importante aclarar- aunque algo de esto ya se pudo vislumbrar en relación a la concepción de sujeto trabajada recientemente- que pensamos a la infancia y a la adolescencia desde las conceptualizaciones que el psicoanálisis realiza de ellas.

Ahora bien, hecha esta pequeña aclaración, podemos empezar definiendo a la infancia como esa "condición psíquica de la especie humana en estado de desvalimiento,... tiempo en el cual la subjetividad se encuentra constituyéndose..." (Minnicelli, M; 2001: 1)

"...la infancia se inscribe en un universo simbólico otorgado por Otro, vehiculizador del lenguaje..." (Minnicelli, M; 2001: 1)

Sin embargo, resulta interesante señalar que el concepto de infancia como categoría psicosociológica reconocida comienza recién a esbozarse promediando el siglo XVI, siendo necesarios todavía dos siglos más (siglo XVIII) para que cobre verdadera fuerza (gracias a que se logra establecer una relación de causalidad entre la posibilidad de supervivencia del niño y los cuidados que los adultos le prodigan).

Este reconocimiento de la infancia está íntimamente ligado a la instauración de lo que se ha denominado familia moderna, institución basada, en términos generales, en: la idea del amor conyugal; el reconocimiento discriminado de los roles parentales y filiales; la exaltación del supuesto "instinto materno"; la instauración del derecho sucesorio como garantía de transmisión

de los bienes personales, y en la preocupación por la salud y educación de sus miembros.

La transición desde la indiferencia y el desapego afectivo por los niños hacia al apego afectivo y preocupación por su suerte, también estuvo favorecida por otro cambio social de importancia: la separación de la vida privada de la pública.

De esta manera, en la medida en que las relaciones familiares pasaron a desarrollarse en la intimidad y privacidad de la casa, comenzaron a modificarse las relaciones entre los miembros de la familia, quedando excluidas de la crianza de los niños las personas extrañas al hogar, inaugurándose así, una nueva forma de relación parental con predominio del afecto más tierno por sobre la agresión.

Van a necesitarse muchos años más aún, para que finalmente se logre vislumbrar la fundamental importancia de los vínculos tempranos en la constitución del psiquismo de todo sujeto. En este sentido, a fines del siglo XIX y principios del XX, Sigmund Freud conmoverá a sus contemporáneos poniendo en primera plana la organización sexual infantil, fundando un capítulo esencial en la comprensión de la infancia. Ha nacido finalmente "su majestad el bebé".

Por otro lado, y luego de haber esbozado sucintamente estas ideas en torno a la infancia, continuaremos con la caracterización de lo qué entendemos por adolescencia.

En principio, cabe mencionar que en realidad "adolescencia" no es un concepto psicoanalítico, mientras que la "pubertad"- noción biológica- va a encontrar su lugar entre las teorizaciones del psicoanálisis a partir de las

"metamorfosis" que provoca, metamorfosis que implican un tiempo para el sujeto, ya que nadie se transforma en adulto después de un acto (exceptuando el caso de los ritos de iniciación), incluso a pesar de la fuerte relación entre orden simbólico y pubertad.

Ahora bien, consideramos interesante retomar las palabras de Mirta Sánchez (1996) para continuar pensando en torno a este particular tiempo de constitución subjetiva. Veamos, entonces, qué nos dice: "La frecuencia de accidentes... así como la frecuencia de suicidios y otras conductas riesgosas en los adolescentes interrogan nuestra teoría y nuestra práctica." (1996: 2)

"... en el caso de los adolescentes, nuestra cultura no proporciona mediadores simbólicos que faciliten el pasaje de niño a adulto como lo hicieron y aún lo hacen otras culturas. Culturas que, a través de ritos de iniciación atemperan los fenómenos emocionales que ese pasaje suscita." (1996: 2, 3)

De esta manera, la autora se / nos pregunta: "... ¿Cómo se presenta hoy el adolescente?"

Lo vemos conectado a un MP3, a computadoras, agrupado en los cyber, preocupado por el cuidado del cuerpo, amparado bajo "marcas" de jean, de zapatillas, etc. Apurado en su desarrollo y demorado en su finalización.

La adolescencia más que una etapa de transición, pareciera que "llegó para quedarse".

Por otra parte, el contexto socioeconómico tiene incidencia y marca diferencias entre los adolescentes: algunos, niños todavía, deben trabajar tempranamente para contribuir al sostén familiar; paradójicamente, no hay oferta laboral para una inmensa cantidad de jóvenes en condiciones de

independizarse. Otros, los menos, viven de acuerdo a pautas socioeconómicas propias de los países desarrollados." (1996: 3)

Ahora bien, tal como lo planteamos en el capítulo anterior, "Si bien el imaginario social incide en el modelamiento de la subjetividad en cada época, hay un trabajo de reestructuración del psiquismo que no depende de él ni de una mera maduración biológica; ese trabajo confronta al adolescente con:

- cambios corporales,
- desasirse de la autoridad de los padres,
- la elección de objeto sexual.

El comienzo de la adolescencia está marcado por una emergencia pulsional que reaviva la conflictiva edípica, al tiempo que se pone en juego, también, una problemática ligada al narcisismo. El cuerpo ahora es potente y podría llevar a cabo sus fantasías, el incesto es posible y también matar al rival." (1996: 3)

"... las fallas en la constitución del narcisismo, tanto por exceso de presencia como de ausencia, dan como resultado sensaciones internas de vacío y una dificultad para simbolizar y representar.

La manera en que los padres se hayan posicionado frente a la ley que rige los roles familiares y en la que se sostiene el tabú del incesto incidirá en el atravesamiento del hijo por este conflicto: le permitirá o no la salida a la exogamia, marcando la diferencia entre las generaciones...

Es preciso "dejar de ser" a través de los padres para poder escribir la propia historia, "haciendo camino al andar", responsabilizándose tanto de los aciertos como de los fracasos...



El desprendimiento del adolescente requiere que la agresividad característica de ese proceso esté puesta al servicio de Eros, de modo que haga posibles la discriminación y la diferenciación.

Si, por el contrario, esa agresividad esta puesta al servicio de Tánatos, ello promueve enfrentamientos encarnizados, cristalización de vínculos que se convierten en enfermantes...: son generadores de culpa, la que a su vez incrementa los impulsos destructivos. Todo esto puede llevar a actuaciones peligrosas, a padecimientos "más allá del principio del placer"...

En "El malestar en la cultura", Freud señala que el sufrimiento nos amenaza desde el cuerpo, desde el mundo exterior y desde los vínculos con otros seres humanos...

En el caso de los adolescentes parecería que todas las fuentes de sufrimiento actuaran al unísono: están expuestos a exigencias pulsionales, a los imperativos de la realidad y al conflicto con los padres. Las modalidades que utilizan para defenderse dan como resultado salidas que, en ocasiones, poseen ingredientes mortíferos, tal como se observa en la frecuencia de accidentes... y de suicidios, o en toxicomanías, en bulimia y anorexia...

La sexualidad irrumpe, produce alboroto. El cuerpo se transforma e impone sus límites... Entre renuncias y aceptación se construirá una nueva imagen de sí...; lleva implícita una ruptura con la infancia, con lo que se fue, pero también con lo que no se será. Como otro aspecto de la identidad dejará de reconocerse como niña o varón para adquirir los títulos de hombre o mujer.

Desasirse de la autoridad de los padres es trabajo para ambas partes. Ellos eran poseedores del "saber", "modelos ideales", que ahora caen del

pedestal, siendo necesario que ese golpe no los destruya para, así, poder acompañar.

En el caso del hijo, la desidentificación de los objetos parentales determina vivencias de desamparo que se constituyen en una amenaza para el Yo...

La angustia, que opera como telón de fondo en el proceso adolescente, es paliada bien por el amigo del alma, o bien por el grupo de pares, los que van a officiar de soportes identificatorios: representan elecciones de objeto de tipo narcisista, donde se exalta lo igual, lo conocido, lo mismo, y que permiten sobrellevar los sentimientos de extrañeza que producen los cambios.

Las conductas de oposición, rebeldía o trasgresión que suelen observarse en el adolescente representan intentos de marcar diferencias con los adultos...

El adolescente tiene prisa para avisar que ya no es un niño, tanta prisa, en ocasiones, que es capaz de hacer cosas de "grande", incluso en contra de la ley." (1996: 4, 5)

"Estos malestares pueden estar indicando una tentativa de diferenciarse de los padres, pero al mismo tiempo denuncian que la cultura actual... desampara, aunque oferte para el consumo una variedad de objetos que nos prometen felicidad. Con ellos se pretende evitar (u obviar) la angustia que es propia del existir humano, desconociendo que por su condición de deseante el ser humano está lanzado a un intento continuo e imposible de colmar lo incolmable.

Para los adolescentes es particularmente difícil proyectarse hacia un futuro, que de por sí es presentado por los adultos como poco alentador, dando por resultado que se generalicen sensaciones de vacío e inestabilidad. En muchos casos... se busca la satisfacción inmediata mediante conductas impulsivas, de descarga, viéndose, de este modo, limitado el trabajo de simbolización y de ligadura pulsional. En ese sentido, la droga se ofrece como un pasaje al limbo que en general es un pasaje al infierno.

En los padecimientos en los que predomina el sometimiento a un objeto - droga, comida - éste suele estar revestido de ciertas características tales como "temido", "deseado", "idealizado" o "siniestro". Lo que nos conmueve es la dimensión que toma "el acto": irrefrenable, repetitivo, no queda lugar para la representación. Deja como enigma lo que no puede ser dicho. "Ser drogadicto" o "ser bulímico" otorga identidad, el objeto tapona al sujeto." (1996: 6)

Entonces, y para concluir, podemos pensar a la pubertad como ese momento de pasaje del ser niño al ser adulto, momento en el cual lo real del cuerpo, la sexualidad, la relación con los otros semejantes y con el gran Otro, se conmueven, se sacuden. Por lo tanto, deberán poder articularse ciertas operaciones que hemos visto como propias de este momento, las cuales implicarán una nueva posición subjetiva, que podríamos considerar adulta y responsable. Se trata de tomar la palabra y de hacerse responsable de ella y de los propios actos.

Derecho a la Salud

Consideramos importante incluir este capítulo en nuestra tesis, y realizar un breve recorrido por el campo de los Derechos Humanos, ya que estamos convencidas que el derecho a la salud- el cual nos convoca en este trabajo- es uno de ellos.

Teniendo en cuenta que la población de nuestro interés son

los niños y adolescentes, tomaremos como ejes para transitar este recorrido, no solo la Declaración Universal de los Derechos Humanos sino también la Convención sobre los Derechos del Niño. (Ver Apéndice)

Sin embargo, cabe aclarar aquí que no es nuestra intención profundizar en esta vasta temática, sino simplemente puntuar ciertas cuestiones que marcan cuál ha sido la evolución de la salud como derecho.

Por otro lado, pensamos que es oportuno mencionar ciertos planteos que Silvina Malvárez (1996) sostiene en "Salud Mental y fin de siglo. Aportes para el Análisis Estratégico", los cuales creemos que pueden contribuir a esclarecer por qué es importante lo que el discurso jurídico nos dice respecto a la salud en cuanto derecho humano básico.



“... las sociedades regulan su funcionamiento por medio de leyes y normas que instituyen los modos aceptados de funcionamiento social y las organizaciones que darán cuentas de su vigencia y control. En este mismo sentido, el campo de la salud mental, ha estado históricamente asociado con el campo legal y particularmente jurídico, especialmente por tratarse de la problemática del comportamiento humano individual y social.”(1996: 8)

Por último, la autora nos dirá que “... el ámbito jurídico legal, constituye una de las dimensiones esenciales del análisis estratégico de la situación de salud mental y, de por sí, un espacio social que puede expresar con claridad los síntomas sociales de este estado.”(1996: 9)

Derechos Humanos (DDHH)

“Aceptado que el reconocimiento de estos derechos, aunque solo sea teóricamente, señala un real progreso, tengamos presente que su efectivización constituye, en parte, la responsabilidad de quienes nos desempeñamos en el sector salud.”
Carlos A. Alvarado

Haciéndonos eco de las palabras de Carlos Eroles (2001: 11), pensamos que “Intentar definir qué son los derechos humanos nos lleva al concepto clave de **dignidad humana**, como aquella característica esencial que hace de cada persona un ser original e irrepetible que merece respeto y reconocimiento por parte de la sociedad y del Estado.

La dignidad humana es un atributo de todos los seres humanos por igual, que por ello se definen filosóficamente y normativamente como personas “libres e iguales en dignidad y derechos.”

Para comenzar, podemos decir que los DDHH están orientados por tres grandes principios:

“1º.- **Los derechos humanos son universales:** Es decir que todos tenemos los mismos derechos, sin ninguna distinción (principio de igualdad).

2º.- **Los derechos humanos son indivisibles:** Todos los derechos humanos tienen el mismo valor sean civiles, políticos, económicos, sociales o culturales y el respeto por unos, no legitima la violación de otros.

3º.- **Los derechos humanos son inalienables:** Es decir que no pueden ser dispuestos negativamente por la persona que los detenta. Son irrenunciables.” (Eroles, C; 2001: 16)

Ahora bien, sabemos que los que ahora conocemos como Derechos Humanos no han existido desde siempre. “Si bien se puede sostener que los

DDHH tienen su “prehistoria” en el último milenio antes de Cristo en Oriente, Israel, Grecia... con el reconocimiento del hombre como sujeto de derechos a nivel jurídico, va a ser recién con el pensamiento filosófico- político de la modernidad cuando el reconocimiento del hombre como fin en sí encuentre expresión, particularmente en las corrientes iluministas y en los pensadores anglosajones que reivindicaron las libertades fundamentales (Kant, Montesquieu, Rousseau, Locke, entre otros).” (Zanier, J; 2000: 76)

Cabe volver a mencionar aquí, que esta temática tiene una extensa historia, pero no es la finalidad del presente trabajo ahondar en ella. Simplemente entendemos que resulta enriquecedor realizar algunos señalamientos para poder llegar a caracterizar la actual situación en el campo de los DDHH. Continuemos entonces...

“... el creciente liberalismo revolucionario que se va extendiendo a diversos países... asienta los llamados Derechos de Primera Generación: derechos civiles y políticos (derecho a la vida, a la dignidad, a la libertad). Y los derechos individuales negativos, que reconocían lo que NO tenía que ser vulnerado.

El siglo XIX acuña así el estado de derecho. Se hablaba de derechos y garantías (protección de derechos).

La Corte Interamericana ha establecido un lazo inescindible entre derechos, sus correspondientes garantías y el estado democrático, dentro de la problemática conocida hoy como “derechos humanos”.

Con el asentamiento de las democracias sociales, constitucionales o estados social democrático de derecho, se amplía el concepto de estos



derechos.” (Zanier, J; 2000: 74, 75)

Algunos años más tarde- entre mediados del siglo XIX y principios del XX- “... se supera la idea de los derechos individuales solo formales y se reconocen los derechos positivos, los Derechos de Segunda Generación (derechos sociales, económicos y culturales: atención a la salud, al trabajo, vivienda, educación...)”. (Zanier, J; 2000: 76)

Sin embargo, van a ser necesarios algunos años más para que el término Derechos Humanos como tal tome su carta de ciudadanía. En este sentido, el tristemente célebre juicio de Nuremberg (desarrollado en el período 1945 - 1949) tuvo mucho que ver. “Los atropellos a la dignidad humana en campos de concentración, la práctica sistemática de la tortura, el mismo desarrollo científico y técnico que de pronto torna problemática la supervivencia del hombre, el uso de la energía nuclear, y tantos otros hechos conocidos, culminan en 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos” (Zanier, J; 2000: 47), aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de aquel año, en la ciudad de París.

“Se protege contra la violación de un derecho y ahora, además, el estado explicita la necesidad de promover ciertos valores fundamentales con miras a concreta realización.” (Zanier, J; 2000: 76, 77)

A partir de la década del '70 “se perfila una nueva ampliación de estos derechos, teniendo como núcleo el valor solidaridad. Se habla de reconocimiento a derechos de tercera generación, donde se explicita una conciencia planetaria para un ambiente sano, para conservación de recursos

naturales, del patrimonio genético, etc.” (Zanier, J; 2000: 76, 77)

Ahora bien, focalizando en el área de nuestro interés- el derecho a la salud- podemos afirmar que la salud como derecho también fue evolucionando acorde a esta trayectoria.

“Si bien la salud no figuraba de modo explícito en las constituciones liberales del siglo XIX, hay referencias implícitas que permiten hablar de un derecho a la salud, en el sentido de derecho a la atención sanitaria.

Primero se reconoció el derecho de no dañar al individuo: se sanciona al homicida, al que daña el cuerpo del otro, su salud física y / o moral, aunque no sea intencionalmente. Es una manera de decir que la vida humana es un valor, y que la salud también lo es.

La salud estaba protegida implícitamente, había así un deber de abstención de dañarla.

¿Cuál es el cambio que se va produciendo en el concepto de salud? De las primeras protecciones indirectas se pasa en las constituciones a afirmar que la salud es un derecho...

Nadie puede discutir que hoy día se ha universalizado la solicitud de cumplimiento “derecho a la salud”.

En la Declaración Universal de los Derechos del Hombre..., no se la menciona específicamente como derecho, sino en forma indirecta: en su artículo 25 se habla del “derecho que cada persona tiene a un nivel de vida suficiente para asegurar la salud, su bienestar y el de su familia...”

El concepto de salud como ausencia de enfermedad... llega de la Organización Mundial de la Salud, (1946) con su hoy ya clásica definición

(también clásicamente criticada en su contenido por su recurrencia al término **estado** y su idealidad **completo**). “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”.

Otro hito es la conferencia de Alma Ata (en URSS, 1978) que hablará del concepto dinámico de salud vista ésta como condición esencial del desarrollo: “el desarrollo permite la mejora de los cuidados sanitarios y depende ampliamente de ellos”. Concepto que asumirá en 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas.

El OBJETIVO “Salud para todos en el año 2000” sigue siendo una utopía, pero sigue siendo una finalidad por la que vale la pena luchar.

El derecho a la salud es un derecho real en tanto yo tengo derecho a acceder a la atención de mi salud, yo como cada uno, como todos.

Pero sin olvidar que el derecho exige también obligaciones: que yo sea responsables de mis acciones al cuidado de la salud, y del cuidado del medio ambiente que influye sobre mi salud. No vivo aislado sino contextualizado.

Hoy en nuestra constitución está incluido no solo el reconocimiento de la salud como derecho, sino su prevención y promoción. Y una prevención que se va ampliando al medio ambiente para que podamos desarrollarnos como seres sanos.

Pasamos de un plano del derecho a la salud individual a una responsabilidad social. Y en esta responsabilidad social aparece la preocupación del acceso a los servicios de salud.

El derecho a la salud es un derecho irrenunciable. Porque está incluido en los derechos humanos.” (Zanier, J; 2000: 77, 78)

Por último, y para finalizar, consideramos interesante citar algunos párrafos de Carlos Alvarado (1990: 3), quien sostiene que “el derecho a la salud es un derecho natural y primario. Natural: porque tiene su origen en las leyes universales de la naturaleza, como la de conservación de las especies y, por consiguiente, el hombre lo adquiere por el solo hecho de nacer y constituirse en un representante de su especie. Primario: porque forma parte de las leyes de convivencia de la sociedad, de la que es miembro.

En sus orígenes, la conservación de la vida y la salud fue reacción instintiva... La capacidad para hacer de los instintos, especialmente de los de conservación y convivencia, una costumbre, consolidada luego por el uso y después trasformada en derechos y obligaciones, es una de las características diferenciales...” del ser humano.

De esta manera, por su origen, “el derecho a la salud es también un derecho típicamente consuetudinario. A lo largo de los tiempos este derecho y sus obligaciones correlativas han evolucionado paralelamente a los conceptos de la época sobre la salud pública, según su interpretación y la cultura de los pueblos...” (1990: 3)

Convención sobre los Derechos del Niño

"En la Convención está encerrada la utopía..."
Alicia Pierini

La Ley Nacional 23.849, Convención por los Derechos del Niño, fue sancionada en 1990 por el Parlamento Argentino en base a la Convención Internacional por los Derechos del Niño que fuera aprobada en 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

¿Cuál es el enorme valor que tiene la Convención? ¿Por qué pensamos en incluirla en nuestro trabajo? Consideramos que su importancia reside en el hecho que sus lineamientos constituyen un marco renovado que coloca al niño-adolescente en tanto sujeto pleno de derechos y obliga a repensar y modificar el derecho de menores a la luz de esta nueva fuente normativa.

De esta manera, la salud, la alimentación, la educación y la recreación- en tanto condiciones esenciales para el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia- pasan a tener también status jurídico como derechos inalienables, dando un impulso en el camino a la ciudadanía para los más vulnerables entre los vulnerables.

A título ilustrativo simplemente, enumeraremos algunos de los artículos que integran la Convención y que están relacionados con el derecho a la salud (Ver Apéndice para consultar toda la Convención):

Art. 1: Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad...

Art. 3 - Inc. 3: Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios e instalaciones responsables del cuidado o protección de los niños se

ajusten a las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número e idoneidad de su personal y supervisión competente.

Art. 4: Es obligación del Estado adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la presente Convención.

Art. 23 - Inc.1: Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren dignidad, permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa en la comunidad.

Art. 24 - Inc.1: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud...

- Inc.2: Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.

f) Desarrollar la atención preventiva de la salud, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar.

Art. 27 - Inc.1: Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Art. 39: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono (...) Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

Prevención: ¿juguete político, simple moda o artículo de fe...?

"Una sociedad en condiciones de abordar el peidano preventivo en toda su plenitud (social, medio ambiental, laboral) supondría una madurez tal que, en una escala de Maslow de la satisfacción de las necesidades colectivas, podría denominarse de Autorrealización social."
J. Niño

Consideramos de suma importancia detenernos y profundizar un poco más en este punto, ya que la "prevención" es el concepto fundamental que atraviesa todo el trabajo y en torno al cual el mismo se desarrolla.

Partimos entonces de una pregunta, ¿cómo definir "prevención"? Y más específicamente, ¿cómo definir "prevención en salud mental"? Para empezar a construir una respuesta, nos decidimos recorrer diversos textos y consultar algunas páginas de Internet. Aquí ya nos encontramos con una primera dificultad: si bien todos los autores coincidían en señalar la importancia esencial de la prevención en salud, la información que íbamos obteniendo no resultaba muy enriquecedora para el logro de nuestro propósito. Casi todos ofrecían definiciones similares, con un fuerte sesgo biomédico y sin hacer mención explícita al "aspecto mental" del sujeto.

La cuestión se complicó aún más cuando comenzamos a obtener las definiciones de los profesionales del campo de la salud mental que entrevistamos: "juguete político", "simple moda", entre otras.

Finalmente, y luego de este rodeo- por cierto bastante frustrante- hallamos una autora, la Msc. Bárbara Zas Ros, cuyo planteo nos resultó interesante, aportándonos nuevos elementos para continuar pensando en relación a esta temática.

En principio, y siguiendo el planteo de la mencionada autora, podemos comenzar definiendo las prácticas de prevención "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultan a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención" (OPS, 1995). "Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida" (Topf J, 1996, Pág. 6)

Coincidimos con Zas Ros en que "La Prevención en el campo de la Salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud. Un Sistema de Salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure. Es más eficaz desde el punto de vista social- socialmente no es lo mismo una sociedad con avances cualitativos y cuantitativos en lo que a indicadores de salud se refiere, lo cual implica un bienestar de sus miembros y un mayor desarrollo socioeconómico-. Es más eficaz económicamente- curar implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos, de mayores gastos-. Lo más importante es que es más eficaz porque, como se señala en el campo específico de las acciones profesionales del psicólogo, la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de

diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas" (Guiofantes, S; 1996, Pág. 31) y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera."

Sin embargo, "es difícil pensar en la prevención sin pensar en los cambios imprescindibles de estructura de un Sistema de Salud, pero sobre todo en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida, de las epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas en las que basan sus acciones. Estos cambios que debieran a nuestro juicio enunciarse en principios generales de las acciones de prevención en salud, serían los que podrían conducir a las tareas de prevención por un camino bien encauzado."

"... en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar "a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla...para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social... ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente"".

Por lo tanto, toda práctica preventiva implica "la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen."

Ahora bien, "Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la Salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad, a las prácticas clínicas tradicionales."

En este sentido, Zas Ros también sostiene que las prácticas preventivas en salud tampoco deben quedar reducidas al modelo tradicional de actuación que ha predominado por años- y que aún continua haciéndolo-, el cual se caracteriza por los siguientes rasgos: poca importancia e interés de los profesionales médicos por las tareas propias de la prevención; desprofesionalización de las acciones de prevención; estilos de actuación impropios a los fines reales y esenciales de la prevención; subvaloración de las prácticas de prevención y predominio de un modelo "médico centrista" autocrático, que no propende a la participación.

Por otro lado, pensamos que es importante realizar algunas aclaraciones en relación a uno de los principios básicos presentes en las acciones de prevención: el relativo a los niveles de prevención, "delimitación de suma importancia, dado que de acuerdo a los niveles en que se trabaje la prevención, la definición de las acciones preventivas varía." (Zas Ros, B) P. 7

En este punto, nos encontramos con distintas clasificaciones efectuadas en función de diversos referentes:

- "Los tipos de prevención correspondientes a los diferentes momentos o estadios de evolución de las distintas enfermedades. (Modelo Clínico)
- Los correspondientes a los diferentes niveles de atención en salud (primario, secundario y terciario) con las especificidades que cada

uno de ellos implica. (Modelo Organizativo)

- En correspondencia con los ámbitos donde se realiza la prevención. (Modelo Funcional).”

Modelo Clínico

“Las clasificaciones centradas en un modelo clínico de abordaje, establecen los diferentes niveles de prevención basándose en una clasificación en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad. Pudiéramos citar a modo de ejemplo la clasificación de Caplan y la de Stevenson que... si bien fueron pensadas para el abordaje de las enfermedades mentales, han sido aplicables en general en las prácticas de salud.

Caplan se refiere a la existencia de una **prevención primaria** que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad. La **prevención secundaria** que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la **prevención terciaria** que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.

S. Stevenson realiza la clasificación en **prevención presuntiva** como aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología, **prevención relativa** la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias, y la **prevención absoluta** que va hacia la anulación de las causas y la aplicación de medidas científicas.

S. Guiofantes plantea la aceptación de los grados de primaria y secundaria en la conceptualización de la prevención en el marco de la

Psicología de la Salud, basándose en lo planteado por Santacreu, Márquez y Zaccagnini (Guiofantes S, 1996). Entiende por "prevención primaria aquellas acciones encaminadas a la obtención de la información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud. Mientras que por el contrario, una vez obtenida la información anterior, las actividades dirigidas a eludir o reducir los factores que pueden agravar una situación específica constituyen la prevención secundaria...en la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento." (Guiofantes S, 1996, Pág. 31)

Estas clasificaciones, de una manera u otra han estado presentes en las prácticas de prevención en salud que durante muchos años se han estado realizando, constituyen criterios útiles a tener en cuenta para reconocer el tipo de labor que estamos realizando, pero se limitan a una concepción cerrada y arcaica del proceso salud-enfermedad. Tiene entonces una validez relativa, ya que su conocimiento es necesario como uno de los principios generales a aplicar en las acciones de prevención."

Modelo Organizativo

"Basándose en un modelo dirigido por el modo en que está organizado el Sistema de Salud, se ha igualado el nivel de prevención con el nivel de atención en salud. Así muchos profesionales hablan de que la prevención primaria es

aquella que se hace directamente con la comunidad, con los diferentes grupos poblacionales, en los policlínicos y consultorios y que la prevención a nivel secundario y terciario es aquella que se realiza en los hospitales y centros especializados. Esta clasificación regional, si bien es útil para ubicarnos geográficamente, puede llevar, entendida en un contexto aislado, a la ejecución de errores garrafales.

