

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD E INTERDISCIPLINA:  
DOS COMPONENTES CLAVES PARA  
LAS REFORMAS EN SALUD MENTAL  
PRIMARY HEALTH CARE AND INTERDISCIPLINE:  
TWO KEY COMPONENTS FOR REFORMS IN MENTAL HEALTH

**ROMINA C. SOLITARIO, PAMELA GARBUS, ALICIA STOLKINER**

*Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (UBA). Buenos Aires. Argentina.*

---

**Resumen:** Este trabajo reflexiona acerca de la necesidad de implementar estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS), que se basen en abordajes interdisciplinarios, como condición de posibilidad para que las reformas en salud mental de enfoque comunitario puedan llevarse a cabo. Esta consideración parte del énfasis que hace la APS en la responsabilidad social y estatal sobre la efectivización de derechos de ciudadanía social, necesarios en estos complejos procesos de reforma. En este sentido, resulta relevante que en la revitalización de esta estrategia impulsada por la OPS y la OMS, se apela a la noción de determinantes sociales en salud y se vuelve sobre conceptos integrales de la Atención Primaria, reincorporando los postulados de universalidad y cumplimiento de derechos. La interdisciplina, por su parte, reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la

construcción de los saberes disciplinarios. Posibilita un abordaje no lineal ni unilateral, aportando una mirada compleja del campo en la que los espacios de poder ejercidos clásicamente desde las disciplinas hegemónicas, son necesariamente modificados, ya que la instalación del enfoque interdisciplinario cuestiona las formaciones académicas y profesionales, obligando a su revisión, e interpelando las pugnas corporativas.

**Palabras Claves:** atención primaria de la salud, salud mental, interdisciplina.

**Abstract:** This work reflects on the need to implement Primary Health Care strategies, based on interdisciplinary approaches, as a condition to be able to carry out reforms in mental health with a community approach. Such consideration arises from the emphasis of Primary Health Care on social and state responsibility on the achievement of social citizenship rights that are necessary in these complex reform processes. In this respect, it is relevant that in the revitalization of this strategy driven by PHO and WHO, they resource to the notion of social determinants in health and there is a return to comprehensive Primary Health Care concepts, reincorporating the principles of universality and fulfillment of rights. Interdiscipline, on its behalf, acknowledges

---

**Correspondencia:** Lic. Romina Solitario. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (UBA). Sanabria 4116. (1419) Capital Federal. Argentina.  
E-mail: rsolitar@fibertel.com.ar

**Recibido:** 3 de Agosto de 2007  
**Aceptado:** 11 de Septiembre de 2007

the historicity and, therefore, the relativity of the construction of disciplinary knowledge. It allows for a non-linear, non-unilateral approach supplying a complex look of the field in which power spaces classically taken by hegemonic disciplines, are necessarily modified, since the setting up of the interdisciplinary approach questions academic and professional educational systems, compelling to the review thereof and bringing in corporative disputes.

**Key words:** primary health care, mental health, interdisciplinary.

## INTRODUCCIÓN

La «Declaración del Milenio» (Resol 55/02 del PNUD) puso en agenda, -una vez más- el problema de la inequidad y la pobreza estableciendo como «Objetivos del Milenio» la disminución de la desigualdad y la inequidad, y la atención de los problemas que estas han provocado. Este nuevo discurso fundamentó el reimpulso de la estrategia de *Atención Primaria de la Salud* como condición esencial para alcanzar tales objetivos (1).

La revitalización de la estrategia de atención primaria de la salud en este nuevo período abre una oportunidad para retomar y profundizar los objetivos de las *reformas en salud mental*. En la base de esta posibilidad está la ligazón entre los principios y componentes de la APS y los postulados y requerimientos de las reformas en salud mental de enfoque comunitario.

Al revitalizarse las políticas que hacen énfasis en la responsabilidad social y estatal sobre la efectivización de derechos de ciudadanía social, se generan condiciones de posibilidad para retomar los rumbos de las reformas psiquiátricas incluyentes. Desde hace décadas se sabe lo que es necesario hacer tanto en APS como en salud mental, el desafío es cómo concretar estas transformaciones que operan con el atractivo de las utopías y con la dificultad de los cambios que requieren la ruptura de prácticas institucionalizadas cuyos actores tienden a mantenerlas en función de intereses sectoriales o corporativos.

