

**DISPOSITIVOS COMUNITARIOS EN SALUD:
EXPERIENCIAS SITUADAS EN EL ÁMBITO DE SALUD ESTATAL
DE LA REGIÓN DE RAFAELA (SANTA FE, ARGENTINA)**

Padrón, María Eugenia¹

RESUMEN

El presente escrito se propone presentar recortes de una sistematización de experiencias facilitadas desde servicios estatales de salud en la región de Rafaela, localidad de la provincia de Santa Fe (Argentina). Este trabajo es parte de una investigación desarrollada como tesis doctoral en la Universidad de Buenos Aires. De las producciones desplegadas como parte de esa instancia, en este escrito nos adentramos en situar experiencias del territorio rafaélino, describiendo el acontecer de dispositivos comunitarios allí tramados. Desde una orientación general de enfoque cualitativo, el estudio ha utilizado técnicas de producción de datos vinculadas a la revisión documental, entrevistas y observaciones, tomando como herramienta auxiliar el diario de campo. El análisis e interpretación de datos fueron efectuados mediante la relación dialógica con la teoría y a través del soporte de la herramienta informática *ATLAS.ti*. A partir de esto, se encauzó la producción de reflexiones presentadas especialmente en el momento conclusivo. Como parte de estas reflexiones, los dispositivos construidos en la riqueza del encuentro entre saberes y sectores se nos presentan como invenciones colectivas que nos ayudan a lidiar con el malestar. La transmisión de estas y otras experiencias propone producir memoria de lo vivido, inscribiendo en palabras huellas de una transformación en el campo de la salud.

Palabras clave: dispositivos, comunidad, experiencia, salud, Estado

¹ Centro de Investigaciones y Transferencia Rafaela (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET – Universidad Nacional de Rafaela, UNRaf). Santa Fe. Argentina.

E-mail: eugenia.padron@unraf.edu.ar ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8551-361X>

COMMUNITY-BASED HEALTH INITIATIVES: CONTEXTUALIZED EXPERIENCES WITHIN THE STATE HEALTH SECTOR IN THE RAFAELA REGION (SANTA FE, ARGENTINA)

ABSTRACT

This paper aims to present extracts from a systematization of experiences facilitated by state health services in the Rafaela region, a city in the province of Santa Fe (Argentina). This work is part of a research project developed as a doctoral thesis at the University of Buenos Aires. Drawing from the materials produced during this process, the paper delves into the contextualization of experiences in the Rafaela territory, describing the development of community-based initiatives established there. Guided by a general qualitative research approach, the study employed data production techniques such as document review, interviews, and observations, with a field journal used as a supporting tool. Data analysis and interpretation were carried out through a dialogical engagement with theory, supported by the software *ATLAS.ti*, which guided the production of reflections presented especially in the concluding section. As part of these reflections, the community-based initiatives, shaped by the richness of encounters between different forms of knowledge and sectors, emerge as collective inventions that help cope with discomfort and distress. Sharing these and other experiences aims to construct a memory of experiences, inscribing traces of transformation in the field of health through words.

Keywords: initiatives, community, experience, health, State

INTRODUCCIÓN

El presente escrito se propone relatar procesos enraizados territorialmente y facilitados desde servicios estatales de salud. En este sentido, despliega recortes de una sistematización de experiencias de la región de Rafaela, localidad de la provincia de Santa Fe (Argentina) con miras a compartir procesos allí propiciados y orientarse a suscitar su resonancia.

Esta sistematización ha sido parte de una investigación llevada a cabo como tesis doctoral². El estudio presentó la finalidad de producir una aproximación a las vicisitudes del psicoanálisis en el ámbito de salud estatal. Los interrogantes que dieron inicio al proceso comenzaron a germinar en la trama del Dispositivo Soporte Estratégico Regional Rafaela (DISER Rafaela), dependiente del Ministerio de Salud, Provincia de Santa Fe, Argentina. El DISER se constituye como un dispositivo matricial enmarcado en las transformaciones de los modos de entender y hacer salud, tendientes a la sustitución de lógicas tradicionales y al fortalecimiento de dispositivos alternativos, tal como profundizaremos más adelante. En el acompañamiento que efectúa a la red sanitaria, al introducirnos en el territorio de la región de Rafaela, podemos observar en los últimos años un acentuado incremento de profesionales que indican una orientación psicoanalítica en la esfera de la salud estatal. Esta inclusión es relativamente reciente en la región de Rafaela, con una mayoría contenida en los últimos diez años. De este modo, el estudio se ha orientado a describir estas experiencias, en un corte transversal a los años 2021-2022.

² La tesis lleva por título *Experiencias con orientación psicoanalítica en el ámbito de salud estatal*; ha sido desarrollada por la autora con la dirección de la Dra. Alicia Stolkiner en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA).

