

Políticas de salud / salud mental en la infancia: un abordaje desde la perspectiva de los derechos

Alejandra Barcala (2008) * pags. 51- 70

Del libro: Políticas sociales y derecho a la salud. De la infancia en los márgenes a la ampliación de las condiciones de derechos para la niñez. Leandro Luciani Conde y Alejandra Barcala (Organizadores). Editorial Teseo. Buenos Aires, 2008.

Introducción**

Las transformaciones que las políticas públicas han sufrido en la Argentina a partir de la Reforma del Estado en los 90 han tenido un impacto en las características y la dinámica del sector salud.

Las modificaciones en la orientación normativa y en las instituciones estatales que tomaron a cargo las problemáticas de salud/salud mental en la Infancia, y que participaron los procesos de formulación y aplicación de políticas, evidenciaron profundas contradicciones y manifestaron ausencia de coordinación entre distintas instancias públicas.

La inadecuación entre los marcos jurídicos más alentadores que deberían orientar las políticas públicas y las respuestas institucionales lesionaron el derecho a la salud de los niños/as en términos de accesibilidad, equidad, y de reconocimiento de la dimensión subjetiva favoreciendo modos de disciplinamiento y encierro en la infancia.

La ausencia de dispositivos que alojaran a los niños/as con sufrimiento psíquico severo, la fragmentación del sistema, las derivas institucionales por los servicios, la ausencia de equipos interdisciplinarios y de coordinación entre distintas instancias públicas, vulneraron los derechos de los niños/as y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires ,y tuvieron como consecuencias un aumento de la estigmatización, de la medicalización y casi la duplicación de las internaciones psiquiátricas de niños/as en una década.

El presente trabajo pretende contribuir a la reflexión acerca del lugar que ha ocupado la protección social en salud mental en la infancia en la agenda política argentina y cuáles han sido los posicionamientos del Estado al respecto a partir de la década del 90. A partir de este propósito se describen y analizan los modos de intervención del Estado con respecto a la salud mental en la infancia, las transformaciones que las políticas públicas han sufrido a partir de la Reforma del Estado, la dinámica de los actores intervinientes, los planes, las legislaciones, y las características y dinámica sectorial.

El análisis se centra en el período 1989-2006, momento en el que se implementaron radicales políticas de reforma en el sector salud y transformaciones en el marco jurídico respecto a la infancia.

Situación de Salud Mental en la Infancia

Las profundas transformaciones socio-políticas de las últimas décadas en nuestro país han potenciado en grandes franjas de la población crecientes fragilidades subjetivas, produciendo formas de padecimiento y sufrimiento psíquico que impregnan la vida cotidiana.

* Alejandra Barcala

** El presente trabajo expone resultados parciales de la Tesis de Doctorado en Psicología – UBA “*Estado, Infancia y Salud Mental: Impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90*”.

La creciente vulnerabilidad social de las familias que conjuga la ausencia o precariedad del trabajo con la fragilidad de los soportes sociales como salud y educación, han empujado a una creciente desafiliación de los hogares¹ en los cuales crecen los niños/as y adolescentes en situación de pobreza.

La crisis económica, política y social ha tenido un impacto diferencial en los niños/as, quienes constituyen el grupo de más alta vulnerabilidad a los procesos de ajuste económico.² El campo de la salud constituye uno de los lugares donde se reflejan más directamente las condiciones de esta crisis que afecta particularmente a la infancia. Cada vez más "niños/as, niñas y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles" son niños/as/niñas que se encuentran temporalmente o definitivamente privados de derechos fundantes de la condición de niño, entre ellos el derecho a la salud y a la asistencia adecuada.³

En un contexto donde se han ido acentuando los procesos de desintegración social, desigualdad e inequidad, empeoró la salud mental de los niños/as más desprotegidos o marginados afectados por el incremento de las tasas de malnutrición, el creciente número de casos de Sida entre los jóvenes, el fenómeno de la prostitución infantil y el suicidio juvenil, la extensión de la violencia familiar y de niños sometidos a situaciones de violencia cotidiana, al maltrato familiar, al abuso sexual, el aumento de niñas y niños que se encuentran en situación de calle. Se agudizó la situación de los niños que provienen de familias pobres privados del ambiente familiar, e institucionalizados en centros de asistencia pública y residencias, generalmente lejos de sus hogares y de los niños que son institucionalizados debido a la asistencia insuficiente que se le otorga a las familias de niños discapacitados. Profundas disparidades según las regiones, reproducen y refuerzan la inequidad previa en relación a la situación socioeconómica de los niños/as que viven en las diferentes provincias o aún dentro de una misma ciudad. En la Ciudad de Buenos Aires, la mayor concentración de pobreza y las peores condiciones sanitarias se observan en el cordón sur de la Ciudad.⁴