En este trabajo trataremos de reflexionar sobre las articulaciones posibles entre la Atención Primaria de la Salud, en sus diversas interpretaciones, y la salud mental comprendida como un campo de prácticas sociales. Se considera que un elemento que resulta ineludible en esta articulación es la configuración de *abordajes interdisciplinarios*, que conceptualicen los problemas de forma compleja y no estén sometidos a fronteras disciplinarias (2). Implica abandonar la naturalización del recorte que cada disciplina efectúa,

para partir de los problemas, generando un espacio propicio para prácticas que consideren la multidimensionalidad y la complejidad del objeto salud, para el cual Naomar De Almeida Filho (3) propone el uso del concepto «integrales de salud-enfermedad-atención».

### *EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL: REFORMAS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN*

La psiquiatría nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos. Esto es lo que Michel Foucault conceptualizó como su nacimiento político, en el contexto de la Revolución Francesa (4). En una ciudad pensada para el libre deambular de los ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad donde se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse libre e individualmente, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar la «locura» y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse «alienados».

En este contexto, la nueva rama de la medicina -la medicina «mental»- instituyó los que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación. Al respecto dice Emiliano Galende: «El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos» (5). En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura.

Aunque a principios del siglo XX este modelo comienza a ser cuestionado por el Higienismo Mental naciente, éste no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión que lo caracteriza, no obstante dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circunscriptas al asilo. Pese a ello, recién en la segunda mitad del siglo XX — en la posguerra — se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas en salud mental.

Varios fueron los factores que confluieron y posibilitaron estas reformas:

- La necesaria y acelerada reconstrucción de los servicios de salud devastados tras la guerra, incorporando coberturas universales y estructuración de los sistemas,
- El crecimiento de las posiciones humanistas surgidas tras la guerra, que revalorizaron la defensa de los derechos humanos,
- la entrada en la escena política de sectores populares, progresistas y democráticos que se mostraron dispuestos al

cambio (5).

- El acelerado desarrollo de la psicofarmacología, que proveyó una herramienta inédita para controlar, en el doble sentido del término, la sintomatología psiquiátrica que fundamentaba la reclusión, privándola, de este modo, de su principal soporte argumental (6).

Las políticas en salud mental, emergentes en este período, propugnaban la desaparición de la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos.

En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra (5). Simultáneamente se desarrollan experiencias alternativas en diferentes países.

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como lo son los contextos y estados en que se desarrollaron. En la mayoría subyacía también la necesidad de mantener dentro de los límites del ordenamiento los conflictos que se generan por las tensiones propias de la sociedad. No obstante hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reformas psiquiátricas:

- Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no en el de enfermedad mental.
- Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
- Proponer formas ambulatorias e integradas a la sociedad de atención a las patologías psiquiátricas tradicionales.
- Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud.
- Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.
- Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Además de estos enunciados y propósitos, debe reconocerse que el campo de la salud mental, al configurarse como tal, desarrolló actores y conflictos específicos que deben ser considerados estratégicamente cuando se piensa en los pro-

cesos de reforma<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta sus coincidencias, resultó «natural» que los postulados de las nuevas políticas en salud mental confluyeran con las propuestas de Atención Primaria de la Salud. En 1990, la Declaración de Caracas, conclusión de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina de la OMS/OPS, planteaba la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud.

#### ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

El siglo XXI se inició en el marco de una crisis socioeconómica a nivel mundial que provocó la revisión de los resultados y consecuencias de las políticas promercado implementadas en las décadas anteriores. Hoy, en el contexto de un momento de expansión de la economía mundial, reaparecen postulados de un discurso keynesiano redistributivo y se comienza a cuestionar la confiabilidad en las reformas precedentes y de las políticas que propugnan un estado carente de función reguladora.

En este escenario, la «Declaración del Milenio» (Resolución 55/02 del PNUD) de la Naciones Unidas, pone en agenda el problema de la inequidad y la pobreza y plantea como objetivos direccionales las políticas de los países miembros con miras a disminuir la desigualdad, la inequidad y atender a los problemas prioritarios que éstas han generado.

En el Sector Salud, este nuevo escenario coincide con la propuesta de revitalizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud como condición esencial para alcanzar tales objetivos. En el documento de la OPS donde se plantea la revitalización de la APS para América Latina se reconoce: «Las prácticas de ajuste económico, las presiones de la globalización y el impacto de algunas políticas económicas neoliberales, junto con otros factores que se dieron durante la pasada década, son aspectos que han contribuido a las disparidades de la salud y del estatus social y de poder, dentro y entre los países de las Américas» (1). Consecuentemente se apela a la noción de determinantes sociales en salud y se vuelve sobre conceptos integrales de la Atención Primaria, reincorporando los postulados de universalidad y cumplimiento de derechos.