De las producciones desplegadas como parte de esa instancia, en este escrito nos adentramos en situar experiencias de dispositivos comunitarios allí tramados. Con el fin de ofrecer el escenario donde estos procesos acontecen, recuperamos características propias del territorio, entre las que podemos mencionar su composición, prácticas y costumbres. Igualmente, la disposición del sistema de salud y los procesos que le son propios, tales como el desarrollo de dispositivos de índole matricial, productivo y cultural en la región.

MARCO TEÓRICO

Con el propósito de adentrarnos en la trama teórica forjada durante el estudio, en este escrito acercamos la noción de experiencia como efecto de resonancia que nos habla de las vivencias territoriales narradas y su transmisión. En este camino, consideramos relevante recuperar debates del campo de la salud que permiten situar estas experiencias.

La experiencia como efecto de resonancia

Para hacer lugar a los procesos de salud y cuidado, acuñamos la noción de experiencias haciendo referencia a vivencias cotidianas que transitamos como sujetos que sentimos y pensamos: acontecimientos habituales, y no necesariamente extraordinarios, que encuentran en la palabra y el lenguaje un correlato que permite su transmisión. Este anudamiento de las experiencias cotidianas con el lenguaje parece corroído en la celeridad de los tiempos que corren, tan renuentes a la palabra y al relato (Benjamin, 1989; Agamben, 2015). Esta corrosión se deja entrever en el mismo proyecto de las ciencias modernas, con su insistencia en la certeza y el cálculo, en los instrumentos y los números, que tiende a deducir las impresiones sensibles en favor de determinaciones cuantitativas y leyes universales. En contraste con esta tendencia, nos proponemos recuperar las experiencias del ámbito de salud estatal, atendiendo a la singularidad que las caracteriza, para construir a través de estas, relatos que en su discurrir puedan trascender. La intención epistemológica, como reverso a la universalización, se orienta a tramar teóricamente en torno a una experiencia que, siendo particular e irrepetible, puede no obstante propiciar efectos en otras y apostar, de este modo, a su resonancia (Stolkiner, 2021b).

A través de su inscripción, las experiencias van produciendo huellas que constituyen el acervo de la memoria (Freud, 1984; Carpintero y Vainer, 2018a) y cuyas lecturas críticas pueden facilitar la interrogación de lo que ocurre en el campo, así como de aquello que a cada una/o le sucede (Ulloa, 2012).

Transformaciones en el campo de la salud

En las últimas décadas, el campo de la salud ha atravesado una crisis mundial de los modelos tradicionales para ofrecer propuestas a los problemas presentes en los grandes colectivos humanos, especialmente en América Latina con las grandes brechas de inequidades existentes (Stolkiner, 2021a). Entre estas concepciones tradicionales podemos mencionar aquellas que Menéndez ha nominado modelo médico hegemónico y posteriormente biomedicina, cuyas características envuelven un fuerte biologismo, ahistoricidad, asocialidad e individualismo en su delimitación del objeto, con cierta negación de la palabra de las personas usuarias de los servicios de salud (Menéndez, 1984; Menéndez, 2003).

En contraste con estos modelos, corrientes de pensamiento como la medicina social y la salud colectiva proponen reformular los enfoques teóricos y metodológicos, mediante la vinculación sujeto – sociedad, con un encuadre especialmente colectivo. Uno de los aspectos destacados desde estas

corrientes radica en la complejidad del proceso de salud-enfermedad-cuidado, la cual excede la posibilidad de homologarlo con un único cuerpo disciplinar y nos convoca a la apertura y al diálogo entre diversos campos del saber. Como parte de estos procesos hallamos la incidencia de diversas dimensiones – subjetivas, sociales, culturales, históricas, políticas, entre otras – que nos convoca a traspasar los interrogantes puestos por una disciplina para orientarnos desde la amplitud a la complejidad del campo, en el que las preguntas de diversas disciplinas enriquecen las construcciones (Galende, 1994, Vasilachis de Gialdino, 1992).

Como parte de estos movimientos, aparece de modo persistente en las conceptualizaciones el enfoque de derechos inherente a los principios, donde el énfasis sobre el derecho a la salud se comprende en el marco de una integralidad de derechos, que atiende a la garantía en el acceso a oportunidades en la vida cotidiana (Bang, 2011; Basaglia, 2013; Galende, 1994; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978, 1986, 2001; Stolkiner y Solitario, 2007).

MÉTODO UTILIZADO

Desde una orientación general de enfoque cualitativo, durante el estudio se privilegia el análisis en profundidad y en detalle en relación con el contexto, a través de un diseño metodológico flexible (Boniolo, Dalle, Elbert y Sautu, 2005). La investigación se enfoca principalmente en experiencias con orientación psicoanalítica en el ámbito estatal de la región de Rafaela (Santa Fe, Argentina) por ser un caso representativo de la temática a estudiar.