Estaría justificada este tipo de clasificación, si nos vamos a referir a la especificidad y las particularidades distintivas que tendría la realización de las acciones de prevención en los diferentes niveles de salud, donde se pudiera hablar de tipos de acciones preventivas más frecuentes y probables. Por ejemplo "la prevención en el nivel hospitalario de salud, significa evitar complicaciones, disminuir riesgos, facilitar la rehabilitación y la calidad de vida del paciente, es prepararlo para que asuma la responsabilidad por su autocuidado, para un mejor afrontamiento y control de su enfermedad." (Rodríguez G, 1997). Si esto lo relacionáramos con las clasificaciones anteriormente expuestas podríamos decir que en la **prevención hospitalaria o secundaria** son más frecuentes las acciones **preventivas secundarias y terciarias** al decir de Caplan.

Estos elementales principios a veces desconocidos, han marginado las prácticas de prevención y han intervenido en los modos de pensar "antipreventivos" de muchos profesionales de la salud."

Modelo Funcional

“Por último haremos referencia a la clasificación de acuerdo a un criterio funcional, en la cual hablamos de la realización de prevención dirigida hacia diferentes ámbitos, y dentro de estos hacia diferentes sectores. Retomando a Bleger, éste plantea: “En este pasaje de la enfermedad a la promoción de la salud, al encuentro de la gente en sus ocupaciones y quehaceres ordinarios y cotidianos, nos encontramos con distintos niveles de organización, entre los que tenemos que tener en cuenta, fundamentalmente, las instituciones, los grupos, la comunidad, la sociedad.” (Bleger, 1994, Pág. 38)

Estas clasificaciones resultan funcionales y prácticas, permiten también delimitar campos de acción y volver una vez más a las especificidades necesarias e imprescindibles, pues uno de los principios generales en prevención es que para prevenir uno debe conocer qué es lo que va a prevenir, sus especificidades. Sin embargo en muchas ocasiones he podido observar, que al focalizar la atención en el grupo o ámbito sobre el que estoy trabajando, se olvida la existencia, a veces se ignora totalmente, de la interrelación que también en esos ámbitos particulares tienen los diferentes grupos que la conforman...”

No es nuestro propósito hacer un análisis exhaustivo de todos los principios vinculados al campo de la prevención en salud, pero sí consideramos importante puntualizar- tal como lo hace la mencionada autora- que dicha tarea requiere de:

“un modo de pensar con referenciales conceptuales acordes a modelos que deben estar a la altura del desarrollo que encierra el concepto de prevención;

- la organización consecuente de un Sistema de Salud acorde a los principios generales de la Prevención, aplicables en todos los eslabones del sistema y
- la realización de acciones profesionales dirigidas al cumplimiento del objetivo Prevenir.”

El desarrollo de esas actividades implica la observación rigurosa de determinadas cuestiones elementales, entre las cuales se pueden señalar las siguientes:

- “la ejecución de las acciones preventivas en salud no es del concurso de una sola disciplina científica. Es terreno de todos y propiedad de nadie, puede haber especialistas en la materia, pero todos los especialistas en salud deben ejecutar acciones de prevención. Es multidisciplinaria en su aplicación e interdisciplinaria en su concepción;
- existirían entonces las acciones de prevención que cada especialista puede y debe realizar (concientes, estructuradas y planificadas) y las acciones de prevención que grupos de diferentes especialistas pueden preparar en forma de programas que abarcarían diferentes niveles de acción. Todos bien concebidos y ejecutados son igualmente válidos. No debemos sentarnos a esperar que los Departamentos de... Salud creen los programas y debemos también

participar en los Programas que crean los Departamentos de...
Salud.”

Por último, y para ir finalizando, cabe agregar que “La especificidad técnica e instrumental responde en términos generales a: el tipo de ámbito en el cual vamos a trabajar; el nivel del alcance de los objetivos propuestos; el tipo de situación o problema sobre el cual pretendemos ejercer nuestra influencia; las necesidades detectadas en el objeto centro de nuestras acciones preventivas y el referente conceptual con el cual trabajemos.”

En el próximo apartado, enumeraremos algunos de los programas de salud (provinciales y municipales) que se estarían desarrollando actualmente para luego, en la Discusión de esta tesis, pensar y analizar detenidamente si los mismos proponen trabajar desde un enfoque preventivo de la salud, entre otras cuestiones a discutir.

Programas de Salud Provinciales y Municipales

“Resulta claro... que el Estado... juega un papel importante en los propósitos de gobierno, los métodos y las organizaciones destinadas a desarrollarlos (Testa, M; 1989) y en cuanto la salud de los habitantes de una nación, tanto como los modos de asistirlos, constituyen por definición un problema social, es menester aceptar que tanto el Estado, cuanto la política han de tener influencias decisivas en la manera cómo se concibe y se afronta, por ejemplo, la problemática de salud mental.

Las políticas de salud mental, tanto por acción u omisión cuanto por sus particularidades intrínsecas, participan fuertemente de la definición de las organizaciones de atención a la salud mental y constituyen... un importante indicador a considerar cuando se quiere analizar la situación de salud mental de una población.” (Malvárez, S; 1996: 7, 8)

“No solamente los lineamientos políticos, sino principalmente sus singulares estrategias de implementación*, dan cuenta de lo que una nación concibe y se propone en torno de la problemática y la atención de la salud mental. Por ello sería imposible abstraerse del análisis de este aspecto, a la hora de explicar qué, cómo y porqué las personas y los grupos mantienen o pierden su salud mental. Las políticas sociales, de salud y salud mental ejercen también decidida influencia en el estado de salud de una población.” (Malvárez, S; 1996: 8)

* El subrayado es nuestro.

Por todo esto, consideramos importante enumerar en este apartado los programas de salud (tanto provinciales como municipales) que se estarían ejecutando actualmente. Luego, en la Discusión de este trabajo, nos ocuparemos del análisis de aquellos que están destinados a los niños y adolescentes, los cuales se encuentran desarrollados en el Apéndice.

Pasemos, entonces, a detallar los programas tal como figuran en la página Web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires:

1. Área de Capacitación en Calidad Alimentaria
2. Plan Nacer
3. Programa de Atención Materno Infantil
4. Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las víctimas
5. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PCEI)
6. Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano: VHI-SIDA y ETS
7. Programa de T.B.C (Tuberculosis)
8. Zoonosis Rurales
9. Zoonosis Urbanas
10. PRODIABA - Programa de Prevención de Diabetes
11. PROEPI - Programa de Prevención de Epilepsia
12. PROBAS - Programa Bonaerense de Prevención del Asma Infantil
13. PROPAL - Programa de Prevención de Accidentes y Lesiones
14. Programa Provincial "Salud sin humo"
15. Atención a las Adicciones

16. Programa de Prevención en Hipertensión
17. PROGEMA
18. DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL
19. Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Congénitas "PRODyTEC"
20. SISTEMA PROVINCIAL DE HEMOTERAPIA
21. RED PROVINCIAL DE EMERGENCIAS (SIES)
22. Programa "Salud en Movimiento"
23. Programa de Atención Nominalizada de la Salud "Pandelas"
24. Programa "Consultorio en el barrio" SPS
25. Programa drogas de alto costo

En cuanto a los programas dependientes de la Municipalidad de General Pueyrredón, en el apartado destinado a Programas de Salud y Desarrollo Social de su página Web encontramos los siguientes:

1. Municipios y Comunidades Saludables
2. Programa Remediar
3. Programa Nacional de Control de Tabaco
4. Programa de Autoproducción de Alimentos
5. Programa de protección del desarrollo infantil
6. Programa Hijos de Cartoneros y Franelitas
7. Programa Por un Mundo con Lugar Para Todos
8. Programa Municipal de Seguridad Alimentaria: Proyecto Asistencia Alimentaria Familiar; Asistencia De Víveres Sin Gluten; Plan Más

Vida; Programa Municipal de Huertas

9. Programa Acción Social Directa
10. Programa Hábitat
11. Programa Centros de Desarrollo Infantil
12. Proyecto Prevención en Comunidad
13. Proyecto "Al Agua Pato"
14. Programa Municipal de Contención Social y Salud de Veteranos de la Guerra de Malvinas

A esta altura de nuestro recorrido teórico, y habiendo trabajado ya casi la totalidad de los conceptos fundamentales que nos facilitarán el análisis de los datos obtenidos, sólo nos resta puntualizar algunas cuestiones en relación a la situación de la salud mental en Mar del Plata y definir la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con la cual trabajan los centros de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

En el próximo capítulo, entonces, abordaremos estas temáticas.

Salud Mental en Mar del Plata

Antecedentes - Situación Actual

A partir de inicios del 2002, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, reasume el carácter de principal responsable de la salud de los bonaerenses.

Plantea la utilización de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), entendiendo que la misma implica una modalidad de organización del Sector Salud en su conjunto (o sea los tres niveles de complejidad), a través de conceptos de intersectorialidad, participación social y descentralización.

De esta manera, la organización del Sector Salud debería garantizar la continuidad de la atención mediante la articulación de los componentes escalonados según su capacidad de resolución. Así:

- Primer nivel: efectores municipales, cuyos componentes son: Centros y Subcentros de Salud; Unidades Sanitarias y Postas Sanitarias, y parcialmente HIGA y HIEMI.
- Segundo nivel: parcialmente efectores municipales (Centros de Salud); especialidades referenciadas dentro del sistema (en el caso de Salud Mental - MGP, Psiquiatría sería una especialidad de segundo nivel dentro del primero, para la atención de la baja complejidad), y totalmente HIGA - HIEMI.
- Tercer nivel: guardias; internación; Alta Complejidad; HIGA; HIEMI; INE, y el INAREPS.

Históricamente, en la ciudad de Mar del Plata, la atención de adultos en toda la gama de problemáticas de salud mental- o sea del primer, segundo y tercer nivel- fue realizada por el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende- HIGA- fundado en el año 1955.

Por otro lado, el Servicio Municipal de Salud Mental fue creado diez años después (1965) para el abordaje de niños, adolescentes y sus familias, fundando su accionar en el impacto que las acciones de promoción y prevención primaria y secundaria tienen en el cuidado de la Salud Mental y de la Salud Integral de la población, con intervenciones tendientes a evitar o disminuir el surgimiento de la enfermedad mental.

Ahora bien, a partir del año 1992 los servicios municipales comienzan a atender también las demandas de atención de la población adulta en el nivel del “trastorno”, que implica: “baja complejidad, alto impacto, posibilidad de atención ambulatoria y programada”. Por lo tanto, desde ese momento comienza a ocuparse de toda la atención correspondiente al primer nivel de complejidad.

En este punto, consideramos interesante hacer referencia a algunas cuestiones que se fueron sumando a los requerimientos de atención a los profesionales municipales:

- por un lado, el crecimiento vegetativo poblacional;
- la histórica falta de cobertura de las obras sociales en relación a salud mental;
- la pérdida de obras sociales por el desempleo;
- la dificultad de muchos de los que poseen obra social de asumir los aranceles de la prestación;

- el deterioro de la salud mental de la población, particularmente debido al impacto de la crisis por la que atravesó nuestro país y en particular la ciudad de Mar del Plata desde los años '90 al 2001/ 2002, que trajo como consecuencia la complejización en la presentación de los casos y el incremento de problemáticas como violencia, maltrato, abuso, adicciones, etc.

El HIGA, entonces, continuaba ocupándose de la atención de la enfermedad mental crónica y de los episodios agudos: segundo y tercer nivel de complejidad.

Con el transcurso del tiempo y particularmente desde hace unos cinco años aproximadamente, ambos hospitales han perdido profesionales de manera gradual.

El HIGA perdió más de la mitad de sus profesionales de planta y residentes; el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. V. Tetamanti (HIEMI) estuvo sin psiquiatría infantil durante más de tres años, y en la actualidad cuenta con un profesional de esa especialidad.

Ante la pérdida de recursos humanos, el HIGA modifica su ámbito de intervención y comienza a desligarse de la atención del segundo nivel, intentando derivar esta atención a los Centros de Salud Municipales, los cuales no tienen entre sus incumbencias originales la atención que esta población necesita.

Esta situación dejó en descubierto la falta de infraestructura de segundo nivel para la atención de la salud mental en la ciudad. Es decir, la cobertura

asistencial de la enfermedad mental instalada (psicopatología- cronicidad). Cabe señalar, que esto ocurre tanto para la atención de niños como de adultos.

Por último, es importante mencionar que al mismo tiempo faltan estructuras para la atención de salud mental de problemáticas asociadas con patologías orgánicas crónicas, como ciegos, sordos, débiles mentales, paralíticos cerebrales, etc., ya que las instituciones que los abordan lo hacen desde el marco de lo educacional o de la rehabilitación.

Atención Primaria de la Salud (APS)

En principio, podemos comenzar señalando que la Municipalidad de General Pueyrredón (MGP) utiliza para la atención de la salud la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que desde 1978 en Alma Ata establece que “la APS es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”

Entonces, y tal como ya lo adelantamos en el apartado anterior, la APS implica una estrategia de organización del sector salud en su conjunto (o sea los tres niveles de complejidad), a través de los conceptos de intersectorialidad, participación social y descentralización.

En cumplimiento de estos objetivos, la organización del Sector Salud debería garantizar la continuidad de la atención mediante la articulación de los componentes escalonados según su capacidad de resolución.

De esta manera, el primer nivel de complejidad, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Público de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud del lugar de residencia y trabajo, “es la asistencia de las necesidades básicas de la salud de la comunidad, con acciones de baja complejidad y énfasis en la prevención y promoción de la salud. Constituye el nivel primario de atención, es la puerta de

entrada y el primer contacto con el sistema de salud formal con cuyos niveles de complejidad creciente se articula en forma escalonada y referenciada". (Seminario de APS, Secretaría de Estado de Salud Pública)

Este modelo de salud se caracteriza por la inclusión de la salud mental en el primer nivel de complejidad de la APS, como parte del abordaje de la salud integral de un sujeto. Es decir, a través de intervenciones que priorizan la detección e intervención precoz, que implica una baja complejidad, e integradas en los servicios generales de salud.

Por lo tanto, en este sistema las intervenciones se definen como de baja complejidad, alto impacto y corto tiempo, quedando para los centros especializados de segundo y tercer nivel, la atención del enfermo mental crónico y agudo.

La articulación con centros especializados de mayor complejidad, resulta imprescindible para la atención de pacientes que requieren de atención prolongada, compleja, crónica y/ o especializada (centros de día, internaciones, guardias, etc.).

Dentro del sistema de salud mental de la MGP, psiquiatría representa la inclusión de un segundo nivel de complejidad dentro de APS, a los efectos del seguimiento de casos de trastornos mentales menores y en caso de detección de casos de mayor complejidad completar la etapa diagnóstica a los efectos de proceder a su derivación a centros especializados en el abordaje de las patologías mas graves y complejas.

Para concluir, y en función de lo expuesto, podríamos decir que en salud mental el énfasis está puesto en las tareas de prevención y promoción- siguiendo la estrategia de APS- y, en el aspecto asistencial, implica el abordaje de los trastornos de alta prevalencia en salud mental, donde la intervención del equipo tiene un papel importante en su resolución.

Programas y Prácticas de
Prevención de Salud Mental
para Niños y Adolescentes
en las Instituciones de Salud
Pública HIEMI e IREMI de la
Ciudad de Mar del Plata

Discusión e Interpretación

Las Instituciones...

Descripción de las Instituciones de Salud: HIEMI e IREMI

Para comenzar con el análisis e interpretación de los datos que obtuvimos a través de las diferentes entrevistas y de las observaciones de campo realizadas, consideramos importante puntuar antes algunas cuestiones relacionadas con la estructura edilicia de las instituciones de salud pública que seleccionamos para nuestro trabajo: el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. V. Tetamanti (HIEMI) y el Instituto Materno Infantil Rómulo Etcheverry (IREMI).

Partimos de considerar que la manera como está diseñada la estructura edilicia de ambos centros de salud refleja, en parte, el lugar que cada especialidad va a ocupar dentro de los mismos, temática que analizaremos más detenidamente en otro de los apartados.

Por lo tanto, en este capítulo señalaremos brevemente algunos datos en relación a la organización y distribución espacial dentro del HIEMI y el IREMI, en pos de ir delineando el lugar asignado a la salud mental en cada establecimiento.

De esta manera, nos detendremos un poco más en la descripción de los Servicios de Salud Mental para, en el próximo capítulo, ocuparnos de la conformación de los equipos que en ellos se desempeñan.

Por otro lado, cabe mencionar que elegimos estas instituciones porque la población con la cual trabajan- niños y adolescentes- es la de nuestro interés. En realidad, en el HIEMI se continua trabajando con niños y adolescentes

(desde el nacimiento hasta los 15 años de edad) y mujeres embarazadas, mientras que en el caso del IREMI- aunque originalmente fue creado para la atención exclusiva de niños y adolescentes- hoy en día y desde hace algunos años, también presta atención a personas adultas, debido a “... la caída del sistema de atención del Regional” (Lic. en Psicología del IREMI)

A su vez, es importante aclarar que estas instituciones se enmarcan dentro de jurisdicciones diferentes: el HIEMI depende del estado provincial y el IREMI del municipal. Además, también se diferencian por el nivel de atención que prestan: en el HIEMI se desarrollaría el tercer nivel (alta complejidad hospitalaria) y en el IREMI- como en el resto de las salas de salud municipales- el primero y segundo.

Comencemos entonces. Ubicado en Castelli al 2400, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. V. Tetamanti originariamente funcionó como hospital general- Hospital Mar del Plata- hasta que en 1975 se transformó en la institución especializada que hoy conocemos. Como consecuencia, el Hospital General de Agudos Dr. Oscar Alende (HIGA) pasó a ocuparse totalmente de la atención de la población adulta.

El cuerpo principal y más moderno del HIEMI ocupa una manzana entera, enfrente de la cual hay otra construcción- más antigua y pequeña- que también es parte de éste y cuya entrada es por la calle Alvarado.

En el primer piso de este último edificio hallamos el Servicio de Salud Mental, al cual se lo distingue por un cartelito colgado en una de las varias puertas de un interminable y angosto pasillo: “Salud Mental”.

Pasando ya la puerta, uno se encuentra con una habitación espaciosa subdividida en cinco consultorios, consultorios en los cuales atienden a los niños, los adolescentes y sus familias, las 10 psicólogas que trabajan allí. ¿Diez psicólogas en cinco pequeños consultorios? Sí, 10 profesionales que deben acomodar sus agendas para no superponer turnos... ni voces.

Decimos voces, porque las divisiones están hechas por mamparas de un tipo de vidrio que no permite ver con claridad lo que ocurre adentro de cada consultorio, pero sí escuchar lo que tanto el psicólogo como quienes consultan dicen, haciendo "oídos sordos" a la obligación de todo profesional- y derecho de todo paciente- de preservar la privacidad de éste en función del secreto profesional (para mayor información ver la Reglamentación de habilitación de consultorio; Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires).

Por otra parte, es importante destacar que el HIEMI no cuenta con un sector destinado exclusivamente para la internación de niños y adolescentes con patologías psíquicas:

"- ¿Y la internación a dónde se hace?"

- Bueno, nosotros no tenemos internación propia. Ese es el problema de salud mental. Entonces se internan en unas salitas individuales, que en realidad son para otras patologías, pero generalmente se las dan. Pero ni el personal de enfermería está preparado ni la estructura. Está lleno de ventanas de vidrio, que si son intento de suicidio, impulsividad, eso es de riesgo." (Lic. en Psicología del HIEMI).

Sin embargo, aún no iba a terminar nuestro asombro: el Hospital Infante Juvenil "Carolina Tobar García" (dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y ubicado en el barrio porteño de Barracas) es el único en toda la provincia que tiene un espacio para la internación de los niños menores de 15 años.

Y ya que de espacios y construcciones hablamos, un breve comentario: el Tobar García recién tuvo su primera ampliación y remodelación hace apenas casi dos años, desde su inauguración a fines de 1968... sin palabras.

Volvamos a Mar del Plata y continuemos con la segunda institución: Instituto Materno Infantil Rómulo Etcheverry (IREMI), ubicado en San Martín 3752, frente a la Plaza Rocha y a pocas cuadras de la zona céntrica de la ciudad.

Este establecimiento de salud municipal, aunque fue originariamente creado para la atención infanto-juvenil, como ya mencionamos, actualmente también debe cubrir la demanda de la población adulta debido a la saturación del sistema de atención del HIGA.

En este caso, el Servicio de Salud Mental- según lo que nos señaló uno de los psicólogos entrevistados- tiene destinados varios consultorios, pero en la práctica sólo se les permite usar dos.

¿Cómo que "se les permite usar sólo dos"? Así es. En función de los datos relevados y de las observaciones que pudimos realizar, se desprende que la relación con el cuerpo médico es un tanto complicada: *"Acá o trabajás bajando la cabeza y abocándote a tu trabajo o te volvés como ellos"*, nos dirá un Lic. en Psicología.

En este sentido, es interesante remarcar que toda la entrevista estuvo atravesada por un “ellos” y “nosotros”, haciendo referencia a los médicos y a los psicólogos respectivamente. Examinaremos esta temática en el capítulo correspondiente a los equipos de salud.

A su vez, cuando uno ingresa al IREMI se encuentra con un mostrador en el cual hay una persona encargada de otorgar los turnos para el sector médico. ¿Y para solicitar uno de Salud Mental?, es la pregunta. El procedimiento sencillamente es el siguiente: se debe acercarse hasta uno de los dos consultorios que utiliza psicología, tocar la puerta y esperar a que algún profesional que no esté atendiendo, le otorgue un turno... “Acá es todo casero”, nos dirá el mismo Lic. en Psicología.

¿Y por qué la persona encargada de otorgar turnos sólo lo hace para el sector médico?, insistimos. La respuesta que nos dieron fue que “no le compete”, argumento a su vez brindado por la empleada en cuestión. Esta situación estaría dando cuenta, otra vez, de lo mencionado respecto a las relaciones entre el cuerpo médico y el equipo de salud mental.

Por último, un dato común a las son instituciones- significativo por ciertos es que en ninguna de ellas se observan carteles que promocionen programas o planes de salud mental. En cambio, sí hay anuncios que fomentan las campañas de vacunación y los controles clínicos periódicos para los niños y adolescentes.

Equipos de **Salud Mental**

Descripción de los Equipos

Tal como ya lo señalamos, en este apartado detallaremos cómo están compuestos los equipos de salud mental en cada institución, dedicándonos en la sección siguiente a plasmar las opiniones de los actores sociales entrevistados respecto a esta cuestión.

IREMI

El equipo está constituido por 10 profesionales, entre los cuales hay 4 Lic. en Psicología, terapistas ocupacionales y trabajadores sociales.

Consideramos importante mencionar que la población total de psicólogos dependientes del municipio local es de alrededor de 70 profesionales, quienes se desempeñan dentro de los aproximadamente 14 equipos de salud que funcionan hoy en día en algunas de las 23 unidades sanitarias. Estos grupos de trabajo están conformados por psicopedagogos, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales y psicólogos obviamente.

En cuanto a los médicos psiquiatras, al momento de realizar las entrevistas, la Secretaría de Salud Municipal sólo contaba con 4 profesionales para cubrir la demanda de toda la ciudad. De esta manera, nos encontramos con que cada psiquiatra tiene a su cargo 5 salas sanitarias, atendiendo un promedio de 20 pacientes por día y con una lista de espera que llega a los dos meses, y en el caso particular del IREMI a los 9 meses.

HIEMI

Los psicólogos que trabajan en el área de salud mental de esta institución son 10 y 2 son las psiquiatras infanto-juveniles. Estas dos últimas profesionales están trabajando en el hospital desde hace 1 año una de ellas, y desde hace casi 2 la otra; una lo hace diariamente, mientras que la segunda profesional sólo concurre algunas veces por semana.

Antes que ellas ingresaran, hubo un médico psiquiatra de adultos (sin formación en niños y adolescentes), y luego el hospital atravesó un período en el cual no contaba con ningún profesional de esta especialidad.

Pasemos ahora a conocer cuál es la percepción que los propios profesionales entrevistados tienen en relación a la conformación de los equipos dentro de los que desarrollan sus tareas.

Percepción de los Actores Sociales acerca de los Equipos de Trabajo: ¿equipos o "ellos y nosotros"?

Antes de comenzar a desarrollar la temática de este apartado, quisiéramos hacer algunas aclaraciones respecto a los actores sociales que escogimos para entrevistar.

El primero fue la Lic. en Psicología que ocupa la Jefatura de Sala de Salud Mental del HIEMI. Pensamos en ella porque hace más de 26 años que desempeña sus actividades en el hospital y además por su comprometida trayectoria profesional.

Luego de haber realizado esta entrevista, consideramos pertinente intentar acceder a información proveniente del ámbito municipal, específicamente de la Secretaría de Salud. Con tal finalidad, decidimos consultar a una médica pediatra quien también hace muchos años que trabaja en dicha secretaría y que a su vez tiene vastos antecedentes en gestión. Pensábamos que la información y las opiniones que desde la perspectiva de la medicina ella nos aportaría, serían muy enriquecedoras para el planteo de nuestra tesis.

Después, dialogamos con una Lic. en Psicología que se desempeña en el IREMI y que, al igual que las dos entrevistadas anteriores, también lo hace desde muchos años. Aunque ella no atiende niños y adolescentes, igual evaluamos que seguramente sus contribuciones serían muy útiles para continuar pensando en relación a nuestro trabajo.

A esta altura del recorrido, con mucha información ya pero con muchas más preguntas todavía, decidimos volver al HIEMI en búsqueda de nuevas respuestas. En esta oportunidad, consultamos a una Lic. en Psicología-profesional de planta del Servicio de Salud Mental- que trabaja allí desde el año 1978 y cuyos comentarios resultarían sumamente interesantes.

Por último y para finalizar el trabajo de campo, dialogamos con otro informante clave: un Lic. en Psicología- profesional de planta permanente del IREMI- quien se encuentra en ese centro de salud desde el año '82 y cuyos comentarios nos posibilitarían acceder a mucha información respecto a la atención de la salud mental en esa institución.

Ahora bien, veamos entonces qué tienen para decirnos:

"- Somos aproximadamente entre 60 y 70 psicólogos, es un número importante. Lo que pasa en Salud Mental, es que hay una característica que por ahí no hay en otras áreas, que tenemos horarios reducidos. Tenemos módulos de 18 horas de trabajo semanales, o de 24, pero hay mucha gente de 18 horas que, si vos pensás, son tantos profesionales pero con tan poca carga horaria, que no se si son tantos profesionales..." (Lic. en Psicología del IREMI)

"- Psiquiatras hay pocos en este momento. Hay 4 y tendría que haber para la población que somos de psicólogos, tendría que haber muchos más, pero hay dificultades para conseguir profesionales..." (Lic. en Psicología del IREMI)

"- Entonces vos decís, lo vamos a evaluar en Psiquiatría, pero Psiquiatría tiene turnos dentro de meses. Entonces, es complicado. Uno trabaja no de la manera que quiere trabajar..." (Lic. en Psicología del IREMI)

Por otro lado, una de las psicólogas del hospital- haciendo referencia de igual modo a la falta de psiquiatras infanto- juveniles en el equipo de salud mental-, nos decía:

"- Y antes, el psiquiatra que teníamos era de adultos, no tenía formación infanto-juvenil y después nos quedamos sin psiquiatra, entonces, cuando lo necesitábamos era todo un problema. Los del HIGA, de adultos, por ahí venían, por hacernos una "gauchada" y teníamos que derivar a La Plata o a Buenos Aires... una locura." (Lic. en Psicología del HIEMI)

A su vez, también es importante lo que tienen para contarnos las psicólogas entrevistadas en el HIEMI respecto a la jefatura del Servicio de Salud Mental. Usualmente- y así sucede en la mayoría de los hospitales de toda la provincia de Buenos Aires- el que detenta ese cargo es un médico psiquiatra. Sin embargo, Mar del Plata es una excepción: desde hace más de 15 años quien ocupa ese puesto es una psicóloga.