Simultáneamente a esta revitalización de la Atención Primaria de la Salud, hay desde la OMS una importante producción sobre salud mental. El 2002 es declarado por la

<sup>1</sup> Bourdieu define el campo de la siguiente manera: «En las sociedades altamente diferenciadas, el cosmos social está constituido por el conjunto de estos microcosmos sociales relativamente autónomos, espacios de relaciones objetivas que forman la base de una lógica y una necesidad específicas que son irreductibles a las que rigen los demás campos». (Bourdieu, 1995).

OMS Año Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anuncia el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Para estos años también, se elaboran un Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, destinadas a fortalecer y promover la implementación de cambios y acciones en los países miembros.

En este mismo período, por otra parte, se comienza a propagar un neobiologismo extremo que intenta reducir todos los padecimientos subjetivos a problemas de origen genético o disfunciones comprensibles por las neurociencias. Ambas disciplinas –la genética y las neurociencias– han tenido un importante desarrollo y sus aportes pueden ser muy importantes para abordar las patologías del campo. Sin negar su valor, hay que reconocer que su utilización reduccionista tiene una función política: produce o propugna una representación hegemónica de la enfermedad mental descontextuada y ahistórica. En consonancia con ella, la terapéutica sería esencialmente medicamentosa.

Esta concepción representa el otro lado de la escena, los actores que pueden antagonizar (como ya pasó con posterioridad a Alma Ata). Tenemos herramientas y conocimientos como para implementar importantes transformaciones en la atención en salud mental, como un elemento más de la profundización de la vigencia de los derechos de los ciudadanos. Los valores, principios y elementos de esta APS renovada son un marco absolutamente adecuado para el desarrollo de políticas en salud mental. Una vez más, como cuando la APS fue reducida a una atención mínima, sus planteos pueden ser criticados por idealistas o utópicos. Son el emergente de una faceta del conflicto de esta época, y su futuro dependerá de la estrategia desplegada para su concreción. Esta APS reformulada define valores, principios y elementos esenciales a todo sistema de salud basado en ella (1):

Valores	Principios	Elementos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derecho al nivel de salud más alto posible</li> <li>• Solidaridad</li> <li>• Equidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar respuesta a las necesidades de la población</li> <li>• Orientación hacia la calidad</li> <li>• Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos</li> <li>• Justicia Social</li> <li>• Sustentabilidad</li> <li>• Participación</li> <li>• Intersectorialidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso y cobertura universal</li> <li>• Atención integral e integrada</li> <li>• Énfasis en promoción y prevención</li> <li>• Atención apropiada</li> <li>• Orientación familiar y comunitaria</li> <li>• Mecanismos de participación activa</li> <li>• Organización y Gestión óptimas</li> <li>• Políticas y programas pro-equidad</li> <li>• Primer contacto</li> <li>• Recursos humanos apropiados</li> <li>• Recursos adecuados y sostenibles</li> <li>• Acciones intersectoriales.</li> </ul>

Estas definiciones – por ej. Integralidad – conllevan repensar la Interdisciplina en términos de condición de posibilidad para la APS como estrategia necesaria para fortalecer las reformas del modelo de atención en salud mental.

**ELABORDAJE INTERDISCIPLINARIO**

La interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista, implica adherir a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la

relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. (7).

En uno de sus textos sobre abordaje de sistemas complejos, Rolando García plantea:»se trata, en primera instancia, de una metodología de trabajo..., pero al mismo tiempo, un marco conceptual que intenta fundamentar el trabajo interdisciplinario sobre bases epistemológicas» (8).

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a

reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas —de época— atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello (9).

La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

Las condiciones básicas para que pueda funcionar como tal un equipo asistencial interdisciplinario requieren de la inclusión programada dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. Es importante que sea reconocido el tiempo dedicado a los espacios de discusión, de ateneos, reuniones de equipo, etc., como parte del tiempo de trabajo. Es fundamental que los profesionales en equipos interdisciplinarios, puedan sostener un posicionamiento «indisciplinado» con sus disciplinas y con los modelos hegemónicos de práctica profesional en que se formaron.

## CONCLUSIONES

### *APS Y SALUD MENTAL. FUNDAMENTOS DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO*

Un proceso de reforma del modelo psiquiátrico de atención, realiza un deslizamiento desde una disciplina hegemónica, la medicina, que recorta un objeto aislado y fragmentado y lo homologa al objeto real, hacia un abordaje interdisciplinario que ya no se basa en la operación de una sola disciplina, sino que, coherentemente con la complejización del campo propia de los modelos comunitarios, se sostiene en una epistemología que reconoce la historicidad y la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de respuestas aisladas.