El estudio ha utilizado técnicas de producción de datos vinculadas a la revisión documental, entrevistas y observaciones, tomando como herramienta auxiliar el diario de campo. Entre los registros revisados podemos señalar marcos normativos, así como documentación y publicaciones existentes en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina. Sumado a la revisión documental, se implementaron entrevistas con actoras y actores del proceso, con el fin de relevar y registrar las experiencias relatadas por las y los participantes (Boniolo, Dalle, Elbert y Sautu, 2005). Las entrevistas se realizaron con profesionales de la psicología que señalaron una orientación psicoanalítica en sus prácticas. Como limitación, destacamos que solo en esta disciplina se encontró dicha orientación, mientras que en psiquiatría se identificaron otras corrientes teóricas. Asimismo, se realizaron observaciones en el marco de las funciones desempeñadas en el Dispositivo Soporte Estratégico Regional Rafaela (DISER Rafaela), dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina. En este contexto, la observación (Montero, 2006) se orientó a generar conocimientos en el transcurso de la vida cotidiana de personas o grupos específicos, con el fin de conocer desde una posición interna los eventos, fenómenos o circunstancias que allí discurren. Las observaciones se realizaron entre agosto de 2021 y febrero de 2022 e incluyeron reuniones y otras comunicaciones con equipos de salud de la región de Rafaela (primer y segundo nivel de atención, equipos de emergencias, dispositivos sustitutos) y de abordaje intersectorial, con equipos técnicos y de gestión de la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe, y reuniones editoriales de trabajo sobre publicaciones estatales y espacios de formación desarrollados por organismos de salud estatal. Tanto las entrevistas como las observaciones fueron desarrolladas en modalidades presencial y virtual, estas últimas mediante plataformas de videoconferencias.

A fin de atender a los resguardos éticos y propiciar el carácter participativo y dialógico, las personas que participaron de la investigación fueron informadas acerca del estudio y se solicitó su consentimiento por escrito. Al mismo tiempo, el plan de trabajo de la investigación y el documento de consen-

timiento informado utilizado, que se incluye como anexo, se presentaron para su consideración en el Comité de Ética de la Investigación del Hospital J. M. Cullen (Santa Fe, Argentina), el cual los aprobó.

El análisis e interpretación de datos fueron efectuados mediante la relación dialógica con la teoría y a través del soporte de la herramienta informática *ATLAS.ti.*, encauzando la producción de reflexiones presentadas especialmente en el momento conclusivo.

RESULTADOS OBTENIDOS

Para dar inicio al recorrido por las experiencias territoriales sistematizadas, nos adentraremos en la región de Rafaela, y analizaremos sus características y la conformación de su red sanitaria, para luego describir algunos de los procesos que allí se desarrollan.

Territorio de la región de Rafaela

La región de Rafaela se conforma por un grupo de distritos próximos en la provincia de Santa Fe (Argentina), constituido por los departamentos Castellanos, 9 de Julio y San Cristóbal al momento de desarrollar el estudio (Disposición N° 10, 2019). En cuanto a la población total, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2022 (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [INDEC], 2023)³, habita el territorio un total de 294.373 personas, siendo el departamento Castellanos el mayor poblado y el 9 de Julio, el menor. Notamos que la región de Rafaela presenta un desarrollo territorial heterogéneo en aspectos tales como la vivienda, los servicios y la disponibilidad tecnológica. Las posibilidades de acceso a estas oportunidades decrecen a medida que nos dirigimos hacia el Norte de la región, lo cual representaría la presencia de inequidades.

Al rememorar la historia de Rafaela, podemos hacer alusión a la influencia de la migración en su desarrollo. Fue formada en la década del 1880 en su mayoría por italianos piamonteses, con menor presencia de inmigrantes suizos y españoles. Esto favoreció la preeminencia de un desarrollo cultural fundamentalmente de características piamontesas, si bien presentó, a su vez, aportes multiétnicos de sus diversos orígenes. A lo largo de la historia, en Rafaela se observa un sistema institucional en expansión caracterizado por la creación de organizaciones públicas, privadas y del tercer sector, que abarcan diversas áreas de orientación, como la educación, la salud, la investigación y el desarrollo socio – económico (Costamagna, 2015).

Sistema de salud: organización y niveles en la provincia de Santa Fe

Al describir el sistema de salud nacional en el que la región se inscribe, podemos señalar que en Argentina coexiste un modelo mixto, conformado por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. De acuerdo con el *Análisis de situación de salud. República Argentina* (Ministerio de Salud de la Nación, 2018), aproximadamente el 64 % de la población dispone de algún tipo de cobertura a través de obras sociales o seguros privados, siendo las obras sociales las más prevalentes, con una cobertura del 46 %, mientras que el 36 % restante recurre exclusivamente a los servicios públicos. Cabe destacar que contar con cobertura no excluye la posibilidad de utilizar igualmente servicios del sistema público.

³ Los datos poblacionales han sido actualizados para este escrito utilizando el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2022 (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [INDEC], 2023) cuyos resultados han sido publicados luego de la investigación.