"- Cuando se fue el jefe nuestro (médico) que se jubiló, por el '89 / '90, quedamos todas psicólogas. Todos los ojos puestos aquí: quién era el jefe. Artículos en distintas revistas médicas de psiquiatría, "qué cómo psicólogas



solas". Querían adherirnos a neurología. Todos querían acá ser el jefe. Nosotras nos organizamos internamente... Proponemos a XX a dirección y dirección la aceptó. Pero, una cuestión interna bombardeada de todas partes, desde el discurso médico: cómo una psicóloga jefa."

"- No podíamos dejar el lugar. Con un miedo terrible porque decían que a los psicólogos nos iban a impugnar a todos... muy persecutorio... Bueno, y empezaron a llover por todas partes impugnaciones... El único caso en toda la provincia fue el de Mar del Plata, creo que hubo otro pero que la destituyeron, y acá quedó XX y por concurso."

De esta manera, resulta evidente que los lugares de mayor autoridad en los Servicios de Salud Mental de los hospitales públicos bonaerenses- como es el caso de las jefaturas-, parecieran reservados exclusivamente para los médicos psiquiatras, quienes además son los únicos que pueden ordenar la internación de una persona (en nuestro caso, de un niño o adolescente) si evalúan que ésta presenta riesgo para sí o para terceros.

Por otra parte, es interesante resaltar lo que la mayoría de los psicólogos nos hicieron notar respecto a la marcada diferencia- al interior mismo de los equipos de salud mental- entre el discurso psicológico y el psiquiátrico, lo cual usualmente dificulta el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las diversas y complejas problemáticas que se presentan.

"- Estamos constantemente con mayor locura...."

- ¿Psicosis?

- Psicosis... ahí entramos en otro conflicto que es la diferencia de diagnóstico con los psiquiatras... Y ahí entramos en al disputa que uno no quiere que se psiquiatrice el chico y que puedan empezar a mermar en la medicación..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Como teníamos distinta formación, teníamos bastante dificultad en las intervenciones y después cuando nos juntábamos los profesionales teníamos grandes altercados, no había encuentro. Hasta que esos desencuentros empezaron a manifestarse abiertamente en los grupos con al gente, "No Dr., no pienso lo mismo que usted...", porque eran para nosotros cuestiones muy delicadas, posicionamientos muy diferentes." (Lic. en Psicología del HIEMI).

"- Mirá yo, ya vieja escéptica, cuando hablan de la interdisciplina, la interdisciplina... yo digo que la interdisciplina son momentos, que funcionamos como interdisciplina, desde mi experiencia. Y después es como "multi" ..." (Lic. en Psicología del HIEMI).

Cabe volver a mencionar aquí lo que enunciamos en el primer capítulo ("Descripción de las instituciones de salud...") acerca de la división discursiva entre "ellos y nosotros", aludiendo al cuerpo médico del IREMI por un lado y a los psicólogos de esa institución por el otro. Entonces, ¿son equipo de trabajo o "ellos y nosotros"...?

Agregamos ahora otra división, pero esta vez correspondiente a las psicólogas del HIEMI: "*médicos pro-psicología*" vs. "*médicos anti-psicología*"; clasificación ésta que también estaría dando cuenta de las dificultades al momento de trabajar en equipo, interdisciplinariamente, y a la cual retomaremos más adelante.

En síntesis, y a modo de cierre de este apartado, podemos decir que tanto los psicólogos entrevistados en el IREMI como en el HIEMI coinciden en que la cantidad de psiquiatras que se encuentran trabajando en los equipos de salud mental de ambas instituciones son insuficientes para cubrir toda la demanda. En el caso del HIEMI, además, mencionan la dificultad para conseguir médicos psiquiatras especializados en niños y adolescentes.

Por otro lado, los profesionales del IREMI sostienen que si bien son muchos más los psicólogos que los psiquiatras, es importante considerar que aquellos tienen horarios de trabajo reducidos (módulos de 18 horas semanales), motivo por el cual evalúan que tampoco son suficientes para dar respuesta a la demanda de atención en las diferentes salas de salud municipales.

Finalmente, aparece la marcada división entre los discursos psicológico y psiquiátrico, lo cual desde la perspectiva de los psicólogos entrevistados entorpecería el trabajo en conjunto dentro de cada equipo de salud mental.

Programas de Salud Provinciales y Municipales

Análisis de los Programas: "del dicho al hecho..."

"¿Y si en vez de "planear" tanto voláramos un poco más alto?"
Mafalda

En este capítulo nos proponemos analizar aquellos programas de salud oficiales (programas formales) destinados a niños y adolescentes, que se estarían implementando en instituciones de salud provinciales y municipales, según consta en la página Web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y en la de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. (Ver Apéndice)

Para dicho análisis tendremos en cuenta las siguientes cuestiones: si en los programas se propone trabajar desde un modelo preventivo en salud; si contemplan prácticas propias de Salud Mental, y si parten de un enfoque biomédico o responden a un modelo integral de salud.

Luego, en el próximo capítulo- y habiendo identificado ya aquellos que tienen una finalidad preventiva- intentaremos detectar cuáles de ellos se están implementando actualmente en el HIEMI y en el IREMI y si, además, se está desarrollando algún programa que denominamos "no- formal".

Antes de continuar, cabe aclarar que consideramos programas formales u oficiales a los que son diseñados y planificados por los organismos estatales correspondientes (en este caso, la Secretaría de Salud municipal o el Ministerio de Salud provincial), mientras que los programas no-formales son aquellos diseñados por el propio equipo de profesionales de cada institución para dar respuesta a las demandas y necesidades que allí se manifiestan.

Ahora bien, en principio podríamos puntualizar que de los 25 programas que el Ministerio de Salud provincial publicita en su página Web oficial, sólo 2 (Plan Nacer y Programa de Atención Materno Infantil) están diseñados específica y exclusivamente para niños y adolescentes, representando solamente el 8 % del total.

Respecto a los programas oficiales de la Municipalidad de General Pueyrredón, los destinados específicamente a nuestra población objetivo son 6 (42,85%), sobre un total de 14 (100%).

Es importante dejar en claro que no nos ocuparemos de examinar aquellos programas de salud destinados a la población en general, dentro de los cuales uno supondría que están incluidos los niños y adolescentes, pero al no estar explícitamente especificado, quedarán fuera de dicho análisis.

Comencemos, entonces, por los programas provinciales.

Si bien los mencionados no tienen como objetivo específico la prevención, ya que en ninguno de ellos se la nombra de manera explícita, podríamos inferir que sí lo hacen indirectamente, uno apuntando más al cuidado preventivo de los aspectos biológicos de la salud (Plan Nacer) y el otro a los aspectos más integrales de la misma (Programa de Atención Materno Infantil).

Plan Nacer

Dicho programa- destinado a mujeres embarazadas, puerpéreas hasta 45 días y niños/ as menores de 6 años que no posean obra social- menciona entre sus objetivos: "reducir la mortalidad materno-infantil en la provincia de Buenos Aires"; "aumentar el acceso y la cobertura formal de la población en

materia de salud"; y "fortalecer la capacidad del primer nivel de atención en las jurisdicciones asistidas". A su vez, el eje central de este plan consiste en lograr "una mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud".

Cabe volver a señalar que en este caso las prácticas preventivas estarían orientadas fundamentalmente hacia la prevención y cuidados de aspectos biológicos del recién nacido y del niño: "controles clínicos" periódicos desde el nacimiento hasta los 6 años, consultas oftalmológicas y odontológicas, y vacunación correspondiente al calendario nacional.

En otro de los puntos del programa se enfatiza la promoción de la lactancia materna, para lo cual se propone brindar educación e información a las mujeres embarazadas y madres. Aquí cabría abrir una pregunta: ¿desde qué lugar se está promocionando la lactancia? ¿Se lo hace sólo desde las propiedades nutricionales que tiene la leche materna y la importancia de ésta para el desarrollo del recién nacido (aspecto biológico)? ¿O también hay lugar para pensar en la importancia que tiene el vínculo madre-hijo en la constitución de la subjetividad?

En función de cómo está planteado en líneas generales el programa, podríamos suponer que se realiza más en pos de promocionar los aspectos nutricionales de la leche materna, que de aquellos otros relacionados con la importancia fundamental de este vínculo primordial en la conformación del psiquismo de ese bebé.

Por último, resulta interesante destacar que en el único momento en que se menciona al profesional psicólogo es al hacer referencia a una posible "situación de emergencia", en la cual se le derivaría al niño/ a y/ o su madre. Por

lo tanto, podríamos pensar que las prácticas cotidianas que surgen a partir de este programa no incluirían aquellas propias de Salud Mental, trabajando entonces, desde una concepción biomédica de la salud en detrimento de un modelo integral de la misma.

Programa de Atención Materno Infantil

Respecto a este programa, destinado a niños, adolescentes (hasta 19 años de edad), mujeres en edad fértil y no comprometidas dentro de los adolescentes, y mujeres embarazadas, podríamos decir que si bien tampoco se menciona explícitamente el concepto de prevención dentro de sus objetivos, éstos están mucho más relacionados con la misma que el primer programa (Plan Nacer).

En este sentido, podemos enumerar los siguientes objetivos: "contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias bonaerenses, promoviendo el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus comunidades"; "mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud, la niñez y la adolescencia"; "promover estilos de vida saludables en la población" y "disminuir las tasas de mortalidad de la población materno infanto-juvenil".

A su vez este programa consta de dos sub- programas: Sub- Programa de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años y Sub- Programa de Salud Sexual. En ambos subyace una concepción de salud más cercana a una visión integral de la misma, aunque sigue trasluciéndose un marcado sesgo biomédico.

En relación al primer sub- programa, pensamos que se acerca más a una concepción integral de la salud ya que entre sus objetivos figuran: "impulsar la creación de redes de servicio de salud para la atención integral de la niñez"; "promover estilos de crianza saludables y adecuados a la identidad cultural de la población".

Respecto al Sub-Programa de Salud Sexual, apunta a contribuir a disminuir "las complicaciones surgidas del embarazo no deseado, el embarazo adolescente" entre otros, asistiendo a los usuarios del programa "a través de la escucha y el entendimiento para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores".

Ahora bien, tal como ya adelantamos y a pesar de lo recién mencionado, consideramos que ambos sub- programas siguen estando fuertemente marcados por un sesgo biomédico, ya que se apunta fundamentalmente a aquellas cuestiones relacionadas con: la atención de los problemas nutricionales; los exámenes clínicos ginecológicos para las mujeres embarazadas; la provisión de leche, medicamentos, entre otros; la mortalidad materno infantil; la transmisión sexual de enfermedades; etc.

Finalmente, entonces, aunque se parta de una concepción más integral de la salud, tampoco se incluirían prácticas específicas de salud mental.

Habiendo concluido el examen de los programas provinciales, continuaremos con los municipales.

Para comenzar enumeraremos los programas: Programa Nacional de Desparasitación Masiva (incluido dentro del Programa Remediar y destinado a niños de 2 a 14 años de edad); Programa de Protección del Desarrollo Infantil

(destinado a todos los niños en situación de vulnerabilidad y riesgo socio-sanitario, priorizando el segmento poblacional menor a los 6 años); Programa Hijos de Cartoneros y Franelitas (población objetivo: hijos de trabajadores en la vía pública, de entre 3 y 11 años); Plan Mas Vida (Proyecto incluido en el Programa de Seguridad Alimentaria, destinado a niños y mujeres embarazadas); Programas Centros de Desarrollo Infantil (destinatarios: menores, adolescentes y familias), y Proyecto Al Agua Pato (destinado a niños, no se especifica edades).

Programa Nacional de Desparasitación Masiva

Como recién mencionamos, este programa forma parte del Programa Remediar, el cual tiene como objetivos: "fortalecer el modelo de atención primaria"; "promover políticas saludables con gestión participativa", y "asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población más vulnerable". Para el logro de estas metas, "Remediar se propuso proveer medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo".

A partir de la puesta en marcha de este programa comenzaron a vislumbrarse otras problemáticas en salud, una de las cuales es la parasitosis. En un intento de dar respuesta a la misma, se implementó el ya mencionado Programa Nacional de Desparasitación Masiva, que comprende dos estrategias: por un lado, "la entrega del medicamento para tratar el problema de la parasitosis... de niños de 2 a 14 años de edad de todo el país" y por el otro, "una

efectiva campaña de educación sanitaria que contiene material de difusión con medidas preventivas para la población y la realización de acciones para promover hábitos saludables en torno a esta temática”.

Podemos decir entonces, que en este programa el tipo de acciones preventivas que se realizan están orientadas hacia aspectos puramente biológicos, no incluyéndose por lo tanto prácticas específicas de salud mental.

Programa de Protección del Desarrollo Infantil

Comenzaremos detallando cuál es su finalidad: “generar proyectos de promoción, prevención y asistencia tendientes a asegurar la nutrición de la niñez, el cuidado de la salud y la estimulación temprana de todos los niños en situación de vulnerabilidad y riesgo socio-sanitario, desde su concepción en el seno materno”.

Este programa prioriza el trabajo con niños menores de 6 años, ya que por “razones biológicas” este es la “etapa principal del desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales básicas...”

Ahora bien, nos parece interesante detenernos en este punto para resaltar, lo que desde nuestro punto de vista, resultaría una contradicción. Nos referimos a que en el programa, por un lado se plantea que “el desarrollo integral del niño abarca aspectos como el cuidado de la salud, la educación, la nutrición, la estimulación temprana, adquisición de hábitos, el fortalecimiento de vínculos familiares...”, entre otros pero, por el otro, aparece con mucho énfasis el cuidado de los aspectos relacionados con lo biológico (“necesidades nutricionales” y “capacidades físicas”, por ejemplo) y con las capacidades

intelectuales básicas, sin mencionar siquiera los aspectos psíquicos o emocionales, los cuales consideramos parte de todo verdadero "desarrollo integral".

Por último, y para finalizar, inferimos que algún lugar habría para las prácticas en salud mental debido a que, por lo menos, se plantea el trabajo orientado hacia el "fortalecimiento de vínculos familiares".

Programa Hijos de Cartoneros y Fanelitas

En este programa, no se trabaja directamente la prevención en salud, ya que la misma no aparece explicitada dentro de los objetivos, pero sí podríamos suponer que indirectamente ciertas prácticas preventivas se desarrollarían desde el momento en que se plantea la contención de los niños para lograr un adecuado "desarrollo físico, emocional e intelectual".

Por otra parte, y a diferencia de los dos anteriores, en este programa se explicita por primera vez el "aspecto emocional", con lo cual supondríamos que se le da un lugar a las prácticas en salud mental, trabajándose con una concepción más integral de la salud.

Plan Más Vida

Las "referentes barriales" ("manzaneras y comadres") son quienes se encargan de llevar adelante dicho programa, entregando "raciones mensuales de alimentos de alto valor nutritivo" a las familias de su barrio.

Además, se ocupan de la "promoción de la salud: la detección temprana de embarazos para su derivación al sistema de atención primaria de la salud; el

fortalecimiento de acciones de fomento de la lactancia materna y el control del niño sano para la disminución de las tasas de desnutrición.”.

De esta manera, podemos señalar que este programa apuntaría fundamentalmente a cubrir las necesidades nutricionales básicas de la población poniendo el acento, entonces, en los aspectos más biológicos de la salud.

A su vez, se tiende también a la promoción de la salud - a la que pensamos como una herramienta que puede ser utilizada para la prevención -, motivo por el cual podríamos inferir que indirectamente se estarían desarrollando prácticas preventivas.

Acerca de las prácticas específicas de salud mental, no podríamos afirmar si se desarrollan o no, ya que no contamos con la información suficiente para realizar tal conjetura.

Programa Centros de Desarrollo Infantil

Este programa tiene como propósito que “los niños y jóvenes puedan desplegar el máximo de sus capacidades y potencialidades” y acompañar “a la familia en su ejercicio de crianza y la generación de actividades que promuevan un desarrollo integral”.

En primer lugar, entonces, se estaría apuntando a la promoción de la salud, y por lo tanto, podríamos inferir que indirectamente existirían prácticas preventivas.

En relación a las prácticas en salud mental, en este programa puntualmente no podemos inferir si las hay o no ya que no contamos con la

información suficiente para realizar tal conjetura; lo mismo sucede respecto a la concepción de salud con la cual se trabaja.

Proyecto Al Agua Pato

En cuanto a este último programa, también apuntaría más a la promoción y contención integral de los niños, solo que en este caso se realizaría a través del dispositivo de enseñanza de la natación. Podríamos conjeturar, entonces, que probablemente se desarrollen ciertas acciones preventivas indirectamente.

Al igual que en el programa anterior, tampoco tenemos los elementos necesarios para poder evaluar si se incluyen prácticas propias de salud mental y para determinar en qué concepción de salud se basa.

Para finalizar, y a modo de cierre de este capítulo, diremos que los 8 programas de salud- tanto provinciales como municipales- destinados a la población infanto- juvenil, trabajan la prevención pero de manera indirecta, exceptuando sólo dos (ambos municipales) que la trabajan directamente; es decir que entre sus objetivos se manifiesta explícitamente la finalidad preventiva de determinadas acciones.

Dichos programas municipales, que representan menos de la mitad de todos los que están diseñados para trabajar con niños y adolescentes (25% aproximadamente), apuntan: al desarrollo de medidas preventivas de la parasitosis infantil (Programa Nacional de Desparasitación Masiva) y a la generación de "proyectos de promoción, prevención y asistencia tendientes a asegurar la nutrición de la niñez, el cuidado de la salud y la estimulación

temprana de todos los niños en situación de vulnerabilidad y riesgo socio-sanitario, desde su concepción en el seno materno" (Programa de Protección del Desarrollo Infantil).

Por lo tanto, sólo este último trabajaría con un enfoque más integral de la salud, aunque el mayor énfasis aparece puesto en aquellos aspectos relacionados con el "cuerpo biológico". Sin embargo, podríamos suponer que habría cierto lugar para el despliegue de prácticas propias de salud mental.

Cabe señalar aquí que la mayoría de los programas no incluirían entre sus acciones este tipo de prácticas específicas de salud mental (aunque en algunos casos se parta de una concepción de salud más integral), y que en el único en el que se menciona explícitamente al profesional psicólogo es en el Plan Nacer, al hacer referencia a una posible derivación del niño y/ o su madre en alguna "situación de emergencia".

Por último, es importante destacar que también la mayoría de los programas parten de una concepción biomédica de la salud, sosteniendo un marcado sesgo biologicista, en detrimento, por lo tanto, de un modelo más integral de la misma.

Ahora bien, habiendo identificado en este apartado aquellos programas formales entre cuyos objetivos encontramos la prevención, intentaremos en el próximo detectar si se están implementando en el HIEMI y/ o en el IREMI y si, además, se está desarrollando algún programa no-formal.

Prevención

Los Programas en las Instituciones: ¿hay o no programas preventivos en las instituciones?

El objetivo del presente apartado- tal como recién lo adelantamos- es trabajar en torno a aquellos programas que se estén desarrollando hoy en día en el HIEMI y en el IREMI.

Para comenzar, elegimos algunas de las respuestas que se reiteraron a lo largo de las distintas entrevistas. Una de ellas, precisamente, es la que obtuvimos ante la pregunta por la existencia de programas formales y/ o no-formales de prevención que se estuvieran implementando en la institución en donde cada actor social se desempeñara.

En todos los casos las contestaciones fueron poco claras, dubitativas, dejando traslucir cierto desconocimiento y desinterés acerca de los mismos (cuestión que retomaremos en el próximo apartado):

“No, un programa específico no. Nosotros lo que tenemos como bajado del ministerio es que atendemos la alta complejidad, la urgencia, todo lo interno del Hospital y después derivarlos a las salas periféricas si es que deben continuar tratamiento.” (Lic. en Psicología del HIEMI)

Otra de las respuestas fue:

“No, no sé.... creo que tal vez hay uno pero no se bien cómo funciona, es para detectar problemas de aprendizaje en niños, creo que en el equipo hay una psicóloga que se ocupa, pero no se...” (Lic. en Psicología del IREMI).

Por otro lado, también fue recurrente la necesidad de tener que volver a formular la misma pregunta en relación a los programas de prevención, lo que - desde nuestra perspectiva - estaría reflejando de igual forma lo mencionado anteriormente:

“- Y volviendo a esto que decías de la prevención, programas preventivos en salud mental, ¿hay alguno en funcionamiento o que esté planificado pero que no se pueda ejecutar?”*

- Hay programas que se están ejecutando. Se está trabajando, por ejemplo, con un grupo importante de embarazadas en algunas salas, no en el IREMI en otras, que ahí podemos trabajar algo de lo que es prevención en esos embarazos. Ahí trabajan psicólogos con terapistas y con los pediatras. Esos programas están funcionando muy bien eh...

- ¿Son municipales?

- Son municipales...” (Lic. en Psicología del IREMI)

* El subrayado es nuestro.

Ahora bien, de los datos obtenidos en las entrevistas administradas se desprende que no existirían programas formales ni no- formales de prevención de salud mental que se estén desarrollando en la actualidad en alguna de las dos instituciones que tomamos como objeto de estudio.

Sin embargo, en el HIEMI sí detectamos ciertas prácticas preventivas que se llevaron a cabo en años anteriores, siendo planificadas e implementadas conjuntamente por algunos de los profesionales de salud mental y un número reducido de médicos: los denominados “médicos pro- psicología”.

“- Seguíamos asistiendo toda la internación y en el '81 más o menos empezamos a hacer pequeñas movidas, muy calladas, como empezar a trabajar en grupo, que no estaban oficialmente declaradas. Empezamos con un obstetra y 7 / 8 embarazadas, en los peores rincones del hospital por supuesto, con algún grupito de chiquitos para psicoprofilaxis quirúrgica. Con el advenimiento de la democracia en el '83 se puede mostrar la actividad grupal, y ahí si comenzamos con los grupos que fueron multitudinarios de psicoprofilaxis quirúrgica, de psicoprofilaxis obstétrica.” (Lic. en Psicología del HIEMI)

“- Ahí era prevención. Con psicoprofilaxis obstétrica estuvimos más o menos hasta el '96...

- ¿Eso por iniciativa suya, o había alguna directiva del ministerio, era parte de algún programa oficial...?

- No, no... Surgió de nosotros y de determinados médicos que eran pro-psicología...” (Lic. en Psicología del HIEMI)

“- Y durante 16, 17 años mantuvimos el grupo de psicoprofilaxis quirúrgica porque hubo una articulación entre los médicos que eran pro-psicoanálisis... Entonces, esos médicos daban la parte teórica y después íbamos nosotras y trabajábamos como grupo operativo y después venían las parteras. Cuando estos médicos se retiran, fue el colapso, porque no se pudo seguir articulando bien con otros médicos.” (Lic. en Psicología del HIEMI)

A modo de cierre, entonces, podemos sostener que en ninguna de las dos instituciones se están desarrollando actualmente programas formales ni no-formales de prevención en Salud Mental para niños y adolescentes.

Sí encontramos, en cambio, que se han realizado ciertas prácticas preventivas (como los grupos de psicoprofilaxis quirúrgica y obstétrica), las cuales se lograron implementar de manera conjunta con aquellos médicos caracterizados como “pro- psicología” y a raíz de una demanda explícita de ellos.

Previendo el Desconocimiento...

Conocimiento o Desconocimiento de las Acciones Realizadas

Continuando con lo que planteamos en el apartado anterior, es importante agregar que durante el transcurso de las entrevistas administradas a los psicólogos del HIEMI y del IREMI, no sólo tuvimos que repreguntar en varias oportunidades, sino también explicar a qué nos referíamos cuando hablábamos de prevención y de sus diferentes niveles.

En este punto resulta interesante mencionar lo que, desde nuestro punto de vista, aparece como contradictorio en el discurso de algunos de los profesionales entrevistados.

Por ejemplo, luego de habernos contestado de manera rotunda que no se hacía prevención en el HIEMI porque *“nuestro hospital es de alta complejidad, o sea de nivel terciario. A nosotros ya nos llegan los casos, y los graves...”* (Lic. en Psicología del HIEMI), y que la prevención y atención primaria están a cargo de las salas municipales, esta profesional continúa su relato comentándonos una de las experiencias con grupos de padres sin reconocerla como práctica preventiva- hasta que nosotras la señalamos como tal- y a pesar de ya haberle explicitado los diferentes niveles de prevención.

- *“¿Y las listas de espera?”*

- *No tenemos, nunca tuvimos. Ahora no tenemos porque es lo grave... pero en la época que atendíamos todo no teníamos lista de espera porque teníamos el grupo de padres.*

- ¿Es una manera de prevención, o no?
- Claro, y en las entrevistas de admisión con los padres escuchábamos “caprichos”, trastornos de conducta... al grupo de padres, donde ellos se interrogaban, “¿no se en qué fallaré yo?”. Bueno, y trabajabas con los padres que, en los trastornos simples, los chicos ni entraban en tratamiento. Porque el chico es efecto del padre... Ahora las patologías son mucho más graves, hay que tratar al chico, a los padres, derivar a los padres a otros lugares. Pero el grupo de reflexión, mientras nosotros hacíamos el tiempo, los padres estaban contenidos, empezaban a ver, empezaban a cambiar cosas ellos y en algunos casos tuvimos casos sencillos que ni entraban a tratamiento, lo resolvían.”* (Lic. en Psicología del HIEMI)

A este hiato entre el nivel discursivo y el de las prácticas preventivas concretas, podríamos comenzar a pensarlo como consecuencia de la poca capacitación que reciben los profesionales (por parte del estado provincial, en este caso) en relación a las acciones de prevención y de salud pública. Por lo tanto, los conocimientos que poseen en estas temáticas- fundamentales desde nuestra perspectiva para el trabajo dentro del ámbito de la salud pública- quedan librados a la voluntad de cada profesional y no a una formación programática delineada por el Ministerio Provincial de Salud:

* El subrayado es nuestro.

"- ¿Y a ustedes les hacen hacer cursos de salud pública, que bajen del ministerio?

- No, no, en alguna época hicimos alguno, hace mil años, sobre drogas como para generadores de promotores de salud, pero hace mil años..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

En este sentido, y ya que de formación estamos hablando, también creemos importante señalar otra cuestión: a lo largo de nuestra carrera de grado no tenemos incluida en la currícula la enseñanza obligatoria- ni teórica ni práctica- de abordajes preventivos. Sí contamos, sin embargo, con la posibilidad de acceder a algún seminario de orientación optativo hacia el final de la carrera o a ciertas actividades organizadas desde la Secretaría de Extensión de la facultad.

Por lo tanto, y del mismo modo que lo que sucede con los psicólogos que se desempeñan en las instituciones de salud pública, dicha capacitación queda librada a la voluntad de cada estudiante.

Ahora bien, en el próximo apartado nos ocuparemos de describir cómo definen a la prevención algunos de los actores sociales entrevistados.

Definiendo la Prevención...

Esta sección la destinamos exclusivamente para plasmar de manera sucinta algunas de las definiciones que los profesionales entrevistados nos fueron dando sobre la prevención para, en el apartado siguiente, poder detallar ciertos obstáculos que aparecen como entorpeciendo y dificultando el desarrollo de las prácticas preventivas.