La interdisciplina se aleja del establecimiento rígido de una relación de asistencia entre el profesional y el sujeto objeto de su práctica, y de la institucionalización del enfermo. No ejerce un poder sobre los sujetos que los desproveen de sus derechos ciudadanos, para convertirlos en meros objetos de conocimiento.

En este tipo de abordaje, no sólo se tiende a la integración de diversos campos disciplinares que tienen incumbencia en los problemas de salud mental, sino que también se incorporan saberes no profesionales, que no representan una disci-

plina científica sino otro tipo de saber (saberes no-disciplinarios).

La primera tarea de construcción inter-saberes que desafían estos equipos es, obviamente, la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos. La base de la misma es la definición del problema y de sus actores. El marco referencial común implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos, tanto en el tipo de relación que se intenta construir entre equipo asistencial y «beneficiarios» del mismo, como en la definición del sujeto de estas acciones.

Un obstáculo a revolver, para la conformación de equipos Interdisciplinarios, es la hegemonía entre los campos disciplinares. Es importante que quienes integren estos equipos, estén advertidos que esta no es fija ni predeterminada, no depende del valor intrínseco de alguna de las teorías, sino del proceso de conceptualización del problema, del nivel de análisis en que se sitúa y de las estrategias que devienen de ello (10). Necesariamente la instalación del enfoque interdisciplinario cuestiona las formaciones académicas y profesionales, obligando a su revisión, e interpela las pugnas corporativas. No obstante, hay que reconocer que el logro de esta «renuncia» al poder disciplinario no es tarea fácil en los grupos de trabajo. En un equipo interdisciplinario el liderazgo a lograr es de tipo democrático y rotativo, se define básicamente por el problema y no por la supuesta hegemonía de una profesión.

En la Argentina enfrentamos el desafío de la desarticulación de la institución psiquiátrica, no sólo como establecimiento en el que se concretan las prácticas de dominación, reclusión y castigo sobre los enfermos, sino desde una perspectiva más amplia que incluye la reformulación de las relaciones sociales que establece (11). Estas son reemplazadas por criterios comunitarios, que profundizan la vigencia de los derechos ciudadanos y humanos básicos. La idea de integralidad debe estar contenida en todas las prácticas en salud y la búsqueda de cooperación interdisciplinaria resulta ineludible para ello.

## AGRADECIMIENTOS

El estudio forma parte del Proyecto de Investigación (P077) «Accesibilidad y dignidad en la atención en Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: sujetos y derecho a la atención en salud», dirigido por la Prof. Alicia Stolkiner y financiado por UBACyT. La Lic. Romina Solitario y la Lic. Pamela Garbus son becarias de CONICET (Postgrado Tipo I).

## BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. «Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas» Washington. 2005.
2. Elichiry N. La importancia de la articulación Interdisciplinaria para el desarrollo de nuevas metodologías transdisciplinarias. del Libro «*El niño y la escuela*» *Compiladora*, Elichiry Nora, Nueva Visión, Buenos Aires. 1987
3. De Almeida Filho Naomar. *La Ciencia Tímida - Ensayos de reconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 2000
4. Foucault Michel. *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica. 1967.
5. Galende E. *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* Buenos Aires, Paidós. 1990.
6. Stolkiner A. «Nuevos enfoques en salud mental», Ponencia XIV Congreso latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria, Buenos Aires. 2003.
7. Stolkiner A. «Interdisciplina y Salud Mental». Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental – I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización . Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas, Misiones, Octubre de 2005.
8. García R. «Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos» en el libro *Los Problemas del Conocimiento y la perspectiva ambiental del Desarrollo* comp. De E. Leff, Siglo XXI. 1986.
9. Stolkiner A. La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. (Revista Campo Psi-Revista de Información especializada». Abril 1999; Año 3, N° 10. Rosario. [www.campopsi.com.ar](http://www.campopsi.com.ar)
10. Stolkiner A. Equipos Interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?). Revista El Campo Psi - Revista de Información Especializada. Agosto 1999; Año 3, N° 12. Rosario. [www.campopsi.com.ar](http://www.campopsi.com.ar)
11. Stolkiner A, Solitario R. «Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías», en «Atención Primaria en Salud: Enfoques Interdisciplinarios». PAIDOS, Buenos Aires. 2007