En la provincia de Santa Fe, el subsistema estatal se organiza a través de una estrategia de gestión en red basada en la atención primaria de salud (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2024). La red está compuesta por diversos efectores (centros de salud, hospitales, Servicio para la Atención Médica de la Comunidad SAMCO) con gestiones provinciales o municipales, que trabajan en articulación con otras áreas a fin de promover el derecho a la salud. Los efectores cuentan con diversos niveles de complejidad para el despliegue de los procesos de salud y cuidado: primer nivel (centros de salud, pensados como espacios de proximidad a la ciudadanía, con perspectiva y orientación territorial, sin camas de internación), segundo nivel (hospitales de baja y mediana complejidad), tercer nivel (hospitales de alta complejidad).

A fin de garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, la provincia cuenta con un Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) con vehículos y centrales de operaciones y traslados. Por otra parte, despliega procesos digitales de información, mediante el acceso y la posibilidad de producir aportes en distintos sistemas virtuales, facilitados provincial o nacionalmente (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2022).

Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos regionales. Cada región presenta una ciudad que funciona como centro de información, articulación y distribución de recursos y capacidades. Esta subdivisión en nodos regionales se orienta a considerar la identidad, particularidades y diversidades culturales, políticas y económicas de los distintos territorios.

Con respecto al trazado de lo existente actualmente en la provincia de Santa Fe en términos del circuito de atención, podemos mencionar que el grado de cobertura y acceso a los servicios de salud es representativo de la heterogeneidad del desarrollo de las diversas regiones. Los equipos fueron incluyendo gradualmente diversidad de saberes, si bien la distribución de profesionales es muy diversa y aún existen localidades que no cuentan profesionales de algunas áreas (Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe, 2021).

La proximidad a las familias y las comunidades a través de la atención primaria de la salud constituye una estrategia fundamental para la garantía de los derechos humanos de las poblaciones y la construcción de cuidados en territorio. En cuanto a la atención en hospitales generales, los abordajes de las situaciones de urgencia y crisis en hospitales polivalentes con posibilidad de internación se orientan a disminuir la segregación, cronificación y estigmatización de las personas usuarias de los servicios de salud. Gran parte de los hospitales de la provincia cuentan con equipos de salud mental, si bien con una conformación diversa.

En términos de salud mental, notamos la coexistencia de modelos de atención propios de una situación de transición. En este sentido, el estado provincial presenta dos hospitales monovalentes y uno polivalente con internación crónica, emplazados en las regiones de Santa Fe y Rosario. Estos efectores se encuentran en vías de transformación y sustitución en clave de salud integral, con la participación de organismos públicos, trabajadoras/es de diversos sectores y personas usuarias. Por su parte, la región de Rafaela no presenta a la fecha, ni a través de su historia, monovalentes públicos en salud mental.

Un acontecimiento en la provincia de Santa Fe ha sido la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental en la esfera del Ministerio de Salud durante el año 2005. Este hito ha acompañado la construcción de una agenda pública que pone de relieve los asuntos de salud y salud mental, al tiempo que promueve la creación de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales y orienta los procesos de reformas de hospitales monovalentes (Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe, 2021). Desde

el año 2023, a su vez, el área de gestión se jerarquizó al rango de Subsecretaría con miras a fortalecer y ampliar la disponibilidad de recursos para la implementación de políticas públicas en salud mental (Gobierno de Santa Fe, 2025).

La red de salud en el territorio rafaélino

Como parte de la estrategia de gestión en red propia de la provincia de Santa Fe, la región de Rafaela presenta 103 efectores de salud estatales: 88 de primer nivel de complejidad, 14 de segundo nivel, y 1 de tercer nivel (Gobierno de Santa Fe, 2023).

En la trama de esta red, a lo largo del proceso de investigación, se han visibilizado diversos dispositivos en los que las comunidades, equipos de salud y otros sectores co-participan para la construcción de propuestas, mediados por distintas actividades y propósitos. Algunos de estos dispositivos han sido formalizados mediante normativa provincial o regional.

Entre los dispositivos sistematizados, ahondaremos en esta instancia las experiencias matriciales, socio-productivas y culturales.

Dispositivos matriciales

Los dispositivos matriciales en la provincia de Santa Fe constituyen equipos regionales estatales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (Resolución N° 2874, 2019), cuyos postulados teóricos provienen, entre otros, de los desarrollos de matricialidad desplegados por Sousa Campos (1998). La propuesta se orienta a la creación de procesos innovadores mediante la gestión de una red de servicios matriciales de apoyo a los equipos de referencia. Conformado por una organización de profesionales cuya disponibilidad es menor en los equipos mínimos o de la red básica, esta matriz amplía las posibilidades y la composición de diversidad disciplinar, supervisando y proponiendo actividades específicas, así como también, funcionando como sostén para el trabajo de un determinado número de equipos de referencia. Los nuevos dispositivos se orientan a estimular en lo cotidiano la producción de nuevos patrones de interrelación entre equipos y con personas usuarias, buscando la transformación de obstáculos en la comunicación según la directriz del vínculo terapéutico y facilitando articulaciones desde perspectivas de trabajo transdisciplinario.