Veamos las definiciones entonces:

“- La prevención es un juguete político”. Discursivamente, se utiliza “para tirarse la bola de uno a otro”. Por ejemplo, desde Zona Sanitaria VIII dicen que si desde las salitas trabajaran APS, los hospitales no estarían tan desbordados. En la práctica concreta no se realiza casi nada de prevención.” (Lic. en Psicología del IREMI)

“- La prevención es una moda....” (Lic. en Psicología del HIEMI)

“- La prevención es “la” forma de trabajar en APS... Municipalidad no concibe otra manera de trabajo en los salas sanitarias...” (Médica pediatra de la Secretaría de Salud Municipal)

Contra la Corriente: Obstáculos a la Prevención

Tal como mencionamos, en el presente apartado intentaremos delimitar algunos de los obstáculos que dificultarían el desarrollo de las prácticas preventivas. A efectos de trabajar en torno a esta fundamental temática, retomaremos e iremos relacionando: por un lado, ciertos planteos realizados por algunos de los autores a los cuales consultamos para la construcción del marco teórico, y por otro, las respuestas y comentarios que nos brindaron los profesionales entrevistados.

En principio, podemos señalar lo que sostiene Bárbara Zas Ros (<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>), quien va a plantear que las prácticas preventivas en salud continúan reducidas al modelo tradicional de actuación que, por cierto, ha predominado por años y que se caracteriza por los siguientes rasgos: poca importancia e interés de los profesionales médicos por las tareas propias de la prevención; desprofesionalización de las acciones de prevención; estilos de actuación impropios a los fines reales y esenciales de la prevención; subvaloración de las prácticas de prevención y predominio de un modelo "médico centrista" autocrático, que no propende a la participación."

A su vez, agrega que en el imaginario social circula "La imagen de que las acciones de prevención son acciones de salud "pobres" o de segunda importancia. Esto se ve reforzado en primer lugar porque existe una representación de que los problemas que aborda son los de la marginalidad o la

subjetividad*, y en segundo lugar porque es lo único que se puede hacer cuando no hay otros recursos.”

En este sentido, cabe mencionar aquí lo que nos comentó uno de los psicólogos del IREMI quien, entre la serie de escollos que enumeró como entorpeciendo el desarrollo de las prácticas preventivas enfatizó, precisamente, otra cuestión que desde su perspectiva circula del mismo modo en el imaginario social: la demanda de respuestas rápidas y eficaces a corto tiempo frente a los sufrimientos subjetivos. A su vez, también resaltó el rol de los laboratorios, los cuales les darían “incentivos” a los profesionales médicos para que receten sus psicofármacos a las personas que los consultan por algún padecimiento subjetivo.

Continuando con los “obstáculos de la prevención”, la mencionada autora señala “La no consideración de las necesidades existentes en los grupos poblacionales en los cuales se trabaja...”

En este punto coincidimos con ella, ya que es bastante frecuente observar que los programas preventivos se diseñan y planifican sin haber realizado previamente un diagnóstico serio de lo que se denomina “necesidades sentidas” de la población sobre la cual se está interesado en efectuar la intervención.

El primer paso- necesario para garantizar la eficacia de cualquier acción con fines preventivos- debe consistir, precisamente, en realizar con el grupo la detección de las necesidades sentidas por ellos, respetando sus

* El subrayado es nuestro.

particularidades, costumbres e historia, buscando la colaboración y confianza de la población, ya que sin esta participación es imposible lograr ningún cambio positivo en las personas con quienes se trabaja.

Esto es fundamental en el nivel primario de prevención en salud (responsabilidad del municipio local en nuestro caso), noción que en el discurso al menos, la profesional médica que se desempeña en la Secretaría de Salud de la municipalidad y quien ha ocupado altos cargos jerárquicos en gestión, parece tener muy incorporada:

“- En Mar del Plata se trabaja sobre fundamentalmente campo. Campo es casa, calle, domicilio, es un trabajo de nivel comunitario el que establece Mar del Plata...” (Médica pediatra de la Secretaría de Salud Municipal)

“- Cada comunidad tiene características diferentes y no se puede bajar a rajatabla algún lineamiento general y después hay que darle permiso a que se arme una estrategia, porque es una estrategia de trabajo conjunta con la gente, la dinámica de trabajo municipal...” (Médica pediatra de la Secretaría de Salud Municipal)

“- En el nivel de atención primaria se trabaja con sociedades de fomento, se trabaja con referentes barriales, liderazgos barriales naturales, con iglesias de todo tipo, o sea, es un trabajo abierto, sociedades de jubilados, colegios especiales, colegios comunes, privados, públicos, espacios comunes, plazas,



cultura, se trabaja con otras áreas..." (Médica pediatra de la Secretaría de Salud Municipal)

Sin embargo, nada de esta dinámica de trabajo pudimos detectar en el IREMI lo cual, es importante aclarar, no implica que en otros centros de salud municipales no se lleven a cabo prácticas de este tipo.

En este sentido, y a modo de explicación de por qué no en todas las salas se logra trabajar de esa manera, uno de los profesionales entrevistados del IREMI nos dice:

"- Y tiene que ver mucho con la constitución de los equipos. Hay lugares donde están bien constituidos, como puede ser Newbery, otros lugares donde hay profesionales que trabajan en dos salas, están sobrecargados en distintas salas, entonces nunca pueden como consolidarse en cada uno de los equipos. Y los programas a veces son distintos en distintas salas, porque las comunidades son diferentes también." (Lic. en Psicología del IREMI)

Siguiendo con el planteo de Zas Ros (<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>), otro de los obstáculos que destaca está relacionado "... el carácter "ajeno" o distante de las acciones de prevención para los grupos sociales más favorecidos, de más nivel cultural, intelectual y también de mayor status social (quizás se saivan parcialmente de esto temas como el tabaquismo, la hipertensión y más recientemente el AIDS)." Estos grupos "... no se sienten convocados en las

acciones de prevención que se realizan...” y peor aún, éstas no estarían pensadas para ellos tampoco, lo cual contribuiría a que sigan quedando como “acciones de salud de segunda importancia”, imagen reforzada por la “... representación de que los problemas que aborda son los de la marginalidad o la subjetividad, y... porque es lo único que se puede hacer cuando no hay otros recursos.”

En íntima conexión con lo recién expuesto, aparece otro escollo: “la atención concentrada que han tenido las prácticas de prevención en los grupos extremos o de sintomatología extrema.

Esto es algo de suma importancia cuando pensamos en la extensión y el impacto de las prácticas de prevención de salud. La idea sería: si importantes son los portadores de una "conducta antisalud" para la prevención, más importantes son los que aún no han desarrollado este tipo de comportamiento... Serían estos los grupos de riesgo en el correcto sentido de la palabra, los que aún no están pero pueden estar. Si el fin educativo de la prevención es favorecer la emergencia y desarrollo de un modo de vida saludable, hay que trabajar con los segmentos de población más propensos, los que se encuentran en esos grupos de riesgo probable.

Al decir de Osvaldo Saidón: “El concepto de grupo de riesgo no ha servido más que para legitimar acciones de control y de exclusión social sobre diversos sectores de la población. Se fomenta la idea imaginaria de que existiría una especie de inmortalidad para los puros, o sea para aquellos que están fuera de las situaciones de riesgo...” (Saidón O, 1994, Pág. 17)

Por otro lado, las acciones con fines preventivos también tienen que lidiar con "... la forma MODELAR en que se han concebido las prácticas de salud." (Zas, Ros, B; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>)

En efecto, "... se trata de un paradigma de funcionamiento muy arraigado en todas las prácticas profesionales, especialmente las del Modelo Médico tradicional, según el cual la condición de profesional da una posición de predominio sobre la determinación de las conductas a seguir en una cierta relación por parte de los que serían el objeto de la acción profesional. El lugar del profesional se representa como el lugar del dominio de un modelo a alcanzar (puede ser un modelo teórico, o incluso personal). Se da una díada, donde de una parte está el médico concebido como el único que tiene que saber que es lo que hay que hacer, y de otra parte, el paciente, como el que tiene que hacer lo que le digan...

Este enfoque modelar esconde relaciones de poder- subordinación, dando una suerte de "hegemonismo paradigmático" al médico, y por ende a la comprensión "medicalista" de la enfermedad y la salud. Esto reduce considerablemente la posibilidad de una acción con una participación equiparada y de colaboración, elementos imprescindibles en las acciones de prevención." (Zas, Ros, B; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>)

Continuando por esta vía, nos encontramos con otro obstáculo. Este "... viene dado por el concepto ESTÁTICO del sujeto receptor de la acción de salud. En el caso que nos interesa queda muy claramente establecido en la

denominación de "el paciente", aquél sobre quien recae la acción y cuya función parece ser esperar pacientemente..." (Zas, Ros, B; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>)

Para ir concluyendo este apartado, consideramos importante señalar algunas de las ideas que sostiene Alipio Sánchez Vidal (1996: 337). "En la realidad psico-social y de salud mental (SM),... la prevención no pasa de ser... mucho más que un artículo de fe (y un recurso retórico) generalizado en el ideario de múltiples disciplinas científicas y programas políticos, pero apenas practicado en la realidad, dado el extendido *escepticismo* sobre su factibilidad y eficacia... Como consecuencia de lo cual, el paso de la declaración verbal a la práctica no se da..."

El autor continua diciendo (1996: 338), "Tampoco deben ocultarse- más allá de los problemas técnicos mas superficiales- las dificultades de fondo de la tarea preventiva..., derivadas de su propia naturaleza como filosofía de la acción que se enfrenta a- o entra en contradicción con- tendencias, ideas y valores centrales- y como tales, profundamente arraigados- a la cultura de las sociedades consumistas en que vivimos: visión social globalizada y a largo plazo frente a reparación reactiva *ad hoc* y reticencia a invertir en algo "intangibile", que no produce resultados inmediatos; retraso del deseo y gratificación inmediata en favor de la satisfacción o beneficio (de salud, bienestar, etc.) a largo plazo; contención y moderación del deseo y la acción consumista, frente al consumo inmediato y la realización personal a través de la acción y apoderamiento del entorno, etc."

“De forma que, al final, la lógica... de la prevención no puede evitar cuestionar- y confrontar- ciertas tendencias básicas de la cultura (consumista,... hedonista, del triunfo y la competitividad) actual si quiere ser eficaz y consecuente consigo misma, ya que, en última instancia, la *lógica de la prevención, va contra la corriente* de buena parte de la lógica de la cultura actual.” (Sánchez Vidal, A; 1996: 339)

Finalmente, y a modo de cierre de este apartado, recapitularemos sintéticamente lo trabajado detallando aquellas cuestiones que pensamos actuarían dificultando el desarrollo de las prácticas preventivas en salud.

En principio, entonces, nos encontramos con lo que afirma Zas Ros respecto a que las acciones preventivas continúan reducidas al modelo tradicional de actuación que, por cierto, ha predominado por años y no ha arrojado resultados positivos en este sentido.

A su vez, nos dice que en el imaginario social circula “La imagen de que las acciones de prevención son acciones de salud “pobres” o de segunda importancia, situación que también influye de manera negativa en el desarrollo de la prevención.

Luego, aparecen la demanda de respuestas rápidas y eficaces a corto tiempo frente a los sufrimientos subjetivos y el rol jugado por los laboratorios, los cuales les darían “incentivos” a los profesionales médicos para que receten sus psicofármacos a las personas que los consultan por algún padecimiento.

Seguidamente, podemos situar: “La no consideración de las necesidades existentes en los grupos poblacionales en los cuales se trabaja...”; “... el carácter “ajeno” o distante de las acciones de prevención para los grupos sociales más

favorecidos, de más nivel cultural, intelectual y también de mayor status social"; "la atención concentrada que han tenido las prácticas de prevención en los grupos extremos o de sintomatología extrema"; "... la forma MODELAR en que se han concebido las prácticas de salud" (enfoque modelar que "esconde relaciones de poder-subordinación, dando una suerte de "hegemonismo paradigmático" al médico, y por ende a la comprensión "medicalista" de la enfermedad y la salud"), y el concepto ESTÁTICO del sujeto receptor de la acción de salud.

Por último, tampoco debemos olvidar las características de las actuales "sociedades consumistas" en que vivimos: "... visión social globalizada y a largo plazo frente a reparación reactiva *ad hoc* y reticencia a invertir en algo "intangible", que no produce resultados inmediatos; retraso del deseo y gratificación inmediata en favor de la satisfacción o beneficio (de salud, bienestar, etc.) a largo plazo; contención y moderación del deseo y la acción consumista, frente al consumo inmediato y la realización personal a través de la acción y apoderamiento del entorno, etc." (Sánchez Vidal, A; 1996: 337); características que, al decir del autor, entran en contradicción con los lineamientos básicos de la tarea preventiva, dificultando notablemente su desenvolvimiento.

Prevención Primaria y APS

Consideramos interesante remarcar en esta sección, una tendencia- que observamos en todos los profesionales entrevistados, por cierto- a asociar prevención solo con su nivel primario y a relacionarla estrechamente con la estrategia de Atención Primaria de la Salud, dejando de lado, así, los niveles secundario y terciario.

Citaremos, a título ilustrativo, un fragmento de una de las entrevistas administradas:

“- ... todo lo de prevención y atención primaria lo tiene que hacer municipalidad, y nosotros pasamos a los casos graves, que los asistimos durante un tiempo variable (puede ser un año, dos años) y cuando están estabilizados los derivamos a continuar su tratamiento a la salita periférica mas cercana su casa. Por eso es que no tenemos programas de prevención propiamente dichos.” (Lic. en Psicología del HIEMI)

Desde nuestro punto de vista, y contrariamente a lo que sostienen los profesionales mencionados, creemos que la prevención- al decir de Caplan- puede ser trabajada desde sus tres niveles: “**prevención primaria** que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad”; “**prevención secundaria** que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la **prevención terciaria** que

estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.”

Modelo Médico Hegemónico (MMH)

"Modelando" las Instituciones...

A medida
que fuimos
avanzando en
nuestro trabajo de



campo, realizando las diferentes entrevistas y observaciones en los dos centros de salud pública seleccionados, íbamos corroborando lo que en un principio -etapa preliminar de nuestra investigación- era simplemente una intuición: la **pregnancia del MMH en las prácticas de salud.**

En efecto, por un lado encontramos que las prácticas preventivas podían vislumbrarse como subalternas, secundarias en relación a las curativas; y por el otro, que la concepción de salud que seguía y sigue aún primando en las instituciones, continúa siendo- en líneas generales- de corte biomédico, quedando el "aspecto mental" de la salud también en un segundo lugar.

Por lo tanto, en este anteúltimo capítulo nos proponemos analizar detenidamente estos dos rasgos y algunos otros más que caracterizan estructuralmente al MMH, y que estarían dando cuenta de la vigencia del mismo en relación a las prácticas en Salud Mental y los programas de prevención que observamos en el IREMI y en el HIEMI.

Ahora bien, es importante dejar en claro que cuando hablamos de MMH, lo hacemos "en términos de una construcción metodológica manejada en un alto nivel de abstracción, de tal manera que como todo modelo constituye un

instrumento heurístico para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad." (Menéndez, E; 2004: 24)

Por otro lado, y retomando lo planteado en el marco conceptual, pensamos que "la salud pública en cuanto saber y práctica profesionales constituye una variedad corporativa del... Modelo Médico Hegemónico (MMH)..." (Menéndez, E; 1992: 108), modelo caracterizado por una serie de rasgos que son considerados estructurales y que, al decir del autor, "permiten entender por qué la salud pública se comporta reiteradamente de determinadas maneras,... pese a algunas acciones coyunturales." (Menéndez, E; 1992: 108)

En este sentido, y en función de lo trabajado acerca de las políticas de salud en la Argentina (Ver Políticas de Salud en la Argentina: Perspectiva Histórica), comenzaremos diciendo que a pesar que a lo largo de la historia reciente de nuestro país ha habido períodos en los cuales se le ha dado gran importancia al desarrollo de la Salud Pública (como durante el Estado Benefactor), y otros en los cuales se la ha devastado (última dictadura militar como máximo exponente), podríamos señalar que estas distintas etapas históricas- tan disímiles entre sí-, han estado atravesadas por un mismo denominador común: el MMH.

Como ya adelantamos, nos interesa especialmente intentar pesquisar qué sucede hoy en día en el IREMI y en el HIEMI, para lo cual desglosaremos el "modelo", deteniéndonos en aquellos rasgos que consideramos más significativos para el propósito de nuestro trabajo.

El biologismo: padeceres subjetivos que deben solucionarse a nivel molecular

Empezaremos este recorrido, entonces, por el que Menéndez considera el "rasgo estructural dominante": el biologismo. Escuchemos al autor:

"El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo por lo menos a nivel ideológico- técnico, dado que es el factor que no solo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus... orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica. La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención." (Menéndez, E; 2004: 25. En Spinelli, H)

Más adelante agrega, "Es de la investigación biológica, bioquímica, genética que la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de curación. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico cotidiano, incluida la investigación clínica, pero el mismo aparece como un campo aplicativo y subordinado al campo de investigación que es el que genera las explicaciones y el tipo de fármaco específico a utilizar por los clínicos. El paso a primer plano de la investigación

genética en los últimos 20 años ha reforzado aún más esta tendencia.”
(Menéndez, E; 2004: 25. En Spinelli, H)

Tendencia a la medicalización de los problemas y el lugar de la palabra

Directamente relacionado con esto, encontramos a otro de los rasgos estructurales del MMH: la “tendencia a la medicalización de los problemas.”
(Menéndez, E; 1992: 109)

Menéndez es muy claro cuando afirma que la expansión de la biomedicina “opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente solo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica no solo que los sujetos... vayan asumiendo dichos aconteceres... en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas.” (Menéndez, E; 2004: 23, 24). Esta medicalización supone, por ejemplo, “convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas como fue y es el caso de la hiperkinesis infantil...” (Menéndez, E; 2004: 23, 24. En Spinelli, H)

“- *Estamos constantemente con mayor locura....*

- *¿Psicosis?*

- *Psicosis... ahí entramos en otro conflicto que es la diferencia de diagnóstico con los psiquiatras. (...) Y ahí entramos en al disputa que uno no quiere que se psiquiatrice el chico y que puedan empezar a mermar en la medicación...*" (Lic. en Psicología del HIEMI)

Estas palabras aluden a lo que venimos señalando: "psiquiatrizar al chico" implica medicarlo en pos de reducir aquellos síntomas que molestan, que perturban su "normal" desarrollo.

Dice Galende (2004: 125. En Spinelli, H), "El cuerpo con el que el médico habrá de tratar no es obviamente aquella organización biológica de partida,... sino el entramado subjetivo y social de la misma. Suelen creer algunos médicos que debe des-subjetivarse ese cuerpo para captar en su esencia lo biológico, lo cual consiste en des- historizarlo de sus relaciones múltiples con el otro y con la experiencia existencial del mismo sujeto. Pero se trata solo de un ideal médico reduccionista, orientado por una idea simple de discernir y aislar la causa para la explicación del síntoma, lo cual empobrece la comprensión médica de la enfermedad al fijarla exclusivamente a mecanismos etiopatogénicos que nunca están discernidos ni aislados de la existencia singular del individuo que padece".

En este punto, nos preguntamos: si en general los médicos trabajan con el cuerpo biológico exclusivamente, ¿cómo pensar una interconsulta?, ¿cómo llega el médico a convocar a un profesional de la salud mental entonces?

En principio, retomando los datos obtenidos en las entrevistas administradas a las profesionales del HIEMI, comenzaremos realizando una

gran divisoria de aguas entre: médicos pro-psicología ("*... con una formación más humanista*", "*... que creían en la psicología...*") y médicos anti-psicología.

De esta manera, podríamos suponer que serían los profesionales del primer grupo quienes convocan a los psicólogos para trabajar conjuntamente, en un intento por comprender a ese niño o adolescente que padece, para luego poder intervenir para revertir esa situación.

Entonces, ¿por qué se genera una interconsulta? Entendiéndola como un dispositivo propio de todo hospital general mediante el cual se obtienen las demandas generadas por otros servicios- ya sea en internación o consultorio externo-, podríamos pensar que la demanda de interconsulta se produce en el momento en que algo de lo singular de ese paciente o de la subjetividad del médico entra en juego, cuestionando, interfiriendo en la eficacia de su acto y haciendo desfallecer su saber- en este caso médico- sobre ese paciente. Además, es importante considerar que si se realiza una interconsulta es porque se supone un saber al analista, saber que a la medicina se le escapa, y conduce a convocar al profesional psi.

Hay algo que hace "ruido", entonces.

"Ruido" entre lo general y lo singular. Entre lo que se ve y lo que se escucha. Entre lo que se pide y lo que se da. Entre el enfermo y su enfermedad. Entre el calmante y el dolor que no cesa. Entre lo que el médico espera y lo que el paciente le presenta. Entre lo que el médico presenta y el paciente le espera. Entre "esa" enfermedad que porta "ese" paciente y el límite del conocimiento médico y el propio límite de cada médico.

Hay algo que hace "ruido", entonces, emergencia de lo subjetivo ahí.

Cuestiones éstas, que son necesarias considerar en tanto las prácticas e intervenciones que se dan en este espacio "entre", de cruce de disciplinas, estarán ineludiblemente atravesadas por ellas.

La imbricación es tal, que una de las psicólogas del HIEMI nos dirá:

"- Cuando estos médicos que creían en la psicología se retiran, fue el colapso, porque no se pudo seguir articulando bien con otros médicos." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Mirá yo, ya vieja escéptica, cuando hablan de la interdisciplina, la interdisciplina... yo digo que la interdisciplina son momentos, que funcionamos como interdisciplina, desde mi experiencia. Y después es como "multi"..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

No legitimación científica de otras prácticas

Por otro lado, pero íntimamente vinculado con lo que venimos trabajando, encontramos otro de los rasgos que Menéndez propone como propio del MMH: la "no legitimación científica de otras prácticas." (1992: 109)

"El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/ enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas" (Menéndez, E; 2004: 25. En Spinelli, H)

Creemos sumamente enriquecedor sumar al planteo del autor algunas ideas que Foucault desarrolla respecto al saber- poder médico.

En efecto, "Foucault mostró hace tiempo de qué modo la medicina moderna es fundadora de una nueva objetividad. El positivismo científico y sus criterios de objetividad para el conocimiento, fueron aplicados con éxito al sujeto que sufre, en un principio a los sufrimientos del cuerpo, luego se tratarán de extender,... a otras esferas de la vida. Esta medicina científica inauguró para la experiencia y el conocimiento un nuevo espacio humano: una verdad objetiva sobre nuestra sujeción a la enfermedad y a la muerte, una disciplina que habilita al médico a actuar sobre éstas, un ordenamiento social del saber en el cual esa verdad objetiva es aceptada como constructora de un imaginario social en el cual las significaciones y valores sobre la enfermedad y la muerte se representan como análogas al saber de la medicina.

... Este modo de saber se instaló en todo el mundo moderno occidental,... y constituye hoy el sistema de representaciones con el cual pensamos, aún sin conciencia de ello, nuestra relación con la vida, los sufrimientos, la enfermedad y la muerte. Nuestra relación con las miserias del cuerpo,... el dolor, el deseo mismo, la sexualidad, la muerte, están ahora del lado de la ciencia objetiva, lo demás es mítico, primitivo, salvaje, pre científico, o últimamente "alternativo".

... el médico... se hace depositario del saber y del poder descubrir el mal, enfrentarlo, eliminarlo. Según Foucault, en esto reside el poder del médico sobre la sociedad y la creación de una conciencia médica del mal en el imaginario colectivo."(Galende, E; 2004: 126, 127, 128. En Spinelli, H)

Esta no legitimación y subalternización de otras prácticas que no sean las que el poder médico considera legítimamente fundadas en el saber científico-verdad incuestionable, por cierto- la observamos durante nuestra incursión en las dos instituciones de salud pública seleccionadas, en relación a las prácticas en salud mental.

Así, escuchamos:

"- Si el médico no está convencido, boicotea todas las tareas. Hemos sido convocadas, hace muchísimos años, por enfermería, por los residentes. Por ejemplo, enfermería de obstetricia, los grupos de reflexión generalmente fueron un fracaso porque eran boicoteados desde la estructura médica." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Y eso que contás que sucedía, esa dificultad con los médicos, ¿cómo es actualmente?"

- Es diferente, pero... cuesta, cuesta con algunos médicos, no con todos. Los grupos de reflexión con enfermería - en los '90 - fueron boicoteados totalmente..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Es importantísima la posición que tiene el médico ante el área nuestra". (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- En el '81 empezamos con esos grupos de psicoprofilaxis, a raíz de la demanda de un obstetra, y después oncología también nos pide que empecemos a intervenir." (Lic. en Psicología del HIEMI)

En pocas palabras, durante el transcurso de las entrevistas insistió la idea que para emprender cualquier iniciativa se necesitaba el "visto bueno", la aprobación de los médicos. Las propuestas, entonces, se implementaban porque la demanda surgía de los propios médicos o porque ellos ya habían aprobado la realización de esa actividad.

Por otra parte, creemos importante volver a recordar aquí los datos ya mencionados (Ver "Descripción de las Instituciones de Salud...") en relación a la organización y distribución espacial dentro de las dos instituciones de salud, debido a que consideramos que la manera como está planteada la estructura edilicia también contribuye a reflejar el lugar que cada especialidad ocupa dentro de la misma.

En el HIEMI, el Servicio de Salud Mental no se encuentra en el cuerpo principal y más moderno del hospital, sino enfrente, en otra construcción más antigua que también es parte de éste. El Servicio está en el primer piso y se lo ubica por un cartelito colgado en una de las varias puertas de un interminable y angosto pasillo: Salud Mental.

Pasando ya la puerta, uno se encuentra con una habitación espaciosa subdividida en cinco consultorios, consultorios en los cuales atienden a los niños, los adolescentes y sus familias, las 10 psicólogas que trabajan allí. ¿Diez

psicólogas en cinco pequeños consultorios? Sí, 10 profesionales que deben acomodar sus agendas para no superponer turnos... ni voces.

Decimos voces, porque las divisiones están hechas no por paredes de ladrillos, sino por mamparas de un tipo de vidrio que no permite ver con claridad lo que ocurre adentro de cada consultorio, pero sí escuchar lo que tanto el psicólogo como los pacientes dicen, haciendo "oídos sordos" a la obligación de todo profesional (y derecho de todo paciente) de preservar la privacidad de su paciente en función del secreto profesional.

"- ¿Y la internación a dónde se hace?, preguntamos.

- Bueno, nosotros no tenemos internación propia. Ese es el problema de salud mental. Entonces se internan en unas salitas individuales, que en realidad son para otras patologías, pero generalmente se las dan. Pero ni el personal de enfermería está preparado ni la estructura. Está lleno de ventanas de vidrio, que si son intento de suicidio, impulsividad, eso es de riesgo." (Lic. en Psicología del HIEMI)

Aún no iba a terminar nuestro asombro: el Hospital Infante Juvenil "Carolina Tobar García" (dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y ubicado en el barrio porteño de Barracas) es el único en toda la provincia que tiene un espacio para la internación de los niños menores de 15 años.

Continuemos con la segunda institución: IREMI.

En este caso, Salud Mental tiene destinados varios consultorios, pero en la práctica sólo se les permite usar dos.

¿Cómo que "se les permite usar sólo dos"? Así es. Según lo que pudimos observar, la relación con el cuerpo médico es un tanto complicada: "Acá o trabajás bajando la cabeza y abocándote a tu trabajo o te volvés como ellos", nos dirán.

Toda la entrevista estuvo atravesada por un "ellos" y "nosotros", haciendo referencia a los médicos y a los psicólogos respectivamente.