A su vez, a partir de la década del 90 las transformaciones económicas, políticas y culturales se acompañaron del retroceso de la participación del Estado en la responsabilidad de las políticas sociales consensuadas, generando no sólo que las condiciones de salud de los niños empeoraran sino que el acceso a los servicios de salud se encuentre en un progresivo deterioro, profundizando las diferencias y aumentando las barreras de accesibilidad de los niños/as con mayor vulnerabilidad.

Los servicios de salud se vieron desbordados por nuevas demandas de atención implícitas y explícitas que surgieron en el seno de una crisis profunda en la configuración de las actuales relaciones sociales y su impacto en la subjetividad⁵.

Mientras el cambio en el perfil de las consultas y nuevos modos de sufrimientos en los niños comenzaban a evidenciarse, las clásicas respuestas institucionales resultaron inapropiadas para responder a estos nuevos problemas, no pudieron adecuarse a los requerimientos de las necesidades existentes.

De esta manera, en el marco de la profunda crisis en nuestro país en la década del 90 la protección social en salud mental en la infancia no parece haber sido una preocupación central de la agenda política.

¹ Castel, Robert: *La Metamorfosis de la Cuestión Social*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1997.

² Según datos del INDEC (2003) en la Argentina, la mayor parte de los pobres eran niños/as y la mayoría de los niños/as eran pobres. De este modo, el campo de la salud es uno de los lugares donde se reflejan más directamente las condiciones de esta crisis que afecta particularmente a los niños/as.

³ UNICEF. Documento "Análisis de la Situación de la Infancia en la Argentina", 2000.

⁴ Barcala, Alejandra; López Casariego, Virginia; Czerniecki, Silvina; Scavino, Carla; Stolkiner, Alicia: "Notas sobre inequidades en salud de los niños/as de la Ciudad de Buenos Aires y estrategias familiares de cuidado". En *Revista Ensayos y experiencias* Buenos Aires Ediciones Novedades Educativas, 2002.

⁵ Galende, Emiliano: "Situación Actual de la Salud Mental en la Argentina." *Revista Salud, Problemas y Debate*. Buenos Aires, 2000.

Estado y Reforma de las políticas sociales. Las Políticas de Salud Mental en los 90

Para comprender las Políticas de Salud / Salud Mental es preciso vincularlas al modelo de Estado que se concibe en cada período histórico.⁶ Las políticas estatales referentes a la salud mental en la infancia deben ser entendidas entonces, en un marco de otras políticas estatales y de políticas privadas, lo que permite una visión del Estado en Acción⁷. En este apartado se describirá la Reforma del Estado operada en la década del 90.

Hacia fines de la década del 80 y sobretodo en los 90 en la Argentina, se puso en marcha una estrategia para redefinir el alcance de la intervención del Estado. Las políticas propuestas que apuntaban a desregular los mercados y a reducir la esfera de la actividad estatal en la economía, desencadenaron además un proceso de crisis y reformulación de las actividades del Estado en el área social.

Este nuevo modelo de reforma social respondía al paradigma ideológico neoliberal y fue parte de un proceso de alcance global. Estimulado por organismos financieros multinacionales, quienes planteaban una fuerte crítica al estado benefactor y a su sistema de protección del trabajo, definía cómo debía ajustarse la política social al modelo de liberalización económica. De esta manera, las pautas de intervención social del Estado variaron de acuerdo a las condiciones que establecía el modelo de crecimiento económico que suponía una determinada pauta distributiva.⁸ La receta liberal implicó una drástica transformación de las políticas sociales e incluyó un conjunto de prescripciones en las reformas de los sistemas de protección social, orientadas a la privatización, descentralización, focalización y concentración de los programas en grupos carentes. Esta transformación de la intervención social del Estado tendió a retirar del Estado la provisión de bienes y servicios y no sólo no favoreció la redistribución del ingreso sino que debilitó la protección social incrementando las inequidades.