Con una fecunda historia en la provincia de Santa Fe en diversas regiones, estos dispositivos de salud integral pugnan por la sustitución de lógicas tradicionales, al funcionar como equipo soporte territorial en la red sanitaria. En consonancia con estos fines, toman intervención en situaciones socio – subjetivas complejas, teniendo como objetivo fundamental la producción de salud entendida como derecho humano irrenunciable. Desde este enfoque, se subraya la importancia de construir estrategias con las comunidades, fortaleciendo redes, gestionando acciones y enlaces intersectoriales e interinstitucionales (Resolución N° 2874, 2019).

En la región de Rafaela, la conformación del dispositivo regional (Disposición N° 10, 2019) se desarrolló en el año 2011 a partir de las funciones de fortalecimiento a los equipos de salud y acompañamiento a los procesos de asistencia situados en territorio. Han participado de este espacio saberes propios de psicología, psiquiatría, abogacía, arte y cocina, los cuales fueron incluyéndose de modo paulatino.

Los ejes de trabajo se vinculan con el soporte formativo, cooperativo y de gestión de recursos y asistencia en la trama de la red sanitaria. Entre las actividades desplegadas podemos mencionar la facilitación de espacios de formación en materia de salud/salud mental desde una perspectiva de derechos;

en temas emergentes como urgencias subjetivas, consumos problemáticos, prevención de suicidios, registros en salud, aspectos legales y creación de dispositivos grupales. Estos espacios de formación son gestados desde la red de salud estatal y en articulación intersectorial, con la participación de municipios y comunas, áreas de educación, género, trabajo, niñeces y juventudes, fuerzas de seguridad, entre otras. Como un modo de contribuir a la formación de futuras/os profesionales, se han suscrito acuerdos con universidades para el desarrollo de prácticas profesionales supervisadas de estudiantes en el dispositivo, atendiendo a la participación de diversidad disciplinar. Por otra parte, desde la convicción de promover las transformaciones en salud por la vía de la cultura, se llevaron adelante procesos editoriales mediante la creación y difusión de publicaciones periódicas que han transmitido experiencias y debates en salud. Con miras a ampliar las oportunidades, se desarrollaron actividades de cooperación internacional con entidades como Unicef y la OMS, a fin de fortalecer los registros en salud y superar las brechas de acceso en salud y salud mental en la región. A estas actividades se suma la gestión de recursos y asistencia directa, aspectos que buscan contribuir con el derecho a la salud en la región.

La creación de dispositivos colectivos apuesta al fortalecimiento de redes como potencia. En este mismo sentido, se han promovido en la región dispositivos socio-productivos y culturales, algunos de los cuales han contado con el acompañamiento del dispositivo matricial para su creación y sostén. A continuación, describiremos experiencias socio-productivas, para luego dar paso al relato de dispositivos culturales en nuestro territorio.

Dispositivos socio-productivos

Entre los dispositivos que presentan incidencia productiva, haremos lugar a dos espacios orientados a la promoción del derecho al trabajo: un emprendimiento de panadería situado en una localidad mediana y un dispositivo de hilados de seda del que participan tres localidades pequeñas emplazadas en zona rural.

En cuanto al primero, el emprendimiento se dedica a la elaboración y comercialización de productos panificados. Se localiza en un centro urbano que recibe la afluencia de habitantes de localidades de pequeña y mediana escala contiguas. Participan de este dispositivo personas mayores de dieciocho años que comparten la circunstancia de encontrar dificultades en el acceso al trabajo y de gestar una independencia económica, en concordancia con padecimientos subjetivos que han mermado dichas posibilidades, entre otros determinantes socio – económicos. De esta manera, la iniciativa se orienta a generar autonomía laboral y personal, buscando fortalecer la inclusión social de la ciudadanía, bajo la premisa del trabajo, la construcción de sentidos y la obtención de un sustento económico.

La propuesta no solo apunta a la autonomía económica, sino que propicia transformaciones subjetivas y sociales vinculadas a la inclusión en el dispositivo. Entre otros aspectos, podemos destacar el sostén que encuentran las personas participantes en la vida colectiva, la ayuda mutua y los buenos tratos, así como en la determinación que presentan al momento de aventurarse en terrenos poco recorridos previamente, como el laboral o el establecimiento de lazos sociales fuera del grupo familiar. Al mismo tiempo, notamos que presenta cierto impacto en términos de relaciones de poder. En este sentido, la participación en la actividad productiva supone que las personas hagan uso cotidiano de la palabra y asuman un rol activo en las definiciones que atraviesan el espacio. Esta cuestión de algún modo interroga cierto orden social establecido, desnaturalizando mandatos familiares o sociales en derredor de los padecimientos subjetivos. De este modo, fomenta el ejercicio de la ciudadanía en la medida en la que allí se despliegan las singularidades de las personas participantes, potencialidades e intereses, en

una posición activa tendiente a la toma de decisiones sobre los proyectos de vida. La salud se presenta así en el proceso de lucha colectiva a través de la participación en el emprendimiento, que permite la reinención creativa de situaciones vividas de desolación, conflictos familiares, angustia, sensación de impotencia. Estas modalidades de economía social y solidaria se presentan como movimientos de resistencia al capitalismo como sociedad de consumo, presentándose como un modo de reconocer a las personas participantes como sujetos de derechos, con experiencias y saberes propios, con autonomía y posibilidades de asumir protagonismo para transformar las realidades (Mansilla, 2020).