A su vez, cuando uno ingresa al centro de salud se encuentra con un mostrador en el cual hay una persona encargada de otorgar los turnos para el sector médico. ¿Y para solicitar uno de Salud Mental? El procedimiento sencillamente es el siguiente: se debe acercar hasta la puerta de uno de los dos consultorios que utiliza psicología, tocar la puerta y esperar a que algún profesional que no esté atendiendo a ningún paciente, le otorgue un turno... "Acá es todo casero", nos dirán.

Ahora bien, ¿por qué la persona encargada de otorgar turnos sólo lo hace para el sector médico? La respuesta que nos dieron fue que "no le compete", argumento a su vez brindado por la empleada en cuestión.

Además, un dato común a las dos instituciones, es que en ninguna de ellas se observan carteles colgados en sus paredes que promocionen programas o planes de salud mental. Solo hay anuncios que fomentan las campañas de vacunación para los niños y los controles clínicos periódicos.

Por otro lado, también es importante lo que tienen para contarnos los actores sociales entrevistados en el HiEMi respecto a la jefatura del Servicio de Salud Mental. Usualmente- y así sucede en la mayoría de los casos de toda la provincia de Buenos Aires- el que detenta ese cargo es un médico psiquiatra.

Sin embargo, el hospital de Mar del Plata es una excepción: desde hace más de 15 años quien ocupa ese cargo es una psicóloga.

"- Cuando se fue el jefe nuestro (médico) que se jubiló, por el '89 / '90, quedamos todas psicólogas. Todos los ojos puestos aquí: quién era el jefe. Artículos en distintas revistas médicas de psiquiatría, "qué cómo psicólogas solas". Querían adherimos a neurología. Todos querían acá ser el jefe. Nosotras nos organizamos internamente... Proponemos a XX a dirección y dirección la aceptó. Pero, una cuestión interna bombardeada de todas partes, desde el discurso médico: cómo una psicóloga jefa." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- No podíamos dejar el lugar. Con un miedo terrible porque decían que a los psicólogos nos iban a impugnar a todos... muy persecutorio... Bueno, y empezaron a llover por todas partes impugnaciones... El único caso en toda la provincia fue el de Mar del Plata, creo que hubo otro pero que la destituyeron, y acá quedó XX y por concurso." (Lic. en Psicología del HIEMI)

De esta manera, resulta evidente que los lugares de mayor autoridad en los Servicios de Salud Mental de los hospitales públicos provinciales- como es el caso de las jefaturas-, parecieran reservados exclusivamente para los médicos psiquiatras, quienes también son los únicos que pueden ordenar la internación de una persona (en nuestro caso, de un niño o adolescente) si evalúan que ésta presenta riesgo para sí o para terceros.

Orientación básicamente curativa

Dejando a un lado estos planteos, continuemos con otro de los rasgos del MMH: "orientación básicamente curativa" (Menéndez, E; 1992: 109) en detrimento, por lo tanto, de la preventiva.

En relación a esta temática, ya hemos trabajado ciertas cuestiones en capítulos anteriores: en uno de ellos- *Análisis de los programas: "del dicho al hecho..."*- analizamos los programas preventivos de salud provinciales y municipales destinados a niños y adolescentes; y en el capítulo dedicado a la prevención, nos ocupamos de describir qué piensan los actores sociales entrevistados acerca de las prácticas preventivas, y si estaban actualmente implementando algún programa con tal finalidad.

Los resultados que obtuvimos señalan que los 8 programas de salud- tanto provinciales como municipales- destinados a la población infanto- juvenil, trabajan la prevención pero de manera indirecta, exceptuando sólo dos (ambos municipales) que la trabajan directamente; es decir que entre sus objetivos se manifiesta explícitamente la finalidad preventiva de determinadas acciones.

Por otro lado, nos encontramos con que hoy en día no se estaría implementando ningún programa formal ni no-formal de prevención de Salud Mental en las dos instituciones de salud pública con las cuales trabajamos.

Partiendo de estos datos, agregaremos ahora algunos otros.

En principio, retomaremos lo que nos informó la médica pediatra que se desempeña en la Secretaría de Salud de la Municipalidad local, quien por un lado nos señaló que dicha secretaría recibe el 6% aproximadamente del

presupuesto general, y por otro nos comentó que los fondos destinados para trabajar en prevención son un *"recurso genuinamente del municipio"*.

"Lo que tiene Mar del Plata es que no obtiene la coparticipación provincial acorde al nivel preventivo, porque lo que se coparticipa fundamentalmente es la resolución de la enfermedad, o sea, el período patogénico y no el pre." (Médica pediatra de la Secretaría de Salud Municipal)

De esta manera, y en función de los testimonios recolectados, podríamos inferir que la gran mayoría de ese 6% es destinado a cubrir los sueldos del personal de salud y demás gastos operativos y de funcionamiento, quedando muy poco recurso disponible para invertir en programas específicos de prevención.

Por otra parte, en el HIEMI también obtuvimos respuestas que darían cuenta que el espacio que queda para desarrollar prácticas preventivas es muy poco, ya que la mayor parte del tiempo los profesionales del Servicio de Salud Mental lo tienen ocupado con la urgencia por guardia, la interconsulta y la atención de los niños y adolescentes internados en el hospital: *"Como siempre: lo urgente no deja tiempo para lo Importante"*, nos dirá acertadamente Mafalda.

Escuchemos a los profesionales:

"La urgencia por guardia es la prioridad nuestra en los últimos años..."
(Lic. en Psicología del HIEMI)

"- ¿Y las listas de espera?"

- No tenemos, nunca tuvimos. Ahora no tenemos porque es lo grave..."

(Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Me quedé pensando en lo que comentaste del 2001 respecto a la gente de clase media ocupando lugares en el hospital que por ahí antes ocupaba la gente más humilde. ¿Esa situación se revirtió, cómo es ahora?"

- Ahora tenemos todos los dramas psicológicos y lo social... Tenemos gente que no tiene un mango. Ahora han vuelto a llegar, ¿pero sabés por qué? Porque llegan en lo crítico: que fue violado, que intentos de suicidio, que se agarraron a las piñas a la salida del colegio..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

En este punto quisiéramos detenernos y hacer una pequeña salvedad: en el hospital general, por lo que fuimos observando, el tiempo es el tiempo de la urgencia, todos parecen correr detrás de él. Parece éste, un tiempo que no se deja "sujetar"...

Y la intervención del profesional psicólogo, suele realizarse "unas horas antes de...": una intervención quirúrgica, un alta médica, la enunciación de un diagnóstico fatal.

Sin embargo, creemos que no hay que dejar de intentar abrir la posibilidad de una pregunta. Dar la palabra, aunque el encuentro sea brevísimo, aunque sea "unas horas antes de...", con la convicción de que alguien tenga la oportunidad de hablar de su sufrimiento alguna vez, posibilita algo diferente a no haberlo hecho nunca.

Sostener un lugar para la palabra es dar un paso, paso que es condición de posibilidad para que quede una marca.

Tal vez los médicos y los pacientes con los que se intenta trabajar, puedan retomar alguna vez, a partir de esa marca, sus preguntas...

La asimetría en la relación médico / paciente y la participación pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud

Ahora sí, ocupémonos de los dos últimos rasgos: la "relación médico/paciente asimétrica" (Menéndez, E; 1992: 109) y la "inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud." (Menéndez, E; 1992: 109)

El autor, en otro texto, va a plantear: "Desde por lo menos la década de los '50 diferentes tendencias de la psicología, de la sociología, de la antropología y de la misma biomedicina vienen señalando la importancia de la relación médico- paciente, para el diagnóstico y para el tratamiento, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más simétrica, de incluir no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos." (Menéndez, E; 2004: 26. En Spinelli, H)

Sin embargo, "Encontramos que pese a reconocer las críticas señaladas respecto de las características dominantes en la relación médico- paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios, lo que se desarrolla es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico- paciente y especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente. Es decir, se potencian la

tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica y las dinámicas institucionales actuales que tienden a reforzar dicha orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias."(Menéndez, E; 2004: 27. En Spinelli, H)

En este sentido, es interesante señalar algunos pasajes de las entrevistas que administramos.

"- Aquí adentro íbamos a sala, hacíamos las interconsultas de sala. Por ejemplo, en obstetricia la llegada nuestra era "Aquí vienen las que hacen llorar a las pacientes...", como dichos que se escuchaban... Claro, un paciente que vos te acercás y lo escuchás, claro... pero cuando vos lo tratás como un objeto, ni le das lugar..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

Del ámbito de salud municipal, nos interesa puntuar que al momento de realizar las entrevistas, la secretaría correspondiente sólo contaba con 4 médicos psiquiatras para cubrir la demanda de atención de toda la ciudad. De esta manera- como ya lo explicitamos anteriormente- hallamos que cada profesional tiene a su cargo 5 salas sanitarias, atendiendo un promedio de 20 pacientes por día, a razón de 10 minutos aproximadamente por consulta. ¿De qué clase de atención hablamos? ¿En qué lugar queda la palabra, la posibilidad de que el sujeto pueda dar cuenta de algo de su padecer, de su sufrimiento? Pareciera que los tiempos que corren, "corren" a toda velocidad, y para llegar a cubrir toda la demanda hay que ser rápido y... ¿eficaz?

Es muy probable, entonces, que en esos 10 minutos (y más aun tratándose de niños y adolescentes) sólo haya tiempo para controlar si las dosis de psicofármacos continúan siendo adecuadas o es necesario modificar el tratamiento psicofarmacológico, quedando por fuera, una vez más, la posibilidad de abrir una escucha que vaya más allá del cuerpo biológico.

Nuevamente hacemos nuestras las palabras de Menéndez: "Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico- paciente, es decir la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos." (Menéndez, E; 2004: 28. En Spinelli, H)

De esta manera, y a modo de síntesis, podemos decir que la persona que sufre, que está enferma y necesita atención médica, suele quedar ubicada en una posición de objeto pasivo respecto a quien detenta el poder en esa relación: el profesional. Profesional que suele plantear un vínculo de "... subordinación social y técnica..., que puede llegar a la sumisión." (Menéndez, E; 1992: 109)

¿"Sub- modelo Psicológico Hegemónico?"

Finalmente, y ya para concluir este capítulo, es interesante retomar de las entrevistas otro dato que consideramos significativo: ni en el HIEMI ni en el IREMI hay ninguna persona ni grupo ajeno a la institución (es decir, que no sea planta permanente o personal contratado o se que se encuentre trabajando ad

honorem) desarrollando conjuntamente alguna actividad o colaborando con el equipo de salud mental.

"- *No. Son nada mas los profesionales de planta*", nos respondieron en ambos casos.

Al preguntar el por qué de esta situación, no obtuvimos explicaciones claras de los motivos: silencios, "*las cosas funcionan así...*", "*no habría espacio para todos...*".

Luego, les explicamos nuestro punto de vista: pensábamos que, al haber tantas situaciones conflictivas para abordar y tan poco recurso humano en el sector de salud mental, quizás podría mejorarse la eficiencia en la atención convocando a otros actores sociales interesados en realizar este tipo de tareas sin percibir remuneración económica alguna.

Y en el IREMI especialmente, preguntamos por la posibilidad de incluir en el trabajo de prevención primaria a organizaciones intermedias (ONG, asociaciones civiles sin fines de lucro, etc.) o grupos de extensión de la universidad respecto de los cuales suponemos que estarían de acuerdo en trabajar de esa manera, y que además sabemos que desarrollan sus intervenciones con líneas de trabajo acordes a las propuestas por la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que asume la Municipalidad de General Pueyrredón.

Sin embargo, después de todo este rodeo volvimos a obtener iguales contestaciones.

Entonces nos preguntamos, ¿podemos pensar en algo así como un "Sub- modelo Psicológico Hegemónico? Sub- modelo que también apuntaría a

no legitimar aquellas prácticas, en este caso en el campo de la salud mental, que considera no científicas y que como consecuencia, tiende a subalternizarlas no dándoles espacio para que se generen y puedan implementarse. Dentro de ellas incluimos: las prácticas preventivas; las relacionadas con los abordajes socio- comunitarios; las vinculadas con actividades artísticas (música, artes plásticas, teatro, expresión corporal, danza, etc.), entre otras.

O sea, que las prácticas en salud mental quedan en un claro segundo lugar respecto a las biomédicas, creemos que a esta altura del recorrido está fuera de duda. Ahora, dentro del campo de la salud mental, ¿podríamos pensar que algo de esto está en juego con aquellas prácticas que no responden a la línea teórica predominante en las instituciones de salud pública?

Preguntas que en esta investigación no nos propondremos responder, solo quedarán planteadas para quizás, ser retomadas en un futuro.

"Hay cosas que deben ser dichas suficientes veces..."

Contexto Histórico y Trabajo en Salud Mental: Sus Efectos en la Práctica

*"Ese solo consultorio, con cortinas hechas de una sábana, era el consultorio para psicología."
"Nuestro jefe nos atendía de a una, nada de grupo, una cosa persecutoria y mas vale no decir que éramos psicólogas, tampoco en el afuera."
Psicóloga del HIEMI*

Aunque en este último capítulo de nuestro trabajo nos alejemos un poco de los propósitos y objetivos que nos planteamos en un comienzo, es importante para nosotras poder concluirlo haciendo referencia a ciertas cuestiones que creemos que "... deben ser dichas suficientes veces..." (Sigmund Freud)

Por lo tanto, en este apartado intentaremos transmitir la percepción que los distintos actores sociales entrevistados tienen en relación a cómo el contexto socio-histórico va contribuyendo- y fue contribuyendo- a delinear sus prácticas de salud mental cotidianas. Es decir, apuntamos a pesquisar los efectos del contexto en las acciones de salud.

Ahora bien, aunque nuestras preguntas estaban orientadas a las prácticas de salud mental que hoy en día se desarrollan en el HIEMI y el IREMI, como así también a las repercusiones que tuvo la crisis del 2001- 2002 sobre las mismas, las respuestas que fuimos obteniendo nos sorprendieron. Los profesionales redoblaron la apuesta: sus relatos nos condujeron a los años de la última dictadura militar (1976- 1983).

En efecto, fue recurrente la continua comparación entre los modos de abordar los distintos padecimientos psíquicos en la actualidad y los modos en los que se trabajaba en aquella época.

De esta manera, pensamos que resulta necesario empezar describiendo cómo era la situación social y política en el cual se desarrollaban las acciones en salud durante el llamado "Proceso de Reorganización Nacional" ya que, como dijimos en un principio, "*Hay cosas que deben ser dichas suficientes veces...*"

Veamos qué sucedía en ese entonces... El 24 de marzo de 1976 las Fuerzas Armadas a través de un nuevo golpe de estado toman el poder. Consideramos a este período histórico como aquel en el que se produjo la mayor violación a los derechos humanos en nuestro país, destruyéndose todas las garantías constitucionales y desapareciendo derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la libertad de expresión, etc.

La estrategia política de la Junta Militar fue organizada y sistematizada con el objetivo de eliminar completamente a todos aquellos ("subversivos") que se oponían a sus planes y a sus ideales. De esta manera, los militares instrumentaron un plan represivo de desapariciones, asesinatos, torturas, secuestros y apropiación de niños- hecho inédito en la historia mundial, por cierto-, etc.

Se perseguían y secuestraban a militantes políticos, sindicales, estudiantiles y a todas aquellas personas que eran consideradas "peligrosas" por algún motivo. Cabe aclarar aquí que si bien existieron desapariciones antes de la última dictadura, en ésta la muerte y la tortura se implementaron en forma sistemática como política de estado.

"...el objetivo de la Junta Militar fue incorporar a la Argentina en el proceso de mundialización capitalista. Para esa época se había consolidado en el mundo el predominio del capital financiero sobre el capital productivo... La

banca internacional comenzó a recibir dinero de los países exportadores de petróleo. Dada la imposibilidad de invertirlo en las actividades productivas de los países más desarrollados los cedieron en créditos a los países periféricos, de modo que éstos aumentaron su endeudamiento externo y su dependencia con los organismos financieros internacionales, dando origen de la cuantiosa deuda externa..." (Carpintero, E. y Vainer, A; 2005: 317)

De tal modo, se produce la apertura a las inversiones extranjeras, la destrucción del aparato productivo, la estatización de la deuda externa, el vaciamiento ideológico, etc., todo lo cual trae aparejado elevados índices de desocupación, de miseria y hambre nunca antes registrados.

Aquellos años estuvieron atravesados por ideas revolucionarias-contrarias al orden que se pretendía imponer- en todos los órdenes de la sociedad. Cobran fuerza los movimientos estudiantiles, los movimientos de trabajadores, las organizaciones políticas, las organizaciones de base en los barrios, universidades y fábricas, replanteando cuestiones políticas, sociales y económicas. Además, surgieron nuevos movimientos, como el de sacerdotes del Tercer Mundo, entre otros.

Por otro lado, y focalizando en el ámbito de la Salud Mental, creemos fundamental hacer referencia a los profesionales desaparecidos en dicho campo. Así, Carpintero y Vainer (2005), a partir de una base confeccionada en función de datos cruzados de listas del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), de Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas, de la Subsecretaría de DDHH (Archivo CONADEP) y de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA), afirman que "Los trabajadores

de la Salud Mental desaparecidos suman 110, entre los que se cuentan 21 asistentes sociales, 14 psicopedagogos, 9 psiquiatras, 60 psicólogos y 6 de profesión no aclarada". (2005: 288)

A su vez, como estudiantes de Psicología, no podemos dejar de mencionar que también fueron muchos los alumnos que desaparecieron de ésta y de otras carreras universitarias, como así también estudiantes secundarios, secuestrados en la tristemente célebre "Noche de los Lápices".

Ahora bien, no solo desaparecieron personas, sino también diversas prácticas que los trabajadores del campo de la Salud Mental venían desarrollando desde antes del golpe de estado: dispositivos grupales, prácticas de desmanicomialización, hospitales de día, múltiples prácticas terapéuticas relacionadas con el arte, actividades de formación, entre otras.

En este sentido Alejandro Vainer (2005) afirma:

"Hay dos clases de desaparecidos.

1. Los 110 Trabajadores de Salud Mental y los 66 estudiantes de nuestro medio.

Esta lista, tan larga como dolorosa, de quienes fueron desaparecidos durante la última dictadura. Es necesario recordar que la impunidad del poder les quitó sus vidas. Debemos destacar como símbolo de todos a Beatriz Perosio, la presidenta de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y a Juan Carlos Risau, Secretario Gremial de la Federación Argentina de Psiquiatras.

2. Los otros desaparecidos en Salud Mental.

En el campo de Salud Mental tenemos otros desaparecidos: las teorías y las prácticas que la maquinaria de la dictadura intentó borrar".

"En la década del '70 nos encontrábamos con un sistema manicomial aún sostenido, pero cuestionado por diversas "experiencias piloto" que mostraban que otras formas de pensar y trabajar en nuestro campo eran posibles. Vale mencionar las experiencias de las comunidades terapéuticas... Tanto la experiencia de Raúl Camino en Colonia Federal como la de Dicky Grimson, Miguel Vayo y Alfredo Moffatt en el Hospital Esteves de Lomas de Zamora demostraban que los manicomios de por vida eran una decisión política de los psiquiatras manicomiales. Con menos recursos económicos se podían atender mejor y externar a aquellos pacientes crónicos..."

Por otro lado, se habían logrado implantar los abordajes en Hospitales Generales... Y se habían desarrollado los abordajes grupales y comunitarios para poder atender a toda la población.

También había un movimiento gremial importante: Las Asociaciones de Psicólogos de todo el país luchaban no sólo por defensas gremiales, sino generales. Se había organizado la Confederación de Psicólogos de la República Argentina (COPRA) en 1971..."

Por todo esto decíamos que no sólo hubieron centenares de desaparecidos en el campo de la Salud Mental, sino que todas esas experiencias también fueron "desaparecidas" por un complejo mecanismo.

"La implantación del terror implicó:

1. desarticularlas en el momento, con el Terrorismo de Estado.
2. desprestigiarlas después en la subjetividad y en las viejas y nuevas generaciones para:
3. condenarlas al limbo del olvido finalmente.

Veamos cada paso...

Las "experiencias piloto" en Salud Mental fueron todas cerradas" (Vainer, A; 2005): las comunidades terapéuticas, los trabajos comunitarios y los barriales dejaron de funcionar. Estaban expresamente prohibidas las reuniones de más de tres personas así como las asambleas. Los tratamientos grupales tendieron a desaparecer.

Luego vendría la segunda etapa de este proceso: el desprestigio, el cual, por cierto, suele continuar hasta hoy. "Los servicios de Salud Mental más avanzados fueron atacados especialmente. En el... servicio del Lanús... desapareció Marta Brea, jefa de equipo de Adolescencia y Valentín Barenblit- el jefe que estaba en el lugar de Mauricio Goldenberg (quien a su vez había tenido que exiliarse a principios de 1976 debido a las amenazas a su vida)- estuvo detenido durante un tiempo, exiliándose también en España." (Vainer, A; 2005)

En los hospitales y demás centro de salud del país, comenzaron a producirse cesantías por motivos ideológicos. La dictadura también profundizó el cierre de las Residencias en Salud Mental, el cual había comenzado anteriormente durante la presidencia de Isabel Perón. El objetivo era claro: desarticular la formación de trabajadores en Salud Mental.

"Esto implicó desarticular lo poco o mucho que se venía haciendo contra el edificio de la psiquiatría manicomial, que retomó toda su fuerza... Y se necesitaba fundamentalmente atacar a otros espacios: la desarticulación de los espacios gremiales fue un eje del Terrorismo de Estado para implantar el nuevo modelo económico.

... Debido a las desapariciones y persecuciones fue imposible la continuidad de la Federación Argentina de Psiquiatras; se cerró la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental y su Centro de Docencia e Investigación...

Es de destacar también la lucha de las diferentes Asociaciones de Psicólogos del país no sólo por la demorada "Ley del Psicólogo", sino por los derechos humanos... La inclusión dentro de otras agrupaciones de profesionales y sus intentos de lucha." (Vainer, A; 2005)

Ahora bien, "La destrucción también llegaba a las teorizaciones que ponían en cuestión el estado de cosas. Sólo pudo continuar una psiquiatría biológica-manicomial y un psicoanálisis que negara la determinación social mediante un estructuralismo a-histórico.

El compromiso social fue dejado de lado por las instituciones psicoanalíticas, aunque no así por algunos psicoanalistas que siguieron trabajando, pensando y colaborando con organismos de derechos humanos en el exilio interno o externo.

Los tres pasos de esta operación continúan hasta hoy: terminar, desacreditar y luego hacer desaparecer las teorías y las prácticas anteriores. Así se desvalorizaron los abordajes grupales y comunitarios, el pensar en la sociedad y la política. Todas las experiencias y teorizaciones entraron en un cierto limbo." (Vainer, A; 2005)

De esta manera, en los años '80 y '90 "la hegemonía en nuestro campo intentó hacer como que nada había sucedido y que había que importar las novedades. El mayor de los ejemplos está en los abordajes psiquiátricos farmacológicos, que pretenden hacer pasar toda la subjetividad por un desorden

molecular que debe ser solucionado en ese nivel. Y dejar fuera la memoria de lo producido. En vez de considerar la resocialización y la cantidad de abordajes descubiertos en otras épocas se considera que sólo una medicación (a veces combinada con una psicoterapia) son las claves. Más medicamentos nuevos y caros.

En este punto ya estamos en la actualidad.

Es porque este activo olvido de los desaparecidos físicos y las experiencias tienen un sentido de convalidar un modelo de país y de subjetividad con técnicos en Salud Mental que promuevan la adaptación a este capitalismo financiero...

Por ello, la importancia de retomar la memoria, que no es cualquier memoria, sino una memoria de estas luchas, estas teorizaciones, estas experiencias. No para repetir las, sino para elaborarlas.

Por eso también es necesario rescatar no sólo a los desaparecidos, sino a quienes se enfrentaron a toda esta situación. A quienes resistieron. Los que en ese momento pudieron luchar; los que se exiliaron afuera o dentro del país... Los que seguimos luchando.

Los que tomamos a esta memoria, con el espíritu de esas palabras de Eduardo Galeano, que dice que cuando "de veras está viva, la memoria no contempla la historia, sino que invita a hacerla." (Vainer, A; 2005)

Con ese mismo espíritu, y siguiendo esta misma línea de pensamiento, reproducimos las frases de una de las psicólogas del HIEMI- quien vivió aquellos

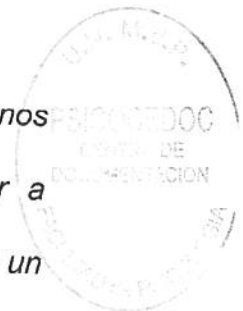
* El resaltado es nuestro

años de terror, desempeñando sus actividades profesionales en dicha institución-, frases que reflejan parte de lo que acabamos de exponer:

"- Este hospital había sido en sus orígenes un hospital general. En el '76 / '77 creo se inaugura el HIGA, entonces todo lo de adultos pasa allí y esto se transforma en materno infantil. Lo poco que había quedado de salud mental, porque estábamos en la época de la dictadura y la gente se había tenido que ir del país, cuando yo entro, entonces, esto estaba totalmente desmembrado."
(Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Cuando yo llego esto era materno infantil y el jefe de psiquiatría de adultos... estaba en plena resistencia y no se pasó al HIGA. El atendía en un consultorio diminuto y había dos o tres psicólogas mas, una sola con experiencia y formación, y éramos tres o cuatro recién recibidas. Ese solo consultorio, con cortinas hechas de una sábana, era el consultorio para psicología. Había una sola psicóloga rentada, las otras estábamos ad honorem. Cuando entré ya recibida, lo hice como "visitante"; después, que fue todo un logro, fui concurrente ad honorem y recién ahí podía atender pacientes sola. Nuestro jefe nos atendía de a una, nada de grupo, una cosa persecutoria y mas vale no decir que éramos psicólogas, tampoco en el afuera." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Seguíamos asistiendo toda la internación y en el '81 más o menos empezamos a hacer pequeñas movidas, muy calladas, como empezar a trabajar en grupo, que no estaban oficialmente declaradas. Empezamos con un



obstetra y 7 / 8 embarazadas, en los peores rincones del hospital por supuesto, con algún grupito de chiquitos para psicoprofilaxis quirúrgica. Con el advenimiento de la democracia en el '83 se puede mostrar la actividad grupal, y ahí sí comenzamos con los grupos que fueron multitudinarios de psicoprofilaxis quirúrgica, de psicoprofilaxis obstétrica." (Lic. en Psicología del HIEMI)

Ahora bien, con la vuelta de la democracia pareciera que ciertos dinamismos, ciertas prácticas en salud mental que habían "desaparecido" dentro del hospital comenzaron, gradualmente, a reaparecer, así como a implementarse otras nuevas:

"- Con la vuelta de al democracia iniciamos lo que se denominó la "Comunidad Terapéutica", con los papás de los chiquitos que atendíamos (una vez x semana, una hora y media). Eran multitudinarias las comunidades terapéuticas." (Lic. en Psicología del HIEMI)

Tiempo después, ya en los albores del siglo XXI- y de esto podemos dar testimonio- nuestro país se vio sacudido por una profunda crisis que atravesó al conjunto de la ciudadanía: la crisis del 2001/ 2002.

"- Ahora bien, la crisis del 2001 fue terrible, la hecatombe, porque claro no podían ni traer a los chicos a tratamiento y venir a otro grupo... fue la caída total.

- ¿O sea que en el 2001 bajó la demanda?