Desde esta perspectiva, es un modo de vincular salud y trabajo, entendiendo a la salud desde una mirada integral. Se orienta a construir formas de pensar y sentir que rompan con la lógica de exclusión de la diferencia y del enclaustramiento de subjetividades. Así, el espacio pone el acento en atender la integralidad y amplitud de los procesos de salud y cuidado, anclados en el entorno de vida y actividades cotidianas de las personas. Este posicionamiento se presenta en consonancia con la noción de clínica ampliada, como aquel proceso que liga la salud a la producción y reproducción social situada donde la existencia misma de los sujetos ocurre (Sousa Campos, 1996). En este mismo sentido, como parte de la fundamentación del espacio se enfatizan sus lineamientos clínico – políticos, ponderando una clínica que se constituye como parte de los asuntos públicos y de Estado (Resolución N° 1588, 2016).

La propuesta se gestó con la facilitación del dispositivo matricial dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y a través del trabajo en red con centros de atención primaria de la salud de la zona como referentes territoriales. A través del proceso, ha contado con la participación de diversos sectores del Estado, la sociedad civil y el ámbito privado que han ofrecido procesos de formación en el oficio de panadería, cocinas acondicionadas para la producción, canales de venta y acompañamiento en los cuidados de salud.

Otro dispositivo productivo es la elaboración de hilados de seda en tres localidades rurales. Allí participan instituciones locales, equipos de salud, escuelas y actores comunitarios, fortaleciendo la cooperación y la inclusión social. La propuesta resignifica los lazos comunitarios y promueve nuevas formas de producción y trabajo colectivo como parte de la construcción de salud en territorio. Las personas participantes de la experiencia resaltan las incidencias potenciales del proceso colectivo mediante la resignificación de los lazos, lo laboral, la crianza a través del encuentro, la producción, la educación y el fortalecimiento del entramado social (Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe, 2022).

Dispositivos culturales

Entre los dispositivos con incidencia en la cultura presentes en la región, a continuación, presentaremos una experiencia de arte itinerante y una mesa territorial de trabajo intersectorial.

El dispositivo de arte itinerante busca promover derechos y generar procesos creativos con niñas, niños y jóvenes de distintos barrios de una localidad mediana, a través de intervenciones en territorio que favorecen la inclusión social. Su carácter itinerante responde a la necesidad de acercar las actividades a las comunidades, evitando depender de la asistencia a instituciones formales. La propuesta incluye talleres de expresión artística en diversos lenguajes (audiovisual, plásticos, escénicos, musicales), fomentando nuevas formas de narrar y comunicar experiencias a través de las distintas oportunidades que estos medios nos ofrecen.

Por otra parte, con la facilitación de un centro de atención primaria de la salud y en abordaje intersectorial se ha constituido una mesa de participación ciudadana en el barrio de una ciudad mediana. El espacio se ha conformado por vecinas/os, representantes de la escuela, el grupo de fútbol, la copa de

leche y el equipo territorial del municipio, quienes construyeron una agenda de trabajo conjunta. Los ejes de trabajo que emergieron de las discusiones en la mesa fueron la pertenencia al barrio y el fortalecimiento de los lazos sociales. En esta trama, emerge una propuesta de expresión a través del arte que, con el tiempo, se constituye en un proyecto *transmedia* acompañado por una universidad local. Los objetivos se orientan a visibilizar los modos y sentidos que las personas y grupos tienen de habitar el barrio a través de la construcción de narrativas por diversos medios audiovisuales, como la fotografía, filmación, dibujos y producción de *podcast*.

En estos procesos puede observarse el fomento de mecanismos de expresión para las poblaciones, a partir de concepciones alternativas a las tradicionales, centradas en la participación comunitaria (Stolkiner, 1987). Se trata de espacios amplios donde los saberes se encuentran y se entretajan para producir narrativas sobre los modos de habitar la ciudad y sobre la identidad territorial. Esta identidad condensa sentidos y valoraciones, significaciones morales e imperativos éticos que contribuyen a la definición de los sujetos y de los grupos de pertenencia, mediante procesos que, en parte, escapan a la conciencia (Galende, 2004). En el entramado de estos procesos, la participación se afirma como un hecho de salud y salud mental, ya que transforma las posiciones de los sujetos y las poblaciones, cuestiona el servilismo y propicia la ruptura del vínculo poder-saber entre equipos técnicos y población. Así, se orienta el fortalecimiento de lazos de solidaridad social desde una actitud activa frente a situaciones que, vividas de manera individual y pasiva, tienden a reforzar su carácter patologizante (Stolkiner, 2021a). De esta forma, los procesos de creación colectiva permiten a quienes participan dejar de pensarse como individuos aislados, obligados a resolver sus problemas en soledad, para reconocerse como parte de una comunidad con la que pueden establecer vínculos de colaboración y pertenencia (Bang, 2011).

DISCUSIÓN

En este apartado nos proponemos poner en diálogo las experiencias sistematizadas con los marcos conceptuales y políticos que orientan la salud comunitaria y la promoción de derechos. Desde una lectura situada, recuperamos los sentidos, tensiones y discusiones que emergen de estas prácticas, reconociendo su potencia transformadora frente a los modelos hegemónicos de atención en salud y salud mental.

A través de la sistematización realizada, encontramos en el ámbito estatal de la región de Rafaela experiencias comunitarias orientadas mediante el eje de la participación como un modo de entender la producción de salud. Estas propuestas transcurren por la vía del fomento al derecho al trabajo, el arte, la recreación y la promoción de lazos sociales. Desde la perspectiva de derechos, la salud se presenta como fuente de riqueza en la vida cotidiana, y no como un resultado puntual y episódico. Entendiendo a la salud como bienestar, su promoción no concierne exclusivamente al sector sanitario sino que implica, por otro lado, condiciones de paz, educación, vivienda, alimentación, justicia social y equidad (OMS, 1986). En este sentido, destacamos la participación de múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de la salud y salud mental que requieren la inclusión necesaria de un enfoque comunitario, cuyas estrategias tiendan a mejorar el acceso al trabajo, educación, cultura, fortalecimiento de redes comunitarias y mejoramiento de la calidad de vida (Bang, 2011). De acuerdo con estas premisas, las perspectivas en salud se reordenan con lógica universalista y se basan en la protección de derechos humanos como estrategia fundamental.

La contribución a estos fines requiere movimientos en el campo de la salud, que podemos encontrar en el desarrollo de dispositivos comunitarios. Desde los principios de la atención primaria de la salud como eje rector, acercan los procesos de salud, atención y cuidado a los lugares donde las personas habitan y trabajan. Estas transformaciones implican no solo al sector sanitario sino a diferentes ámbitos del desarrollo territorial mediante esfuerzos coordinados (OMS, 1978).

A través del estudio podemos observar que los dispositivos comunitarios en salud desplegados en la región de Rafaela no solo cumplen una función de acompañamiento clínico, sino que también introducen tensiones en las lógicas tradicionales de entender y producir salud (Menéndez, 1988; Menéndez, 2003). En lugar de priorizar un abordaje centrado exclusivamente en el individuo y en la enfermedad, las experiencias recuperadas ponen en juego una dimensión colectiva y relacional del cuidado, orientada a la construcción de vínculos y al fortalecimiento comunitario. Este desplazamiento se inscribe en los movimientos de la salud colectiva y en las perspectivas de desmanicomialización, que promueven la sustitución de prácticas segregativas por estrategias territoriales y participativas (Stolkiner, 2021a; Basaglia, 2013). De este modo, las experiencias sistematizadas no sólo describen prácticas creativas comunitarias, sino que contribuyen a una formulación de políticas públicas en salud mental, al reflejar que el trabajo interdisciplinario e intersectorial resulta clave para garantizar el derecho a la salud en su integralidad.

En relación con la noción de experiencia, las prácticas relevadas se comprenden no solo como intervenciones situadas, sino también como efectos de resonancia que trascienden a quienes las protagonizan. De esta manera, las experiencias de cuidado se constituyen en acontecimientos que dejan huella en el entramado social y en la subjetividad de sus participantes. En este sentido, la experiencia se presenta como un dispositivo en sí mismo, capaz de producir aprendizajes colectivos y abrir interrogantes sobre los modos de hacer salud. Asimismo, la transmisión de estas experiencias contribuye a la construcción de una memoria colectiva en el campo de la salud. El relato de lo vivido elabora lo acontecido y habilita su inscripción en una historia compartida.

En estas experiencias, los dispositivos comunitarios aparecen como invenciones colectivas que permiten lidiar con el malestar, al tiempo que se presentan como prácticas que inscriben marcas de transformación en el campo de la salud estatal. De esta manera, aportan a la reflexión más amplia sobre la política pública en salud mental y comunitaria, fortaleciendo la memoria de los caminos transitados y abriendo perspectivas para los desafíos por venir.

CONCLUSIONES

La sistematización de experiencias comunitarias en el ámbito estatal de salud en la región de Rafaela permite trazar aprendizajes que interpelan las formas establecidas de concebir y producir salud. Las prácticas relevadas se caracterizan por su carácter colectivo, situado y contrahegemónico, y muestran un potencial para disputar sentidos, fortalecer vínculos y sostener horizontes de transformación desde lo público y comunitario.