- Claro, porque no podían llegar al hospital. Traen a un chico y son cuatro colectivos como mínimo: la madre y el niño, y eso es la leche o el pan." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Hubo una ruptura total, donde para los que fue creado el hospital, no servía el hospital y empezamos a tener demanda de otro nivel de clase social. Nunca me voy a olvidar cuando una compañera me dijo "¿te diste cuenta las zapatillas que había en el grupo?" Era toda clase media, hijos de profesionales que se habían venido todos a pique y venían a la asistencia al hospital y los pobres no podían llegar." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- Nos vimos sobredemandados por los turnos debido a la caída del sistema de atención del Regional- como consecuencia de la crisis- y una incorporación de la clase media a la atención del IREMI." (Lic. en psicología del IREMI)

Por último, y para finalizar, veamos qué sucede hoy en día:

"- Me quedé pensando en lo que comentaste del 2001 respecto a la gente de clase media ocupando lugares en el hospital que antes ocupaba la gente más humilde. ¿Esa situación se revirtió, cómo es ahora?

- Ahora tenemos todos los dramas psicológicos y lo social... Tenemos gente que no tiene un mango. Ahora han vuelto a llegar, ¿pero sabés por qué?

Porque llegan en lo crítico: que fue violado, que intentos de suicidio, que se agarraron a las piñas a la salida del colegio..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

"- ... luego, se transforma la comunidad terapéutica - que funcionó desde los '90 hasta enero de 2007 mas o menos - en grupo de reflexión, y queda a cargo mío. A él concurrían los papás de los chiquitos en tratamiento..."

Finalmente, le di el corte al grupo porque, como ahora son casos de tanta locura y de tanta gravedad, es como que es un agregado más a los padres para traer a los chicos. Hay chicos que a veces los ves todos los días o tres veces por semana..." (Lic. en Psicología del HIEMI)

Programas y Prácticas de
Prevención de Salud Mental
para Niños y Adolescentes
en las Instituciones de Salud
Pública HIEMI e IREMI de la
Ciudad de Mar del Plata

Conclusión

Luego de todo este recorrido, hemos llegado al final de nuestro trabajo de investigación. Delimitar aquellas cuestiones vinculadas a los programas y a las prácticas preventivas destinadas a la población infanto-juvenil que se desarrollan en dos de las instituciones de salud pública de nuestra ciudad, nos condujo- a lo largo de este derrotero- hacia el lanzamiento de nuevas preguntas y nuevas búsquedas que esperamos nos permitan encontrar otras respuestas para algunas de las problemáticas aquí abordadas.

Veamos entonces qué podemos decir a modo de conclusión.

Las Instituciones y los Equipos de Salud Mental

En principio, es importante mencionar cómo están compuestos los equipos de salud mental del IREMI y del HIEMI, para luego señalar la percepción que tienen los propios profesionales que allí se desempeñan en relación a esta primer temática.

El equipo que funciona en el Instituto Materno Infantil Rómulo Etcheverry (IREMI) está constituido por 10 profesionales: 4 Lic. en Psicología, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

Al momento de realizar las entrevistas, la Secretaría de Salud Municipal- bajo cuya órbita se encuentra este centro de salud- sólo contaba con 4 médicos psiquiatras para cubrir la demanda de toda la ciudad. De esta manera, nos encontramos con que cada psiquiatra tiene a su cargo 5 salas sanitarias, atendiendo un promedio de 20 pacientes por día y con una lista de espera que llega a los dos meses, y en el caso particular del IREMI a los 9 meses.

En cuanto al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. V. Tetamanti (HIEMI), los psicólogos que trabajan en el área de salud mental son 10 y 2 son las psiquiatras infanto-juveniles. Estas dos últimas profesionales están trabajando en el hospital desde hace 1 año una de ellas, y desde hace casi 2 la otra; una lo hace diariamente, mientras que la segunda profesional sólo concurre algunas veces por semana.

Es necesario resaltar que antes que ellas ingresaran, hubo un médico psiquiatra de adultos (sin formación en niños y adolescentes), y luego el hospital atravesó un período en el cual no contaba con ningún profesional de esta especialidad.

Por último, los psicólogos entrevistados en las dos instituciones coincidieron en que:

- la cantidad de psiquiatras que se encuentran trabajando en los equipos de salud mental de ambas instituciones son insuficientes para cubrir toda la demanda.

En el HIEMI, además, los profesionales mostraron cierta inquietud ante la dificultad para conseguir médicos psiquiatras especializados en niños y adolescentes.

Por otro lado, los profesionales del IREMI sostienen que si bien son muchos más los psicólogos que los psiquiatras, es importante considerar que aquellos tienen horarios de trabajo reducidos- módulos de 18 horas semanales-, motivo por el cual evalúan que tampoco son suficientes para dar respuesta a la demanda de atención en las diferentes salas de salud municipales.

-
- el trabajo interdisciplinario al interior de cada equipo se ve seriamente entorpecido por la marcada división entre los discursos psicológico y psiquiátrico.

Los Programas

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires da a conocer en su página Web oficial 25 programas, de los cuales sólo 2- Plan Nacer y Programa de Atención Materno Infantil- están diseñados específica y exclusivamente para niños y adolescentes, representando solamente el 8 % del total.

Respecto a los programas oficiales de la Municipalidad de General Pueyrredón, los destinados específicamente a nuestra población objetivo son 6 (42,85%), sobre un total de 14 (100%).

Por lo tanto:

- 8 son los programas de salud (tanto provinciales como municipales) destinados a la población infanto-juvenil,
- y sólo dos (ambos municipales) trabajan la prevención de manera directa, es decir que entre sus objetivos se manifiesta explícitamente la finalidad preventiva de determinadas acciones. El resto de los programas plantean prácticas preventivas pero de manera indirecta.

Los mencionados proyectos dependientes del municipio local, que representan menos de la mitad de todos los que están diseñados para trabajar con niños y adolescentes (25% aproximadamente), apuntan:

-
- al desarrollo de medidas preventivas de la parasitosis infantil (Programa Nacional de Desparasitación Masiva) y
 - a la generación de “proyectos de promoción, prevención y asistencia tendientes a asegurar la nutrición de la niñez, el cuidado de la salud y la estimulación temprana de todos los niños en situación de vulnerabilidad y riesgo socio– sanitario, desde su concepción en el seno materno” (Programa de Protección del Desarrollo Infantil).

De esta manera, sólo este último trabajaría con un enfoque más integral de la salud, aunque el mayor énfasis aparece puesto en aquellos aspectos relacionados con el “cuerpo biológico”. Sin embargo, podríamos suponer que habría cierto lugar para el despliegue de prácticas propias de salud mental.

Acerca de esto último, es importante señalar que:

- la mayoría de los programas no incluirían entre sus acciones este tipo de prácticas específicas de salud mental (aunque en algunos casos se parta de un modelo de salud más integral), y
- en el único en el que se menciona explícitamente al profesional psicólogo es en el Plan Nacer, al hacer referencia a una posible derivación del niño y/ o su madre en alguna “situación de emergencia”.

Finalmente, resulta interesante destacar que también la mayoría de los programas parten de una concepción biomédica de la salud, sosteniendo un

marcado sesgo biologicista, en detrimento, por lo tanto, de un modelo más integral de la misma.

Prevención

Luego de haber identificado aquellos programas oficiales que plantean entre sus objetivos la prevención, intentamos detectar si alguno de ellos se implementa hoy día en el HIEMI y/ o en el IREMI y si, además, se desarrollaban programas que denominamos “no- formales”.

Obtuvimos como resultado que en ninguna de las dos instituciones se estarían desarrollando programas formales ni no- formales de prevención en Salud Mental para niños y adolescentes.

En cambio, en el HIEMI sí encontramos que en años anteriores se han realizado ciertas prácticas preventivas- como grupos de psicoprofilaxis quirúrgica y obstétrica-, las cuales se lograron implementar de manera conjunta con aquellos médicos que los psicólogos caracterizaron como “pro- psicología” y a raíz de una demanda explícita de ellos.

Asimismo, y también en relación a dicha institución, nos resultó significativa la contradicción, el hiato que observamos entre el nivel discursivo y el de las prácticas preventivas concretas de los profesionales implicados, al cual podríamos pensar como consecuencia de la poca capacitación que reciben los profesionales (por parte del estado provincial, en este caso) sobre acciones de prevención y de salud pública.

A su vez, quisiéramos hacer mención a otra cuestión que consideramos importante para continuar pensando en torno al lugar que se le otorga a la

prevención dentro de las instituciones públicas: en este caso, un hospital provincial y una facultad nacional, la de Psicología. En efecto, a lo largo de nuestra carrera de grado, no tenemos incluida en la curricula la formación obligatoria- ni teórica ni práctica- de abordajes preventivos. Por lo tanto, y del mismo modo que lo que sucede con los psicólogos que se desempeñan en las instituciones de salud públicas, dicha formación queda librada a la voluntad de cada estudiante.

Así, relevamos las siguientes definiciones del concepto “prevención” por parte de esos mismos profesionales:

“- La prevención es un juguete político”. Discursivamente, se utiliza “para tirarse la bola de uno a otro”. Por ejemplo, desde Zona Sanitaria VIII dicen que si desde las salitas trabajaran APS, los hospitales no estarían tan desbordados. En la práctica concreta no se realiza casi nada de prevención.” (Lic. en Psicología del IREMI)

“- La prevención es una moda....” (Lic. en Psicología del HIEMI)

“- La prevención es “la” forma de trabajar en APS... Municipalidad no concibe otra manera de trabajo en los salas sanitarias...” (Médica pediatra de la Secretaría de Salud Municipal)

Ahora bien, en función de los datos que fuimos obteniendo a lo largo de nuestro trabajo de campo y de toda la información bibliográfica recabada,

creemos que estamos en condiciones de poder plantear que las prácticas preventivas no sólo tienen que vérselas con las deficientes y casi nulas capacitaciones que en esta temática ofrecen los organismos estatales correspondientes, sino que, lamentablemente, son muchos más los obstáculos que dificultan su implementación:

- En principio, entonces, nos encontramos con lo que afirma la Msc. Bárbara Zas Ros respecto a que las acciones preventivas continúan reducidas al modelo tradicional de actuación que, por cierto, ha predominado por años y no ha arrojado resultados positivos en este sentido: poca importancia e interés de los profesionales médicos por las tareas propias de la prevención; desprofesionalización de las acciones de prevención; estilos de actuación impropios a los fines reales y esenciales de la prevención; subvaloración de las prácticas de prevención y predominio de un modelo "médico centrista" autocrático, que no propende a la participación."
- Nos dice, también, que en el imaginario social circula "La imagen de que las acciones de prevención son acciones de salud "pobres" o de segunda importancia, situación que también influye de manera negativa en el desarrollo de la prevención.
- Luego, aparecen la demanda de respuestas rápidas y eficaces a corto tiempo frente a los sufrimientos subjetivos y el rol jugado por los laboratorios, los cuales les darían "incentivos" a los profesionales médicos para que receten sus psicofármacos a las personas que los consultan por algún padecimiento.

- Seguidamente, podemos situar: “La no consideración de las necesidades existentes en los grupos poblacionales en los cuales se trabaja...”; “... el carácter "ajeno" o distante de las acciones de prevención para los grupos sociales más favorecidos, de más nivel cultural, intelectual y también de mayor status social”; “la atención concentrada que han tenido las prácticas de prevención en los grupos extremos o de sintomatología extrema”; “... la forma MODELAR en que se han concebido las prácticas de salud” (enfoque modelar que “esconde relaciones de poder-subordinación, dando una suerte de "hegemonismo paradigmático" al médico, y por ende a la comprensión "medicalista" de la enfermedad y la salud”), y el concepto ESTÁTICO del sujeto receptor de la acción de salud.
- Por último, tampoco debemos olvidar las características de las actuales “sociedades consumistas” en que vivimos: “... visión social globalizada y a largo plazo frente a reparación reactiva *ad hoc* y reticencia a invertir en algo “intangible”, que no produce resultados inmediatos; retraso del deseo y gratificación inmediata en favor de la satisfacción o beneficio (de salud, bienestar, etc.) a largo plazo; contención y moderación del deseo y la acción consumista, frente al consumo inmediato y la realización personal a través de la acción y apoderamiento del entorno, etc.” (Sánchez Vidal, A; 1996: 337); características que, al decir del autor, entran en contradicción con los lineamientos básicos de la tarea preventiva, dificultando notablemente su desenvolvimiento.

Por otro lado, consideramos importante mencionar una tendencia -que observamos en todos los profesionales entrevistados, por cierto- a asociar prevención solo con su nivel primario y a relacionarla estrechamente con la estrategia de Atención Primaria de la Salud, dejando de lado, así, los niveles secundario y terciario.

Desde nuestro punto de vista, y contrariamente a ese planteo, creemos que la prevención- al decir de Caplan- puede ser trabajada desde sus tres niveles: "**prevención primaria** que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad"; "**prevención secundaria** que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la **prevención terciaria** que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social."

En este sentido, podríamos especular que la tendencia indicada también actuaría obstaculizando la puesta en práctica de acciones preventivas en otros niveles de atención que no sea el primario.

A efectos de continuar por esta misma vía, pensamos que cabe incluir aquí- formando parte de los "obstáculos a la prevención"- al denominado Modelo Médico Hegemónico.

Precisamente, en nuestra incursión en las dos instituciones de salud pública, pudimos observar ciertos rasgos propios del MMH, los cuales estarían dando cuenta de la vigencia del mismo y de su influencia- negativa, por cierto- sobre las acciones en salud mental y sobre los programas de prevención: el biologismo; la tendencia a la medicalización de los problemas; la no legitimación científica de otras prácticas; la orientación básicamente curativa (en detrimento,

por lo tanto, de la preventiva); la asimetría en la relación médico / paciente y la participación pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud.

Por otra parte, es interesante retomar de las entrevistas otro dato que consideramos significativo: ni en el HIEMI ni en el IREMI hay ninguna persona ni grupo ajeno a la institución (es decir, que no sea planta permanente o personal contratado o ~~se~~ que se encuentre trabajando ad honorem) desarrollando conjuntamente alguna actividad o colaborando con el equipo de salud mental.

Las explicaciones vinculadas a esta situación, que obtuvimos de parte de los actores sociales entrevistados, fueron muy poco esclarecedoras: silencios, “*las cosas funcionan así...*”, o simplemente “*no habría espacio para todos...*”.

Abrimos una pregunta aquí: ¿podemos pensar en algo así como un “Sub-modelo Psicológico Hegemónico? Sub-modelo que, del mismo modo que el MMH, apuntaría a no legitimar aquellas prácticas -en este caso dentro del campo de la salud mental- que considera no científicas y que, como consecuencia, tiende a subalternizarlas no dándoles espacio para que se desarrollen y puedan implementarse. Dentro de éstas incluimos: las acciones preventivas; las relacionadas con los abordajes socio-comunitarios; las vinculadas con actividades artísticas (música, artes plásticas, teatro, expresión corporal, danza, etc.), entre otras.

O sea, que las prácticas en salud mental quedan en un claro segundo lugar respecto a las biomédicas, creemos que está fuera de duda. Ahora, dentro del ámbito de la salud mental, ¿podríamos pensar que algo de esto está en juego con aquellas prácticas que no responden a la línea teórica predominante en las instituciones de salud pública?

Para ir finalizando ya, aspiramos a dejar planteados otros interrogantes que fueron surgiendo mientras realizábamos nuestro trabajo, interrogantes que en esta tesis no nos propondremos responder y que, por lo tanto, quedarán esbozados para quizás ser retomados en alguna futura investigación:

- ¿Porque hay tanta resistencia por parte de los psiquiatras a trabajar en el ámbito de salud pública?
- ¿Cómo se da la articulación en el sector salud de nuestra ciudad entre los niveles de atención municipal y provincial?

Por último, una vez más hacemos nuestras las palabras de Silvina Malvárez, palabras con las cuales quisiéramos cerrar nuestro trabajo, con el anhelo profundo de que éste haya contribuido, aunque sea un poco, a desnaturalizar ciertas situaciones, destejiendo sus tramas para poder modificarlas y luego volver a tejerlas...

“En orden a su dimensión política es menester intervenir en las relaciones entre Estado y Sociedad y convertir a la **salud mental** en una **cuestión social*** que se incluya en la agenda de los poderes legislativos, ejecutivo y judicial y en la de los movimientos sociales y sindicales. Así mismo, es preciso discutir y transformar el aparato jurídico legal legitimador...

En cuanto a la dimensión científico- técnica, es necesario discutir el paradigma dominante y modificar los modos de concebir a la salud y a la enfermedad mental, en orden a la naturaleza humana individual y social y principalmente identificar los obstáculos que impiden transformar ese pensamiento” (1996: 13) (y sobre los cuales esperamos haber arrojado aunque

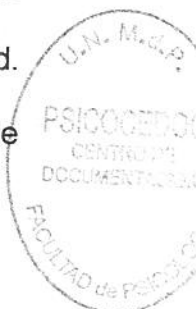
* El resaltado es nuestro

sea un haz de luz). "Se precisa reconocer que los problemas prioritarios y prevalentes de la salud mental son otros distintos que los que refieren las categorías convencionales." (1996: 13)

"Así mismo, es necesario poner en cuestión los modos de creación y transmisión del conocimiento y orientarlos hacia formas que incluyan al sujeto-científico y sujeto-trabajador de salud mental, con sus dimensiones afectivas, intelectivas, comunicacionales, políticas, éticas, estéticas y operativas, como hacedores y potenciales transformadores de este estado de cosas.

La formación y capacitación de personal de salud mental constituye un elemento estructurante del modelo de servicios que se presta, en consecuencia, debe estar orientada, no solo al análisis crítico del modelo psiquiátrico predominante, sino en especial a la transformación de conceptos y prácticas, servicios, políticas y legislación en salud mental, en orden a la generación de una respuesta social ética y responsable.

La atención integral de la salud mental incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico técnicas, económico-políticas, legislativas, éticas, estéticas y organizacionales que suponen una visión completa de la vida del sujeto y la dinámica social. Dicha atención merece ser orientada hacia el establecimiento de redes de servicio que substituyan el modelo asilar de la psiquiatría, que se caracterice por la diversificación y cualificación de las prestaciones sanitarias y que incluya a los distintos sectores de la comunidad. Los servicios de salud mental han de constituirse en centros de producción de salud, de vida y de ciudadanía.



En ese sentido, las organizaciones imperantes deben ser revisadas, buscándose sistemas de servicios que den respuesta integral a los problemas de la salud mental, servicios predominantemente comunitarios que se ocupen de manera principal de al promoción de al salud mental y de al intervención en las crisis en sus distintos ámbitos (familiar, escolar, recreativo, hospitalario, cultural, religioso, etc.), como también han de ocuparse de la identificación y atención de grupos de riesgo. Los hospitales generales pueden ser el continente de situaciones que superen las posibilidades comunitarias, mientras que los hospitales psiquiátricos pueden constituirse en focos de preocupación sanitaria para su substitución progresiva.

La salud mental es un problema social y como tal debe ser analizado y abordado estratégicamente desde las distintas dimensiones sociales de la cultura, la política, el conocimiento y la organización. Frente a la asustante y compleja realidad epidemiológica, sólo un esfuerzo mancomunado de las sociedades puede generar estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos de al Región.” (1996: 13, 14)

Programas y Prácticas de
Prevención de Salud Mental
para Niños y Adolescentes
en las Instituciones de Salud
Pública HIEMI e IREMI de la
Ciudad de Mar del Plata

A p é n d i c e

Declaración Universal de los Derechos Humanos

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto completo figura en las páginas siguientes. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios".

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión;

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y

Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

La Asamblea General

proclama la presente

Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

Declaración de los Derechos del Niño

Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959

Preámbulo

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Considerando que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición,

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento,

Considerando que la necesidad de esa protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño,

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle,

La Asamblea General,

Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

Principio 1

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.



Principio 2

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma



saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Principio 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.



Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social.

Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Principio 5

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.



Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.



Principio 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su

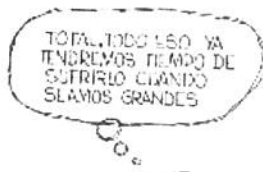
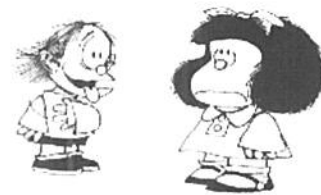
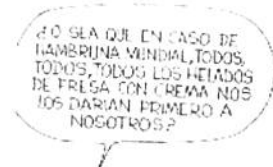


educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Principio 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

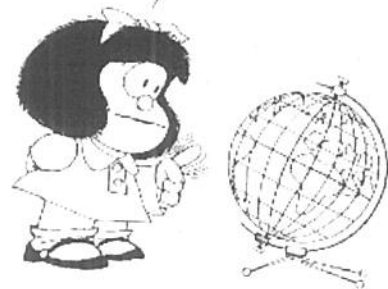
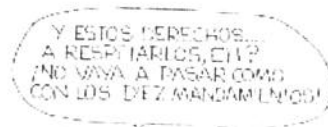


Principio 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio 10

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.



1990 - Ley Nacional 23.849Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

Sancionada: Septiembre 27 de 1990. Hecho: Octubre de 1990

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. Sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1: Apruébase la **Convención sobre los Derechos del niño aceptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York (Estados Unidos de América) el 20 de noviembre de 1989**, que consta de cincuenta y cuatro (54) artículos, cuya fotocopia autenticada en idioma español forma parte de la presente ley.

Artículo 2: Al ratificar la Convención deberán formularse las siguientes **reservas y declaraciones:** La República Argentina hace reserva de los incisos **b), c), d) y e)** del **artículo 21** de la Convención sobre los Derechos del Niño y manifiesta que no regirán en su jurisdicción por entender que, para aplicarlos, debe contarse previamente con un riguroso mecanismo de protección legal del Niño en materia de adopción internacional, a fin de impedir su tráfico y venta.

Con relación al **artículo 1:** de la Convención sobre los Derechos del Niño, la República Argentina declara que el mismo debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad.

Con relación al **artículo 24** inciso **f)** de la Convención sobre los Derechos del Niño, la República Argentina, considerando que las cuestiones vinculadas con la planificación familiar atañen a los padres de manera indelegable de

acuerdo a principios éticos y morales, interpreta que es obligación de los Estados, en el marco de este Artículo, adoptar las medidas apropiadas para la orientación a los padres y la educación para la paternidad responsable.

Con relación al **artículo 38** de la Convención sobre los Derechos del Niño, la República Argentina declara que es su deseo que la Convención hubiese prohibido terminantemente la utilización de niños en los conflictos armados, tal como estipula su derecho interno el cual, en virtud del **artículo 41**, continuará aplicando en la materia.

Artículo 3: Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional. Alberto R. Pierri, Eduardo Menem, Esther H. Pereyra Arandia de Pérez Pardo y Hugo R. Flombaum.

Dada en la sala de sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veintisiete días del mes de septiembre

1989 - Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

Preámbulo

Los Estados Parte en la Convención, considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base al reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

Teniendo presente que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre y de la

dignidad y el valor de la persona humana, y que han decidido promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto mas amplio de libertad.

Reconociendo que las Naciones Unidas han proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por ejemplo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

Convencidos de que la familia, como elemento básico de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de una familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

Considerando que el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad.

Teniendo presente, que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por las Naciones Unidas en 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento."

Recordando lo dispuesto en la Declaración sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños con particular referencia a la adopción y colocación en hogares de guarda en los planos nacional e internacional (resolución 41 / 85 de la Asamblea General, del 3 de diciembre de 1986), las Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores ("Reglas de Beijing") (resolución 40 / 33 de la Asamblea General, del 29 de noviembre de 1985), y la Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado (resolución 3.318 [XXIX] de la Asamblea General, del 14 de diciembre de 1974).

Reconociendo que en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles y que en esos niños necesitan especial consideración.

Teniendo debidamente en cuenta la importancia de las tradiciones y los valores culturales de cada pueblo en la protección y el desarrollo armonioso del niño.

Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo. Han convenido lo siguiente:

Parte I

Artículo 1

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2

1. Los Estados Partes en la presente Convención respetarán los derechos enunciados en esta Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus tutores.

2. Los estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar que el niño sea protegido contra toda forma de discriminación o castigo

por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, de sus tutores o de sus familiares.

Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños, que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos una consideración primordial a que se atenderá será el Interés Superior Del Niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se aseguran de que las instituciones, servicios e instalaciones responsables del cuidado o la protección de los niños se ajusten a las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número e idoneidad de su personal y supervisión competente.

Artículo 4

Los Estados partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole apropiadas para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas de conformidad con los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de cooperación internacional.

Artículo 5

Los Estados Partes respetaran las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres, o en su caso, de los familiares o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño, de impartirle - en consonancia con la evolución de sus facultades - dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 7

1. El niño será registrado inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde éste a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apatriado.

Artículo 8

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, nombre y relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de alguno de sus elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

Artículo 9

1. Los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en caso particular, por ejemplo, en un caso en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando estos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.
2. En cualquier procedimiento entablado de conformidad con el párrafo 1, se ofrecerá a todas las partes interesadas la oportunidad de participar en él y de dar a conocer sus opiniones.
3. Los estados Partes respetarán el derecho del niño que esté separado de uno o de ambos padres a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular, salvo si ello es contrario al interés superior del niño.
4. Cuando esa separación sea resultado de una medida adoptada por un Estado Parte, como la detención, el encarcelamiento, el exilio, la deportación o el fallecimiento (incluido el fallecimiento debido a cualquier causa mientras la persona este encarcelada por el Estado) de uno de los padres o de ambos o bien del niño, el Estado Parte proporcionará cuando se le pida, a los padres, al

niño, o si procede, a otro familiar, información básica acerca del paradero del familiar o familiares ausentes, a no ser que ello resultase perjudicial para el bienestar del niño. Los Estados Partes se cercioraran además, de que la presentación de tal petición no entrañe por si misma consecuencias desfavorables para la persona o personas interesadas.

Artículo 10

1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes, a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del Artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de el a los efectos de la reunión de la familia, será atendida por los Estados Partes de manera favorable, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán además, que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionantes ni para sus familiares.

2. El niño cuyos padres residan en los Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente - salvo en circunstancias excepcionales - relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del PARRAFO 1 DEL Artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral pública o los derechos y libertades de otras personas y estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención.

Artículo 11

1. Los Estados Partes adoptarán medidas para luchar contra los traslados ilícitos de niños al extranjero y la retención ilícita de niños en el extranjero.

2. Para este fin, los Estados Partes promoverán la conclusión de acuerdos bilaterales o multilaterales o la adhesión a acuerdos existentes.

Artículo 12

1. Los Estados Partes en la presente Convención garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debida cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

2. Con tal fin, se dará en particular al niño la oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 13

1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión, ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir información e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño.

2. El ejercicio de tal derecho podrá estar sujeto a ciertas restricciones, que serán únicamente las que la ley prevea y sean necesarias: a) Para el respeto de los derechos o la reputación de los demás; o b) Para la protección de

la seguridad nacional o el orden público, o para proteger la salud o la moral públicas.

Artículo 14

1. Los Estados Partes respetarán el derecho del niño a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.

2. Los Estados Partes respetarán los derechos de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades.

3. La libertad de manifestar su religión o sus creencias sólo podrá ser objeto de las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Artículo 15

1. Los Estados partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas.

2. No se impondrán restricciones al ejercicio de estos derechos distintas de las establecidas en conformidad con la ley y que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional o pública, el orden público, la protección de la salud y la moral públicas o la protección de los derechos y libertades de los demás.

Artículo 16

1. Los estados Partes reconocen el derecho del niño a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 17

1. Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación social y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental. Con tal objeto, los Estados Partes:

- a) Alentarán a los medios de comunicación de masas a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del Artículo 29;
- b) Promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales;
- c) Alentarán la producción y difusión de libros para niños;
- d) Alentarán a los medios de comunicación de masas a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño pertinente a un grupo minoritario o que sea indígena;
- e) Promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar, teniendo en cuenta las disposiciones de los artículos 13 y 18.

Artículo 18

1. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los tutores la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño y su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en esta Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los tutores para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de los niños a los que puedan acogerse.

Artículo 19

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberán comprender, según corresponda, procedimientos eficaces, para el establecimiento de programas sociales con el objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y otra identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los

casos antes descritos de los malos tratos al niño, y según corresponda, la intervención judicial.

Artículo 20

1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.

2. Los Estados Partes asegurarán, de conformidad con sus leyes nacionales, otros tipo de cuidado para estos niños.

3. Entre estos cuidados figurarán, entre otras cosas, la colocación en otra familia, la Kafala del derecho islámico, la adopción, o de ser necesario la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores. Al considerar las soluciones, se prestará particular atención a la conveniencia de que haya continuidad en la educación del niño y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico.

Artículo 21

Los Estados que reconocen y / o permiten el sistema de adopción, cuidarán de que el interés superior del niño sea la consideración primordial y

a) Velarán por que la adopción del niño sólo sea autorizada por las autoridades competentes, las cuales determinaran con arreglo a las leyes y los procedimientos aplicables sobre la base de toda información pertinente y fidedigna, que la adopción es admisible en vista de la situación jurídica del niño en relación con sus padres, parientes y tutores, y que, cuando así se requiera, las personas interesadas hayan dado con conocimiento de causa su

consentimiento a la adopción sobre la base del asesoramiento que pueda ser necesario;

b) Reconocerán que la adopción por personas que residan en otro país, puede ser considerada como otra forma de cuidar al niño, en el caso de que éste no pueda ser colocado en un hogar de guarda o entregado a una familia adoptiva o no pueda ser atendido de manera adecuada en el país de origen:

c) Velarán porque el niño objeto de adopción en otro país goce de salvaguardas y normas equivalentes a las existentes respecto de la adopción por personas que residan en el mismo país;

d) Adoptarán todas las medidas apropiadas para garantizar que, en el caso de adopción por personas que residan en otro país, la colocación no dé lugar a beneficios financieros indebidos para quienes participan en ella;

e) Promoverán, cuando corresponda, los objetivos del presente Artículo mediante la concertación de arreglos o acuerdos bilaterales o multilaterales y se esforzarán, dentro de ese marco, por garantizar que la colocación del niño en otro país se efectúe por medio de las autoridades u organismos competentes.

Artículo 22

1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño solicite el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables, reciba - tanto si ésta solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona - la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para que disfrute de los derechos pertinentes enunciados en esta Convención y

en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.

2. A tal efecto, los Estados Partes cooperarán en la forma que estimen apropiadas, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones internacionales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a tal niño y localizar a los padres o a otros miembros de la familia de todo niño refugiado, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se puede localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanentemente o temporalmente de su medio familiar, por cualquier motivo, como se dispone en la presente Convención.

Artículo 23

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a si mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al PÁRRAFO 2 será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios en forma conducente a que el niño logre la integración individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de la información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimiento y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del mas alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzaran por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y - en particular - adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de tecnologías de fácil acceso y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria apropiada a las mujeres embarazadas.
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de estos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención preventiva de la salud, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en este Artículo .

A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de salud física o mental, o un examen periódico del tratamiento a que este sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26

1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social incluso del seguro social y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con la legislación nacional.

2. Las prestaciones deberán concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño en su nombre.

Artículo 27

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.



2. A los padres y otras personas responsables por el niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. 3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho, y en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga responsabilidad financiera por el niño resida en un país diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

Artículo 28

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, con objeto de conseguir progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho, deberán en particular:

- a) Implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos;
- b) Fomentar el desarrollo, en sus distintas formas de la enseñanza secundaria, incluida la enseñanza general y profesional, hacer que dispongan de ella y tengan acceso a ella todos los niños y adoptar medidas apropiadas

tales como la implantación de la enseñanza gratuita y la concesión de asistencia financiera en caso de necesidad;

c) Hacer la enseñanza superior accesible a todos, sobre la base de la capacidad, por cuantos medios sean apropiados;

d) Hacer disponibles y accesibles a todos los niños la información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales;

e) Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de abandono escolar.

2. Los Estados Partes adoptarán cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar sea administrada de modo compatible con la dignidad humana y de conformidad con la presente Convención.

3. Los Estados Partes fomentarán y alentarán la cooperación internacional en cuestiones de educación, en particular a fin de contribuir a eliminar la ignorancia y el analfabetismo en todo el mundo y a facilitar el acceso a los conocimientos técnicos y a los métodos modernos de enseñanza. A este respecto se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 29

1. Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:

a) El desarrollo de la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta su máximo potencial;

b) El desarrollo del respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales y de los principios consagrados en la Carta de las Naciones Unidas;

c) El desarrollo del respeto de los padres del niño, de su propia identidad cultural, de su idioma y de sus valores, de los valores, de los valores nacionales del país en que vive el niño, del país de que sea originario y de las civilizaciones distintas de la suya;

d) La preparación del niño para una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena;

e) El desarrollo del respeto del medio ambiente natural.

2. Nada de lo dispuesto en este Artículo , o en el Artículo 28, se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares o de las entidades para establecer y dirigir las instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 de este Artículo y de que la educación impartida en tales instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el estado.

Artículo 30

En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena, el derecho le corresponde en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y a practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

Artículo 31

1. Los Estados partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas apropiadas para su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

2. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

Artículo 32

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para la salud o para el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

2. Los Estados Partes adoptarán medidas legislativas y administrativas, sociales y educacionales para asegurar la aplicación de este Artículo . Con ese propósito y teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales, los Estados Partes, en particular:

- a) Fijaran edad o edades mínimas para trabajar;
- b) Dispondrán la reglamentación apropiada de los horarios o condiciones de trabajo; y
- c) Estipularán las penalidades u otras sanciones apropiadas para asegurar la aplicación eficaz de este Artículo.

Artículo 33

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluso medidas legislativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños del uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados

internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice niños en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias.

Artículo 34

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarios para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Artículo 35

Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter nacional bilateral y multilateral que sean necesarios para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin o en cualquier forma.

Artículo 36

Los Estados Partes en la presente Convención protegerán al niño contra todas las otras formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar.

Artículo 37

Los Estados Partes velarán por que:

- a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, no se impondrá la pena capital ni la de

prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad;

b) Ningún niño será privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, encarcelamiento o prisión de un niño se utilizará tan solo como medida de último recurso y durante el período mas breve que proceda;

c) Todo niño privado de su libertad será tratado con la humanidad y respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tengan en cuenta las necesidades físicas, sociales, culturales, morales y psicológicas de las personas de su edad. En particular, todo niño privado de su libertad será separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales;

d) Todo niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal u otra autoridad competente, imparcial e independiente, y a una pronta decisión sobre dicha acción.

Artículo 38

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar y velar por que se respeten las normas del derecho internacional humanitario que son aplicables a ellos en los conflictos armados, que sean pertinentes para el niño.

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar que las personas que aún no hayan cumplido los 15 años de edad no participen directamente en las hostilidades.

3. Los Estados Partes se abstendrán de reclutar en las fuerzas armadas a las personas que no hayan cumplido los 15 años de edad. Si reclutan personas mayores de 15 años, pero menores de 18, los Estados Partes procuraran dar prioridad a los de mas edad.

4. De conformidad con las obligaciones derivadas del derecho internacional humanitario de proteger a la población civil durante los conflictos armados, los Estados Partes adoptarán todas las medidas posibles para asegurar la protección y el cuidado de los niños afectados por un conflicto armado.

Artículo 39

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación, abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de si mismo y la dignidad del niño.

Artículo 40

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño que sea considerado, acusado o declarado culpable de infringir las leyes penales a ser tratado de manera acorde con el fomento de su sentido de la dignidad y el valor que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades

fundamentales de terceros y en la que se tenga en cuenta la edad del niño y la importancia de promover la reintegración del niño y de que éste asuma una función constructiva en la sociedad.

2. Con ese fin, y habida cuenta de las disposiciones pertinentes de los instrumentos internacionales, los Estados Partes garantizarán, en particular que:

a) Ningún niño sea considerado, acusado o declarado culpable de infringir las leyes penales por actos u omisiones que no estaban prohibidas por las leyes nacionales o internacionales en el momento en que se cometieron.

b) El niño considerado culpable o acusado de infringir las leyes penales tenga, por lo menos, las siguientes garantías:

I) Será presumido inocente mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley;

II) Será informado sin demora y directamente de los cargos que pesan contra él, y en casos apropiados, por intermedio de sus padres o su tutor, y dispondrá de asistencia adecuada en la preparación y presentación de su defensa;

III) La causa será dirimida sin demora por una autoridad u órgano judicial competente independiente e imparcial en una audiencia equitativa conforme a la ley en presencia de un asesor jurídico u otro tipo de asesor adecuado, a menos que se considere que ello sería contrario al mejor interés del niño, teniendo en cuenta en particular su edad o situación, sus padres o tutores;

IV) No será obligado a prestar testimonio o declararse culpable, y podrá interrogar o hacer que se interroge a testigos de cargo y obtener la participación e interrogatorio de testigos en su favor en condiciones de igualdad;

V) En caso de que se considere que ha infringido las leyes penales, esta decisión y toda medida impuesta como consecuencia de la misma será sometida a una autoridad u órgano judicial superior competente, independiente e imparcial, conforme a lo prescrito por la ley;

VI) El niño tendrá libre asistencia de un intérprete si no comprende o no habla el idioma utilizado;

VII) Se respetará plenamente su vida privada en todas las fases del procedimiento.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para promover el establecimiento de leyes, procedimientos, autoridades e instituciones aplicables específicamente a los niños que sean considerados, acusados o declarados culpables de infringir las leyes penales y, en particular, examinarán:

a) La posibilidad de establecer una edad mínima antes de la cual se supondrá que los niños no tienen capacidad para infringir las leyes penales;

b) Siempre que sea apropiado, la conveniencia de tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales, respetando plenamente los derechos humanos y las salvaguardas jurídicas.

4. Se dispondrá de diversas disposiciones, tales como el cuidado, las órdenes de orientación y supervisión, el asesoramiento, la libertad vigilada, la colocación familiar, los programas de enseñanza y formación profesional, así como otras posibilidades alternativas a la internación en instituciones, asegurándose de que los niños sean tratados de manera apropiada para su

bienestar y que guarde proporción tanto con las circunstancias como con el delito.

Artículo 41

Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:

- a) El derecho de un Estado Parte, o
- b) El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado.

Parte II

Artículo 42

Los Estados Partes se comprometen a dar a conocer ampliamente los principios y disposiciones de la Convención por medios eficaces y apropiados, tanto a los adultos como a los niños.

Artículo 43

1. Con la finalidad de examinar los progresos realizados en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados Partes en la presente Convención, se establecerá un Comité de los Derechos del Niño que desempeñará las funciones que a continuación se estipulan.

2. El Comité estará integrado por diez expertos de gran integridad moral y reconocida competencia en las esferas reguladas por la Convención. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funciones a título personal, teniéndose en cuenta la distribución geográfica, así como los principales sistemas jurídicos.

3. Los miembros del Comité serán elegidos, en votación secreta, de una lista de personas designadas por los Estados Partes. Cada Estado podrá designar una persona escogida entre sus propios nacionales.

4. La elección inicial se celebrará a mas tardar seis meses después de la entrada en vigor de la presente Convención y ulteriormente cada dos años. Con cuatro meses como mínimo, de antelación respecto de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándoles a que presenten sus candidaturas en un plazo de dos meses. El Secretario general preparará después una lista en la que figurarán por orden alfabético todos los candidatos propuestos, con indicación de los Estados Partes que les hayan designado, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

5. Las elecciones se celebrarán en una reunión de los Estados Partes convocada por el Secretario General en la Sede de las Naciones Unidas. En esa reunión, en la que la presencia de dos tercios de los Estados Partes constituirá quórum, las personas seleccionadas para formar parte del Comité serán aquellos candidatos que obtengan el mayor número de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes .

6. Los miembros del Comité serán elegidos por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. El mandato de cinco de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de efectuada la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de efectuada la primera elección, el

Presidente de la reunión en que ésta se celebre elegirá por sorteo los nombres de esos cinco miembros.

7. Si un miembro del Comité muere o dimite o declara que por cualquier otra causa no puede seguir desempeñando sus funciones en el Comité, el Estado Parte que propuso a ese miembro designará entre sus propios nacionales a otro experto para ejercer el mandato hasta su término, a reserva de la aprobación del Comité.

8. El Comité adoptará su propio reglamento.

9. El Comité elegirá su Mesa por un período de dos años.

10. Las reuniones del Comité se celebrarán normalmente en la Sede de las Naciones Unidas o en cualquier otro lugar conveniente que determine el Comité. El Comité se reunirá normalmente todos los años. La duración de las reuniones del Comité será determinada y revisada, si procediera, por una reunión de los Estados Partes en la presente Convención, a reserva de la aprobación de la Asamblea general.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones del Comité establecido en virtud de la presente Convención.

12. Previa aprobación de la Asamblea General, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención recibirán emolumentos con cargo a los fondos de las Naciones Unidas, según las condiciones que la Asamblea pueda establecer.

Artículo 44

1. Los Estados Partes se comprometen a presentar al Comité, por conducto del Secretario de General de las Naciones Unidas, informes sobre las medidas que hayan adoptado para dar efecto a los derechos reconocidos en la Convención y sobre el progreso que hayan realizado en cuanto al goce de estos derechos:

- a) En el plazo de dos años a partir de la fecha en la que para el Estado Parte haya entrado en vigor la presente Convención;
- b) En lo sucesivo, cada cinco años.

2. Los informes preparados en virtud del presente artículo deberán indicar las circunstancias y dificultades, si las hubiera, que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas en la presente Convención. Deberán asimismo, contener información suficiente para que el Comité tenga cabal comprensión de la aplicación de la Convención en el país de que se trate.

3. Los estados Partes que hayan presentado un informe inicial completo al Comité no necesitan repetir en sucesivos informes presentados de conformidad con lo dispuesto en el INCISO b) DEL PARRAFO 1, la información básica presentada anteriormente.

4. El Comité podrá pedir a los Estados Partes mas información relativa a la aplicación de la Convención.

5. El Comité presentara cada dos años a la Asamblea General de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Económico y Social, informe sobre sus actividades.



6. Los Estados Partes tendrán sus informes a la amplia disposición del público de sus países respectivos.

Artículo 45

Con el objeto de fomentar la aplicación efectiva de la Convención y de estimular la cooperación internacional en la esfera regulada por la Convención:

a) Los organismos especializados, el UNICEF y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de su mandato. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al UNICEF y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los sectores que son de incumbencia de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados, al UNICEF y demás órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de aquellas disposiciones de la presente Convención comprendidas en el ámbito de sus actividades;

b) El Comité transmitirá, según estime conveniente, a los organismos especializados, al UNICEF, y a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes que contengan una solicitud de asesoramiento o de asistencia técnica, o en los que se indique esa necesidad, junto con las observaciones y sugerencias del Comité, si las hubiere, acerca de esas solicitudes o indicaciones;

c) El Comité podrá recomendar a la Asamblea General que pida al Secretario General que efectúe en su nombre, estudios sobre cuestiones concretas relativas a los derechos del niño;

d) El Comité podrá formular sugerencias y recomendaciones generales basadas en la información recibida en virtud de los ARTICULOS 44 y 45 de la presente Convención. Dichas sugerencias y recomendaciones generales deberán transmitirse a los Estados Partes interesados y notificarse a la Asamblea General, junto con los comentarios, si los hubiere, de los Estados Partes.

Parte III

Artículo 46

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados.

Artículo 47

La presente Convención está sujeta a ratificación. Los instrumentos de ratificación se depositaran en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 48

La presente Convención permanecerá abierta a la adhesión de cualquier Estado. Los instrumentos de adhesión serán depositados en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 49

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día siguiente a la fecha en que haya ido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

2. Para cada Estado que ratifique la Convención o se adhiere a ella después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión, la Convención entrará en vigor el trigésimo día después del depósito por tal Estado de su instrumento de ratificación o adhesión.

Artículo 50

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda y depositarla en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta los Estados Partes pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación un tercio, al menos, de los Estados Partes se declara en favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia con el auspicio de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por la mayoría de los Estados Partes, presentes y votantes en la conferencia, será sometida por el Secretario General a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Toda enmienda adoptada de conformidad con el PÁRRAFO 1 del presente artículo entrará en vigor cuando haya sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y aceptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes.

3. Cuando las enmiendas entren en vigor serán obligatorias para los Estados Partes que los hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones de la presente Convención y por las enmiendas anteriores que hayan aceptado.

Artículo 51

1. El Secretario General de las Naciones Unidas recibirá y comunicará a todos los Estados el texto de las reservas formuladas por el Estado en el momento de la ratificación o de la adhesión.

2. No se aceptará ninguna reserva incompatible con el objeto y propósito de la presente Convención.

3. Toda reserva podrá ser retirada en cualquier momento por medio de una notificación hecha a ese efecto y dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará a todos los Estados. Esa notificación surtirá efecto en la fecha de su recepción por el Secretario General.

Artículo 52

Todo Estado Parte podrá denunciar la presente Convención mediante notificación hecha por escrito al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha en que la notificación haya sido recibida por el Secretario General.

Artículo 53

Se designa depositario de la presente Convención al Secretario General de las Naciones Unidas.

Artículo 54

El original de la presente Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. En testimonio de lo cual, los infrascritos plenipotenciarios, debidamente autorizados para ello por sus respectivos gobiernos, han firmado la presente Convención.

Programas de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (<http://www.ms.gba.gov.ar/programas/programas.html>)

1. Área de Capacitación en Calidad Alimentaria

2. Plan Nacer

El Plan Nacer es una cobertura de salud para embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños / as menores de 6 años que no posean obra social.

El eje central del Plan en la provincia de Buenos Aires es lograr una mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud.

¿Cuáles son los objetivos?

Reducir la mortalidad materno-infantil en la Provincia de Buenos Aires.

Aumentar el acceso y la cobertura formal de la población en materia de salud.

Fortalecer la capacidad del primer nivel de atención en las jurisdicciones asistidas.

Metas sanitarias

Captación temprana de mujeres embarazadas.

Efectividad en la atención del parto.

Efectividad del cuidado prenatal y prevención del parto prematuro.

Efectividad en la atención neonatal.

Cobertura de inmunizaciones.

Cuidado sexual y reproductivo.

Seguimiento del niño de 1 a 6 años.

Inclusión de la población originaria.

Auditoria de muerte.

¿Cuáles son los beneficios para el niño / a que se inscribe en el Plan**Nacer?**

Atención del recién nacido.

Coles clínicos:

A la semana del nacimiento: 1 control

De 1 a 6 meses: 1 control cada mes.

De 6 a 12 meses: 1 control cada 2 meses.

De 1 año hasta el año y medio: un control cada 3 meses.

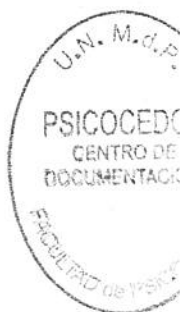
Del año y medio hasta los 3 años: 1 control cada 6 meses.

De 3 a 6 años: 1 control por año.

Consejos para padres:

Promoción de la lactancia materna.

Pautas de alimentación y crianza.



Consejos para la prevención de accidentes, intoxicaciones y muerte súbita.

Recomendaciones para la promoción de la salud.

Consejos para saber cuándo ir urgente al médico.

Consejería buco-dental.

Oftalmología: Una consulta a los 5 años.

Odontología: A partir del año y hasta los 6 años: un control anual.

Vacunas (Según calendario nacional)

¿Cuáles son los beneficios para la embarazada que se inscribe en el Plan Nacer?

Prueba de embarazo.

Cinco (5) controles de embarazo:

Pesar y medir a la embarazada.

Revisar las mamas.

Medir la panza.

Escuchar los latidos del bebé.

Hacer un Papanicolau.

Educación e información sobre:

Cuidados durante el embarazo, luego del parto y del recién nacido.

Situaciones en las que se debe consultar con urgencia durante el embarazo y luego del parto.

Lactancia materna.

Actividades para reducir el tabaquismo.

Consejería sobre métodos anticonceptivos.

Odontología: Examen odontológico.

Análisis de Sangre y Orina: Grupo sanguíneo, chagas, sífilis, SIDA, cultivo de orina, etc.

Vacunas: Dos dosis de vacuna doble (tétano y difteria) en el embarazo y una dosis de vacuna doble viral (sarampión y rubéola) luego del parto.

Dos (2) Ecografías.

Parto atendido por especialistas en el Hospital.

Atención del recién nacido.

Derivación en caso de emergencia a médicos especialistas (nutricionista, asistente social, psicólogo).

3. Programa de atención materno infantil

Objetivo:

El programa tiene como propósito contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias bonaerenses, promoviendo el cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en sus comunidades.

Se busca mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud, la niñez y la adolescencia, promover estilos de vida saludables en la población y disminuir las tasas de mortalidad de la población materno infanto juvenil.

Cobertura actual:

Se encuentran bajo programa:

Niños de 0 a 9 años: 2.473.087.

Adolescentes de 10 a 19 años: 2.394.429.

Mujeres en edad fértil y no comprometidas dentro de los adolescentes:
2.200.742.

Embarazadas.

Prestaciones:

El programa brinda de manera gratuita insumos (leche, medicamentos, instrumental), la entrega de libretas sanitarias y de material de difusión. Asimismo se realiza la evaluación de situaciones críticas (por ejemplo nutricional), la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materno infantil y la protocolización de patologías más frecuentes, entre las más importantes.

Sub-Programa de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años

Orientado a contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de los niños comprendidos entre 0 y 5 años.

Sus objetivos son:

Impulsar la creación de redes de servicios de salud para atención integral de la niñez.

Apoyar el desarrollo de programas y Proyectos intersectoriales e integrales a nivel regional y municipal dirigidos a la niñez.

Promover estilos de crianza saludables y adecuados a la identidad cultural de la población.

En este sector de la población se han detectado los siguientes problemas:

Desnutrición.

Obesidad.

Retardo del crecimiento.

Retardo en el desarrollo psicomotriz y emocional.

Las enfermedades prevalentes de la niñez son:

Infecciones Respiratorias Agudas.

Enfermedad Diarreica Aguda.

Accidentes.

Anemia.

Con el fin de revertir dichas situaciones se planificaron las siguientes actividades:

Difusión de la Guía de Atención Integral del Niño de 0 a 5 años.

Profundizar el curso sobre Desarrollo y Crianza que, por tercer año consecutivo, realiza este Programa en conjunto con la rama de educación especial.

Puesta en marcha del proyecto "Sala de Espera Amigable a los Niños".

Continuar y profundizar el trabajo sobre anemia (uno de los principales problemas nutricionales de nuestra provincia junto con la baja talla) en seis municipios de la Provincia, actividad que se realiza en forma conjunta con

UNICEF, planteado como una investigación-acción: “Por la salud de nuestros pibes”.

Continuar con las acciones desarrolladas por el Programa Provincial de Infecciones Respiratorias Agudas.

Sub-Programa de Salud Sexual

Introducción:

La Ley 13 066 crea el programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (17 de junio de 2003) con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de contribuir a disminuir la morbilidad materno infantil, las complicaciones surgidas del embarazo no deseado, el embarazo adolescente, la educación sexual de la población, en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual y patología gínitomamaria.

¿A quién está dirigido?

Tiene como propósito llegar a toda la población en edad fértil, sin distinción de género, edad, etnia, estrato social ni religión.

Cobertura actual (cantidad de gente bajo programa)

Al 31 de diciembre de 2006 el Sub-Programa contaba con una población de 605.800 personas, el 25 % corresponde a menores de 20 años (150.342).

Es de destacar que el 98% de la población bajo programa son mujeres.

¿Qué cobertura brinda? (medicamentos, atención, controles, etc.)

El Programa se sostiene sobre cuatro pilares fundamentales:

Información: consiste en exponer los métodos anticonceptivos tanto naturales (temperatura basal , Billing) como no naturales y cuales de estos entrega gratuitamente el programa, se informa también a cerca de eficacia, ventajas, desventajas, efectos colaterales, complicaciones, prevención de enfermedades de transmisión sexual y seguimiento de cada método.

Consejería: se trata de ayudar a decidir, al usuario del programa , que es lo mejor para ellos en su situación particular, asistirlas a través de la escucha y el entendimiento para que puedan reconocer como se sienten, respetando sus creencias y valores.

Entrega gratuita de insumos: La compra y distribución de los mismos está a cargo del Programa Nacional.

Los insumos distribuidos son:

Condomes.

Anticonceptivos orales hormonales:

Combinados

Progestágenos solos (para lactancia).

Anticonceptivos hormonales inyectables.

Anticoncepción hormonal de emergencia.

Dispositivos intrauterinos (DIU).

Kits para colocación de DIU.

La folletería y manuales para agentes sanitarios.

Control de salud: Exámenes periódicos de salud para la mujer. PAP, serología en ITS, examen de mamas, controles ginecológicos. Además la visita al Centro de Salud es una oportunidad para asesorarse acerca de cómo

mantener relaciones sexuales sin temor a contagiarse o ser contagiados de infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial HIV / SIDA.

¿Cómo se accede al programa?

La provincia de Bs. As. cuenta con 1.477 efectores de salud en los que funciona el Sub-Programa, entre Unidades Sanitarias y Hospitales. Para acceder al mismo basta con concurrir a cualquiera de estos efectores y solicitárselo al profesional a cargo del programa en ese lugar.

La Salud Reproductiva busca promover en mujeres y varones el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de su vida.

Procreación Responsable es un aspecto de la Salud Sexual que consiste en la posibilidad de decidir el número de hijos que cada pareja desea tener.

La Procreación Responsable es un derecho cuyo ejercicio permite:

- Elegir el número de hijos que cada pareja desea tener.
- Respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro.
- Disminuir la mortalidad materna, entre otras causas, por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías.
- Evitar los embarazos no deseados.

La Procreación Responsable supone también tomar decisiones luego de haber recibido información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, y aquellos que mejor se adaptan a cada caso en particular, respetando sus convicciones y deseos de cada uno.

4- Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las víctimas

Objetivos:

Son objetivos del Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a Víctimas:

Desarrollar acciones de prevención con el fin de sensibilizar a la población en general en el tema de violencia familiar y sexual y concientizar a las mujeres y niños en la defensa de sus derechos.

Desarrollar acciones de atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual.

Proponer el abordaje intersectorial de la problemática, convocando a otras instancias de la gestión pública, instituciones públicas y privadas y organizaciones sociales.

Descripción:

El Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a Víctimas se crea como órgano encargado de proponer políticas, convocar a la concertación, diseñar y ejecutar en el ámbito del Ministerio de Salud acciones de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población desde una perspectiva de género. Las acciones propuestas se realizarán en forma articulada con otras áreas del Ministerio de Salud relacionadas con la salud mental, la prevención, la

promoción en la comunidad, la emergencia y la capacitación de los equipos de salud.

Tiene cinco líneas de intervención:

1. Capacitación de Profesionales de la Salud.
2. Prevención de la Violencia Familiar y Sexual.
3. Atención a las Víctimas de Violencia Familiar y Sexual.
4. Investigación y Registro.
5. Articulación interinstitucional.