A contrapelo del discurso que jerarquiza lo privado y critica la supuesta ineficacia de lo estatal, se evidencia la posibilidad de transformar lo estatal en defensa de lo público (Stolkiner, 2021a). Los dispositivos construidos en el encuentro entre saberes y sectores se configuran como invenciones colectivas que producen efectos de resonancia y memoria en el campo de la salud, ayudando a lidiar con el malestar y a inscribir en palabras huellas de transformación.

Más allá de su alcance situado y temporal, estas experiencias expresan el valor de promover estrategias comunitarias, intersectoriales e interdisciplinarias como parte de las políticas públicas en salud mental. La sistematización pone de relieve la importancia de inscribir estas prácticas en una historia compartida que no sólo recupere lo vivido, sino que también abra horizontes para nuevas transformaciones en el campo de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bang, C. (2011). Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de atención primaria de salud integral con enfoque en salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 28, 331-338. <https://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a36.pdf>
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Fondo de Cultura Económica.
- Benjamin, W. (1989). Experiencia y pobreza. En *Discursos interrumpidos I* (pp. 165–173). Alfaguara.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018a). *Las huellas de la memoria I. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957–1960*. Topía.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2018b). *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970–1983*. Topía.
- Costamagna, P. (2015). *Política y formación en el desarrollo territorial*. Orkestra.
- Freud, S. (1984). La interpretación de los sueños (segunda parte). En *Obras completas*. (Volumen 5, pp. 345–611). Amorrortu Editores.
- Galende, E. (2004). Memoria, historia e identidad. *Revista Topía*, año 14(41),4–5. <https://www.topia.com.ar/articulos/memoria-historia-e-identidad>
- Gerez, E., Juárez, A. y Nogonay, M. (2024). Una experiencia de diagnóstico comunitario en salud mental. *Investigando en Psicología*, 25 (1). <https://doi.org/10.70198/iep.v1i25.245>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023, noviembre). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_indicadores_demograficos.pdf
- Mansilla, R. (2020). *Trabajo y salud: Representaciones sociales de usuarios/as del sistema de salud, trabajadores/as de un emprendimiento productivo* [Tesis de maestría inédita]. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451–464). Asociación de Médicos Residentes de Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Análisis de situación de salud. República Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Organización Mundial de la Salud. (1986, noviembre). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1978, septiembre). *Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- Padrón, M. E. (2023, noviembre). *Experiencias con orientación psicoanalítica en el ámbito de salud estatal*. (Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires). Universidad de Buenos Aires. <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=b8458a0088f0e0d5849cfbda9f1f5941>
- Saenz, I. (2024). La formación de profesionales en el campo de la salud mental y su adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. *Investigando en Psicología*, 25 (1). <https://doi.org/10.70198/iep.v1i25.280>
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter*. Anagrama.
- Stolkiner, A. (1987). Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de salud y educación. En N. E. Elichiry (Comp.), *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio* (pp. 191–201). Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2021a). *Prácticas en Salud Mental*. Noveduc.
- Stolkiner, A. (2021b). Prólogo. En A. Brain, G. Gerrerio y L. Sanfelippo, *Sala abierta. Internaciones en salud mental en un hospital general* (pp. 9–21). La Docta Ignorancia.
- Ulloa, F. O. (2012). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Libros del Zorzal.
- Wagner de Sousa Campos, G. (1996). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. [s.e.]
- Wagner de Sousa Campos, G. (1998). *Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud*. Campinas: UNICAMP.

Recibido: 26/7/25. Aprobado: 30/9/25.

ANEXO

Consentimiento informado. Información para las personas participantes en la investigación

La presente investigación constituye la tesis desarrollada a fin de alcanzar el grado académico de Doctor de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA).

- Denominación de la tesis: Experiencias con orientación psicoanalítica en el ámbito de salud estatal

- Apellido y nombre de Directora: Doctora Alicia Inés Stolkiner

- Apellido y nombre de la doctoranda: Magíster María Eugenia Padrón

Usted ha sido invitada/o a participar en la investigación Experiencias con orientación psicoanalítica en el ámbito de salud estatal.

El objetivo de la misma consiste en describir las experiencias con orientación psicoanalítica en organismos de salud estatales de la región de Rafaela (Santa Fe, Argentina) en los años 2021-2022.

Como técnicas de producción de datos se estudian los registros existentes en las instituciones, se implementan entrevistas con actoras/es que son parte del proceso y se realizan observaciones en el marco de las funciones desempeñadas en el Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER) Rafaela.

Las investigadoras se comprometen a asegurar la confidencialidad de la información así como a resguardar la identidad, el anonimato y la privacidad de las personas participantes.

Este resguardo será garantizado tanto en la producción de la información como en la divulgación de la investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer las preguntas que necesite a los integrantes del equipo de investigación en cualquier momento.

Usted podrá acceder a los resultados de la investigación una vez finalizada solicitándolo al equipo de la investigación

Desde ya se agradece su participación.

María Eugenia Padrón