1. Capacitación de Profesionales de la Salud

Se realizarán cursos de capacitación para el personal de salud de hospitales y de los centros del primer nivel de atención de las diferentes áreas y servicios relacionados con la problemática de la violencia:

Enfermería.

Emergencias.

Salud mental.

Ginecología y obstetricia.

Clínica médica.

Pediatría.

Servicio social.

Son objetivos de las capacitaciones:

-
- el abordaje interdisciplinario de la problemática de la violencia familiar y sexual desde una concepción integral de la salud y de la defensa de los derechos humanos.
 - la protocolización de las actuaciones ante casos de violencia familiar y sexual
 - el desarrollo de actividades de prevención en el hospital y fundamentalmente en los centros de primer nivel, en el seno de la comunidad.

2. Prevención de la Violencia familiar y sexual

Se prevé la realización de Campañas de Sensibilización en el marco del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y el Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, (25 de noviembre) en hospitales y centros de salud que incluyen acciones de movilización social (jornadas, ferias, festivales, reuniones de Mesas Multisectoriales y acciones de capacitación (charlas, talleres).

Las campañas constituirán una estrategia comunicacional, que consiste en el diseño y difusión de spot, en medios de comunicación televisiva, así como el diseño y difusión de cuñas radiales, jingles publicitarios, también se distribuirán folletos informativos. La estrategia comunicacional consiste además en participar en programas radiales, televisivos envío de notas de prensa, etc.

Se facilitará el desarrollo de proyectos de prevención de la violencia con la comunidad a cargo de los equipos de hospitales y centros de salud

3. Atención a las Víctimas de Violencia Familiar y Sexual

a) Los Centros Emergencia Mujer CEM

Se propiciará la creación de equipos interdisciplinarios en los hospitales para la atención de las víctimas de la violencia familiar y sexual. Estos equipos integrados por médico / a, enfermero / a, psicólogo / a, trabajador / a social brindarán atención tanto en la emergencia como en el seguimiento a largo plazo, con la finalidad de lograr la asistencia de las diferentes lesiones, el cese de los actos de violencia, facilitar el acceso a la justicia a las víctimas, así como promover su recuperación emocional y social.

Las actividades de los profesionales serán efectuadas en base a protocolos.

Los derechos y obligaciones correspondientes a estas actuaciones son las emanadas del acto profesional, tanto en lo que concierne a la prestación brindada como al registro de la misma.

b) Línea de Emergencia 107

Se capacitará a los / las operadores de la línea 107 para orientar en los servicios de atención en el sistema de salud, ante situaciones de violencia de género y familiar; así como también informan acerca de los lugares donde deben llamar o dirigirse las personas que eventualmente consulten.

4. Investigación y Registro de atención en violencia familiar y sexual

El Programa cuenta con una línea de intervención de Investigación y Registro, en la que se diseñara y pondrá en práctica un Sistema de Registro, a través del cual se reporte el número de personas que acudan a diario a los servicios mencionados; así como determinadas características de los actos.

Completan esta línea de intervención el diseño de diferentes trabajos de investigación cuantitativa y cualitativa de manera de poder profundizar el diagnóstico de la situación a fin de facilitar el diseño de políticas que respondan a tan grave problemática social.

5. Articulación interinstitucional

Se propiciará el fortalecimiento de la articulación interinstitucional, previsto en la Ley 12569. Debido a la gran cantidad de actores gubernamentales y sociales involucrados, es fundamental fortalecer los lazos de actuación, entendiendo al Estado provincial como un agente de prevención y atención de la violencia, más allá del organismo que haya iniciado la actuación en cada caso particular. Si bien el organismo responsable del programa provincial de violencia contra la mujer será el encargado de convocar, fijar agenda, etc., él o la responsable del presente programa, será la encargada por el Ministerio de asistir y facilitar las políticas de articulación interinstitucional.

5- Programa de control de enfermedades inmunoprevenibles (PCEI)

6- Programa de lucha contra los retrovirus del humano: VHI-SIDA y

ETS

7- Programa de T.B.C (Tuberculosis)

8- Zoonosis Rurales

9- Zoonosis Urbanas

10- PRODIABA - Programa de prevención de diabetes

11- PROEPI - Programa de prevención de epilepsia

12- **PROBAS - Programa Bonaerense de Prevención del asma infantil**

13- **PROPAL - Programa de prevención de accidentes y lesiones**

14- **Programa Provincial "Salud sin humo"**

15- **Atención a las adicciones**

16- **Programa de prevención en hipertensión**

17- **PROGEMA**

18- **DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL**

Esta dirección tiene a su cargo diseñar, ejecutar y coordinar las políticas de salud mental en los hospitales públicos bonaerenses, a través de la aplicación de distintos programas, y en búsqueda de mejorar el acceso a este servicio, mediante la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes.

Tipo de cobertura

Se garantiza el uso racional y la provisión gratuita de psicofármacos a las Regiones Sanitarias, que luego se encargan de distribuirlos entre los hospitales que las integran.

Cabe destacar que este sistema se repite mensual y sistemáticamente, y es un factor primordial para evitar recaídas, y posteriores internaciones, en las personas bajo tratamiento.

También se provee de medicación a las personas afectadas por la tragedia de Cromañón, y a aquellos pacientes que hayan realizado la solicitud por vía judicial.

Además, la dirección de Salud mental se encarga de asesorar técnicamente sobre la incorporación o exclusión de cada monodroga, y de incluir medicamentos (antipsicóticos y antidepresivos) de última generación, junto con los fármacos tradicionales.

Programas

Programa Malvinas

Programa de Rehabilitación y Externación Asistida “PREA”

Programa de Externación “Vuelta a Casa”

19- Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Congénitas “PRODyTEC”

20- SISTEMA PROVINCIAL DE HEMOTERAPIA

21- RED PROVINCIAL DE EMERGENCIAS (SIES)

22- Programa “Salud en Movimiento”

Este programa tiene como propósito facilitar el acceso a la salud de la población bonaerense, llevando asistencia gratuita a los sectores más necesitados, además de garantizar la universalización de los programas sanitarios, con acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Objetivos

El Programa “Salud en Movimiento” busca promover la articulación e integración de los programas y políticas de salud municipal, provincial y nacional, para la planificación y el desarrollo de acciones en forma conjunta entre actores sociales de la salud y de la comunidad.

Para brindar este servicio es necesario diseñar e implementar la capacitación para Promotores Comunitarios de Salud, y ejecutar las actividades de prevención, promoción y atención, con acciones educativas sanitarias y hospitales móviles en las zonas de riesgo.

Formación de promotores comunitarios de salud

Este programa lleva adelante las acciones de formación de promotores comunitarios en salud, con el propósito de reorientar al sistema en cuanto a las necesidades de la población, para aumentar la accesibilidad de la gente al mismo, y garantizar la continuidad de la atención.

Los promotores son capacitados para realizar actividades de promoción de la salud tanto individual, como grupal y comunitaria, trabajando sobre los hábitos, estilos y modos de vida saludables.

Contenidos específicos del programa

Los diferentes ejes temáticos se abordan bajo la modalidad de taller, y la formación está relacionada con la salud mental, la infraestructura barrial, la emergentología, los recursos técnicos y operativos, y la discapacidad. Además, de abarcar a las poblaciones de niños, mujeres, adolescentes y adultos.

Objetivos

Este programa debe ser uno de los objetivos en el camino de lograr la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, además de trabajar en la construcción de nuevos vínculos entre el Estado, mediante sus sistemas de salud, y la sociedad, a través de sus organizaciones existentes o mediante estímulos a su organización.

Los promotores tienen la misión de hacer una detección temprana, de promover la vida sana, y funcionar como esos puntos de detección rápida que se necesita, volver a vincular al sistema sanitario con los barrios donde prevalecen las necesidades

Actividades

Las siguientes actividades se desarrollaron desde enero de 2006 a la fecha en el marco del Programa SALUD EN MOVIMIENTO de Programas Sanitarios de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud.

La reforma Constitucional de 1994 en la Provincia de Buenos Aires, define a la Salud “como un derecho de los habitantes y deber del estado”, por lo tanto nuestro compromiso debe ser el de garantizar la universalización del acceso a la salud.

La perspectiva político social que orienta al programa Salud en Movimiento es la de pasar de políticas sociales y sanitarias de fuerte contenido asistencial y justificadas por la crisis que terminan generando una realidad fragmentada que impide ver la globalidad del problema. Esto genera discontinuidad de las actividades de promoción de la salud individual, grupal y

comunitaria, dificultades en la identificación de barreras en el acceso al sistema de Salud en cada comunidad y de cada barrio, falta de referentes comunitarios entre el sistema de salud y la comunidad., Falta de articulación entre el primer y segundo nivel de atención y dificultades de los programas de salud para llegar a los sectores más vulnerables con acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Entonces nos encontramos con grandes brechas de inequidad y dificultades en el acceso a la salud por gran parte de la población con serias dificultades en el sistema de atención.

El análisis de la variación de los indicadores de Salud, es generalmente interpretada, como el resultado de la capacidad de respuesta del modelo de atención combinado con la intervención de otras políticas sociales. Sin embargo no se incluye en el mismo, la posible influencia, de los fenómenos surgidos recientemente como efecto de la crisis, el aumento de la participación comunitaria y la multiplicación de las organizaciones sociales.

La Participación Social ha sido reconocida, como una de las actividades básicas de las políticas de APS, junto con la auto-atención. El papel de la mujer, el uso de la medicina tradicional y el saber popular, siguen siendo parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar, los principales problemas que afectan la salud de nuestro pueblo.

Desde el programa Salud en Movimiento, la enfermedad se concibe como un fenómeno, más complejo que la simple patología. Por esto la APS no puede verse sólo como el desarrollo de los servicios básicos de salud, sino como la movilización de todos los recursos disponibles mediante la educación

apropiada, potenciando la capacidad de las comunidades para participar en la resolución de sus necesidades.

La atención primaria, como estrategia, plantea un desafío donde la imaginación, la creatividad y la técnica deben articularse y potenciarse. Por esto la promoción de la salud, busca intervenir sobre los factores condicionantes del proceso salud-enfermedad. Esto se traduce en acciones de educación permanente en salud, como componente estratégico en AP. Así se promueve la construcción de conocimientos para la transformación del modelo de atención. Se identifican, entonces, los nudos críticos, que hacen obstáculo a la superación de la fragmentación en las prácticas en salud y de la calidad y calidez del modelo de atención. Por esto se debe realizar una alfabetización sanitaria de la población. Informando, sensibilizando, motivando y educando acerca de los factores de riesgo y de las posibilidades de mejorar la calidad de vida.

23- Programa de Atención Nominalizada de la Salud “Pandelas”

24- Programa “Consultorio en el barrio” SPS

25- Programa drogas de alto costo

Programas de Salud de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón (<http://www.mardelplata.gov.ar/IndexNw.htm>)

1. Municipios y Comunidades Saludables

2. Programa Remediar

¿Qué es Remediar?

Remediar cumple con los objetivos de fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa y de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población más vulnerable. En especial para quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social.

Para alcanzar tales objetivos, Remediar se propuso proveer medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo.

En febrero de 2002 nace Remediar para hacer frente a la crisis sanitaria que atravesaba nuestro país y se establece como una herramienta fundamental de la Política Nacional de Medicamentos. Remediar se convierte en el instrumento con el cual el Ministerio de Salud de la Nación da una nueva dirección al PROAPS (Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud). En 2004 se establece el Plan Federal de Salud y el Programa se enmarca en él, respondiendo de esta manera a sus bases.

En este contexto y persiguiendo los objetivos señalados, en octubre del 2002 comienza la distribución gratuita de medicamentos esenciales, contando con una financiación hasta finales de 2004. Debido a la eficaz implementación del programa, la continuidad de Remediar está asegurada hasta fines de 2008 con el mismo presupuesto otorgado en sus inicios.

A partir de la experiencia que fue adquiriendo el Programa, de las diferentes evaluaciones y del análisis de la información que produce, empiezan a vislumbrarse problemáticas de salud a las que se les pueden dar respuesta en

el marco del programa. Es así como comienzan a diagramarse diferentes estrategias que hoy cuentan con excelentes resultados.

¿Cómo funciona?

El funcionamiento de Remediar es posible a través de diferentes líneas de acción que surgen como respuesta a las necesidades que se perciben cotidianamente en la constante relación entre los beneficiarios y efectores del programa.

En este sentido, y teniendo en cuenta la magnitud que ha ido cobrando Remediar en estos años, además de garantizar la entrega gratuita de medicamentos, se fueron implementando con éxito diversas estrategias desde las áreas que conforman Remediar, siempre persiguiendo los objetivos mencionados anteriormente.

Remediar, al incentivar la demanda directa en los CAPS, ha fortalecido la capacidad de los sistemas de salud provinciales y municipales para dar respuesta a los problemas de salud de sus habitantes jerarquizando la red asistencial.

Por otro lado, Remediar promovió e hizo efectiva la participación de la sociedad civil en diversas instancias del Programa promoviendo políticas saludables con gestión participativa para todos. Siguiendo este eje, se impulsa la capacitación de los equipos de salud en participación comunitaria, planificación local participativa y formulación de proyectos, brindando además financiamiento y asistencia técnica.

Al mismo tiempo ha colaborado en la mejora del sistema de salud a través de la complementación con la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y el uso del nombre genérico y la promoción del uso racional de medicamentos, este último a través del Programa de Uso Racional de Medicamentos que cuenta con tres componentes que integran las diferentes instancias de trabajo: Capacitación al equipo de salud, Articulación institucional e Información a la comunidad.

Además, Remediar en el área de Formación de Recursos Humanos, continúa con la realización de Capacitaciones Operativas para todas aquellas personas que se desempeñan en los centros de salud de los diversos programas que se implementan desde Remediar.

Por último implementa el **Programa Nacional de Desparasitación Masiva**, que se está llevando a cabo en diversas regiones del país y que comprende dos grandes estrategias: la entrega del medicamento para tratar el problema de la parasitosis en más 1.200.000 de niños de 2 a 14 años de edad de todo el país y una efectiva campaña de educación sanitaria que contiene material de difusión con medidas preventivas para la población y la realización de acciones para promover hábitos saludables en torno a esta temática.

Participación Social

Remediar cuenta con un Área de Participación Social que tiene el propósito de organizar la participación social en todos los niveles de gestión (nacional, provincial, y local) para la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del PROGRAMA REMEDIAR.

Con el objeto de involucrar a la sociedad en la gestión del Programa y con la certeza de que promover modelos participativos genuinos significa en definitiva gestionar con excelencia, se propició la creación de diversas instancias de participación formal e informal.

En este diseño se tuvo en consideración, por ejemplo, que una mayor intersectorialidad no significa necesariamente una mayor participación comunitaria, y que generalmente la intersectorialidad se garantiza por la participación de ONG's legalmente establecidas - que son instituciones con personería jurídica y con reconocimiento institucional - y la participación comunitaria con la participación de organizaciones más informales, usuarios y beneficiarios en el mismo lugar de la ejecución de los proyectos. Sobre esta lógica es que se formulan, en el marco de REMEDIAR, una serie de estrategias dirigidas a poner en marcha temas frecuentemente citados y declamados pero raramente desarrollados, como son la participación de las ONG's, la participación comunitaria y la gestión participativa.

3. **Programa Nacional de Control de Tabaco**
4. **Programa de Autoproducción de Alimentos**
5. **Programa de protección del desarrollo infantil**

Expediente D.E.:13830-1-04

Expediente H.C.D.:2066-V-02

Nº de registro: O-10534

Fecha de sanción: 26-08-04

Fecha de promulgación: 10-09-04

Decreto de promulgación: 2.013

Ordenanza N° 16.278

Artículo 1º: Créase el Programa de Protección del Desarrollo Infantil en el ámbito del Partido de General Pueyrredon, el cual tendrá por finalidad generar proyectos de promoción, prevención y asistencia tendientes a asegurar la nutrición de la niñez, el cuidado de la salud y la estimulación temprana de todos los niños en situación de vulnerabilidad y riesgo socio-sanitario, desde su concepción en el seno materno. Se priorizará el segmento poblacional menor a los seis años. La prioridad etárea se establece por las razones biológicas atinentes a preservar la normalidad en la etapa principal del desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales básicas, sin que la observancia de la misma genere exclusiones infundadas para los demás grupos etáreos de la comunidad infantil en situación de vulnerabilidad.

Artículo 2º: Para el cumplimiento de los objetivos de la presente se formará un Consejo de Participación, Gestión y Control, invitándose a integrar el mismo a los representantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Sociedad Argentina de Pediatría de Mar del Plata y otras instituciones privadas, públicas y del tercer sector dedicadas a la atención de los problemas del desarrollo infantil. El Departamento Ejecutivo, al momento de la reglamentación de la presente, determinará los demás aspectos atinentes a la composición de este Consejo. Para la elaboración de los programas el Departamento Ejecutivo podrá consultar al Consejo y éste formular propuestas y recomendaciones,

funcionando en los términos del artículo 178° de la Ley Orgánica de las Municipalidades.

Artículo 3°: El Consejo creado en el artículo anterior podrá, con el acuerdo del Departamento Ejecutivo:

a) Participar en la elaboración de todos los planes, proyectos y presupuestos que se incluyan en el presente programa, e intervenir en la aprobación definitiva de los mismos.

b) Aconsejar las prioridades presupuestarias contemplando los recursos disponibles y las necesidades nutricionales de la población infantil a ser atendida, así como el conjunto de prestaciones complementarias inherentes al desarrollo humano de los niños.

c) Controlar la ejecución operativa y presupuestaria con acceso irrestricto a la información y documentación municipal relacionada con el Programa de Protección del Desarrollo Infantil .

d) Impulsar planes, proyectos y programas complementarios y convenientes para el logro de los objetivos que aquí se proponen.

e) Proveer a la capacitación de promotores alimentarios con profesionales de la salud de los distintos organismos públicos y privados.

Para el ejercicio de las atribuciones conferidas el Consejo tendrá en cuenta que el desarrollo integral del niño abarca aspectos como el cuidado de la salud, la educación, la nutrición, la estimulación temprana, adquisición de hábitos, el fortalecimiento de vínculos familiares, la recreación tanto cultural como deportiva y todo lo que contribuya a un proceso de crecimiento para

alcanzar el desarrollo humano y social, mejorando su calidad de vida y ejerciendo sus derechos.

Artículo 4º: Podrán ser beneficiarios del Programa todos los niños en situación de vulnerabilidad y riesgo socio-sanitario.

Artículo 5º: Para el financiamiento del proyecto se afectarán fondos provenientes de la aplicación de la Ley 13163. El Departamento Ejecutivo podrá incluir en los alcances de la presente los programas en curso con la financiación prevista a la fecha de sanción de esta ordenanza, más otras partidas que resuelva destinar, más el producido de nuevas áreas de estacionamiento tarifado que incorpore el Departamento Ejecutivo y otros aportes, contribuciones y legados de particulares.

Artículo 6º: El Departamento Ejecutivo deberá informar a la comunidad sobre la marcha del programa de Protección del Desarrollo Infantil y de la asignación de los recursos provenientes de los fondos afectados. Los informes emitidos deberán ser publicados por internet para que todos los vecinos puedan tener acceso a la evaluación del Programa.

Artículo 7º: Encomiéndase al Departamento Ejecutivo convenir con la Fundación CONIN pautas de asociación, asesoramiento y / o vinculación con el presente Programa, a los efectos de fortalecer el funcionamiento del mismo.

Artículo 8º: Comuníquese, etc.

Targhini Irigoien

Garis Baragiola Pagni Katz

B.M. 1845, p. 23 (15/12/2004)

6. Programa Hijos de Cartoneros y Franelitas

La Secretaría de Desarrollo Social a través de la Dirección de Minoridad implementa este Programa orientado a la contención de los niños y niñas de entre 3 y 11 años, para hijos de trabajadores en la vía pública. Los niños permanecen al cuidado de personal que se ocupa de su desarrollo físico, emocional e intelectual, y además reciben merienda y cena, estando protegidos de condiciones adversas mientras sus padres trabajan.

7. Programa Por un Mundo con Lugar Para Todos

8. Programa Municipal de Seguridad Alimentaria:

- Proyecto Asistencia Alimentaria Familiar
- Asistencia De Víveres Sin Gluten
- Plan Más Vida

Referentes barriales en carácter de voluntarias cobran protagonismo a través de su labor cotidiana, conformando una red que cuenta con aproximadamente 678 bocas de distribución, con un alcance de 30.000 raciones mensuales de alimentos de alto valor nutritivo y con alcance universal. Las 1.700 Trabajadoras Vecinales (Manzaneras y Comadres) a partir de formación y capacitación contribuyen a la promoción de la salud: la detección temprana de embarazos para su derivación al sistema de atención primaria de la salud; el fortalecimiento de acciones de fomento de la lactancia materna y el control del niño sano para la disminución de las tasas de desnutrición.

- Programa Municipal De Huertas

9. Programa Acción Social Directa

10. Programa Habitat

11. Programa Centros de Desarrollo Infantil

Los Centros de Desarrollo Infantil, localizados en los Barrios La Herradura, Gral. Pueyrredon, Belgrano y Newbery, tienen como propósito que los niños y jóvenes puedan desplegar el máximo de sus capacidades y potencialidades, los Centros acompañan a la familia en su ejercicio de crianza y la generación de actividades que promuevan un desarrollo integral. En los Centros se generan y sostienen diferentes acciones relacionadas con la cultura, la educación, la salud, la actividad deportiva, la recreación, a través de la articulación con las áreas correspondientes.

Destinatarios: **menores, adolescentes y familias.**

12. Proyecto Prevención en Comunidad

Está orientado a la capacitación en el ámbito comunitario sobre temáticas relacionadas con la salud, el saneamiento ambiental y la manipulación de alimentos. En articulación con Programas del área, realizan jornadas de capacitación respondiendo a las demandas de la comunidad.

13. Proyecto "Al Agua Pato"

Está orientado a la contención y promoción integral de niños a través de la enseñanza y ejercicio de la natación. Las actividades se realizan en las instalaciones del Natatorio que cede el EMDER. El Proyecto funciona desde

hace cuatro años, posibilitando la participación de 60 niños de los Barrios Belgrano, Las Américas y Autódromo.

14. Programa Municipal de Contención Social y Salud de Veteranos de la Guerra de Malvinas

Programas y Prácticas de
Prevención de Salud Mental
para Niños y Adolescentes
en las Instituciones de Salud
Pública HIEVI e IREMI de la
Ciudad de Mar del Plata

Referencias Bibliográficas

-
- Alvarado, C. A. (1990). Perfiles doctrinarios y ubicación de la Salud Pública. Tomo I. Bs. As.
 - Belmartino, Susana (1991) Cuadernos Médicos Sociales N° 55. 1991. Argentina.
 - Carpintero, Enrique y Vainer, Alejandro (2005) Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970 - 1983. Topía Editorial. Bs As. 2005.
 - Centrángelo, O. y Devoto, F. (2002) Organización de salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años '90 e impacto en la crisis actual. Comunicación para la Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health. Toronto, Canadá.
 - Convención sobre los Derechos del Niño. Ley N° 23.849. (1990)
 - Departamento de Salud Mental. Municipalidad de General Pueyrredón (2006). APS - MGP - Salud Mental. Manuscrito no publicado.
 - Departamento de Salud Mental. Municipalidad de General Pueyrredón (2006). Salud Mental en Mar del Plata. Antecedentes - situación actual. Manuscrito no publicado.
 - Dimov, M. I. (1995) Adolescencia: tiempo de trasgresión. Facultad de Psicología. UNMDP. Manuscrito no publicado.
 - Edelman, Lucila, Kordon, Diana y Lagos, Darío (2002) Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur. Buenos Aires. Editorial Polemos. 2002.
 - Eroles, Carlos y otros (2001). Políticas públicas de infancia. Una mirada desde los derechos. Bs. As. Espacio Editorial. 2001.

- Ferrari, Héctor (1996) Salud Mental en Medicina. Contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud. Buenos Aires. Editorial López Libreros. 1996.
- Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. Cap. III: Las metamorfosis de la pubertad. Obras Completas Sigmund Freud. Volumen VII. Bs. As. Amorrortu Ediciones. 1998.
- Galende, Emiliano, Stolkiner, Alicia y ots. (2002) Primer Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires. 2002.
- Galende, Emiliano (2004) Debate cultural y subjetividad en salud. En Spinelli, Hugo (comp.) Salud Colectiva. Buenos Aires. Editorial Lugar. 2004.
- Grosman, C. P. (1993) Significado de la Convención de los Derechos del Niño en las relaciones de familia. Revista La Ley. T.1993-B. Sec. Doctrina.
- Malvárez, Silvina (1996) Salud Mental y fin de siglo. Aportes para el Análisis Estratégico.
- Mannoni, O. y ots. La Crisis de la Adolescencia. Serie freudiana. Bs. As. Editorial Gedisa.
- Menéndez, Eduardo y Di Pardo, Reneé (1996) De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y Procesos de Alcoholización. Colección Miguel Otón de Mendizábal. México. CIESAS.
- Menéndez, Eduardo (1992); Salud pública: sector estatal. Ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. OPS N° 540.

- Menéndez, Eduardo (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Revista Ciencia y Salud Colectiva. Volumen 8. 2003.
- Menéndez, Eduardo (2004) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli, Hugo (comp.) Salud Colectiva. Buenos Aires. Editorial Lugar. 2004.
- Minnicelli, Mercedes (2001). La infancia. La familia. Lo social. Aproximación al estudio histórico en el tránsito del Antiguo Régimen a la Modernidad. Tesis de Maestría.
- Mosteirín, C. M. (2003). Evolución histórica del concepto de infancia y las políticas para menores en América Latina. Cátedra de Psicología Jurídica. Facultad de Psicología. UNMDP. Manuscrito no publicado.
- Quiroga, A. (1998) Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco.
- Quiroga, A. Enfoques y perspectivas en Psicología Social. Ediciones Cinco.
- Restrepo, Helena E. y Málaga, Hernán (2001) Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. Organización Panamericana de la Salud.
- Revista Psicoanálisis y El Hospital. Nº 8. Presencia de la institución. Bs. As. 1996.
- Rojas, María C. y Sternbach, Susana (1997) Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad. Buenos Aires. Lugar Editorial. 1997.

- Saforcada, Enrique y cols. (1998) El factor humano en la Salud Pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva. Buenos Aires. Proa XXI Editores. Primera Edición.
- Saforcada, Enrique (2001) Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de salud. Buenos Aires. Paidós. 2001.
- Sánchez, Mirta L. (1996) La adolescencia y el malestar en la cultura. Ponencia presentada en el VIII Congreso Argentino de Psicología. San Luis. 1996.
- Sánchez Vidal, A. (1996). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona.
- Stolkiner, A. (1987) Prácticas en salud mental. Ponencia presentada durante el 4º Congreso Latinoamericano y 5º Congreso Mundial de Medicina Social, en Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Vol. VI. Nº 1. Marzo 1988.
- Szapiro, L. y ots. (1996) Registros. Psicoanálisis y Adolescencia. Año 5.
- Ugalde, Antonio y Jackson, Jeffrey T. (1998) Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. Cuadernos Médicos Sociales Nº 73. Mayo 1998. Rosario. Argentina. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Zanier, J y cols. (1998) Criterios de justicia en la distribución y asignación de recursos en salud. Un estudio de campo en la ciudad de Mar del Plata. Ediciones Suárez. Mar del Plata. 2000.
- <http://www.mardelplata.gov.ar>
- <http://www.ms.gba.gov.ar>
- <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/programas.html> (27/ 11/ 07)

-
- <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml> (15/11/07)
 - <http://www.topia.com.ar/articulos/0601-vainer.htm> (26/02/2008)
 - <http://www.eatip.org.ar/textos/puntuaciones.php> (26/02/2008)