La salud pública fue el campo de la política social que permaneció más alejado de las prioridades de la agenda gubernamental. El Estado no se comprometió en términos de asignación de recursos ni con la reforma de los servicios de salud ni con políticas asistenciales. Con el argumento de aumentar la eficacia y eficiencia del gasto en salud en los 90 culminó un proceso de descentralización y se incorporó la norma del Hospital público de autogestión aplicada con intenciones economicistas. Además, la focalización de algunos programas al darse en el marco de desigualdades, contribuyó a profundizarlas y consolidarlas, creando un sistema privado de alto nivel, financiado por estrato de mayores ingresos y estableció un sistema estatal de exiguo presupuesto, que sólo distribuyó unos servicios básicos.⁹

Las políticas de salud mental y especialmente las que incumben a la infancia, se enmarcaron en este proceso de reforma del sector salud que fue acorde a las transformaciones globales del Estado.

Este período parece signado por la inexistencia de lineamientos específicos y la ausencia de políticas en Salud Mental a cargo de un Ministerio nacional, cuya función en este campo se iba desdibujando y dejaba a las provincias, los municipios y las unidades asistenciales librados a desarrollar prácticas diversas según políticas locales. A partir de los 90, la reforma del Estado marcó la desaparición de la Dirección Nacional de Salud

⁶ Para una mayor conceptualización del Estado y de la reconstrucción histórica del campo de la niñez en Argentina, véase el capítulo "*La problematización social de la niñez como cuestión de Estado*" de Leandro Luciani Conde, en este mismo libro.

⁷ Oszlak, Oscar; O'Donnell, Guillermo. *Estado y Políticas estatales en América Latina*. CEDES/CLACSO N° 4, Buenos Aires, 1976.

⁸ Cortes Rosalía, Marshall, A.: "Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los noventa". *Desarrollo Económico*, vol. 36, N° 54. Bs As., 1999.

⁹ Belmartino, S.; Levin, S.; Reppeto, F.: "Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: Breve Historia de un Retroceso". *Socialis*, Vol. 5., Rosario, Argentina: Homo Sapiens, 2002, pp. 53-79.

Mental que pasó a constituir una Unidad Ejecutora Central al interior del Ministerio de Salud, cuya gestión a lo largo de los años sólo contó con una débil propuesta para una política en Salud Mental y un marco normativo difuso.

La ausencia de políticas estatales benefició a ciertos sectores y promovió nuevamente el avance de la psiquiatría tradicional, favoreciendo y facilitando el avance de la mercantilización en esta área. La orientación eficientista puso énfasis en la racionalización del sector público que llevó a una metamorfosis del aparato institucional el cual no respondió a las nuevas problemáticas de salud mental de la población, cuestión social que no fue considerada relevante, e incrementó el deterioro de la calidad, la accesibilidad y los problemas de cobertura en los servicios.

En este contexto, el sector público debió enfrentar el crecimiento de la demanda de la atención y una complejidad mayor de los problemas que debía encarar (cuya dimensión social es innegable) junto con un proceso de privatización en salud que modificaba los criterios de cobertura en el sector privado, haciéndola más restrictiva y discrecional. Desde una lógica economicista, esta cobertura restrictiva derivaba las patologías graves (psicosis, alcoholismo, demencias oligofrenias, etc.) a un sector público empobrecido¹⁰. Para los niños/as la única respuesta a trastornos graves lo constituía el Hospital neuropsiquiátrico Carolina Tobar García.

La falta de regulación para el sector privado quien restringió cada vez más su cobertura, derivando las patologías graves al sector público y la profunda crisis reciente obligó al sector público a enfrentar una complejidad mayor de los problemas en salud mental¹¹.

En este escenario, los sistemas y servicios de Salud mental no pudieron adecuarse a los requerimientos de las necesidades existentes. Además, muchos de los programas sociales implementados referidos a la infancia respondían a criterios de focalización reemplazando a las políticas públicas integradoras por "su alto costo económico".¹²

La salud mental de los niños pareció no constituir un tema prioritario. Si bien debía ser objeto del Ministerio de Salud, sin embargo no fue esta unidad estatal quien desarrolló nuevas respuestas frente a las problemáticas que surgieron en el marco de la profunda crisis, sino fue el Ministerio de Desarrollo Social quien tuvo una presencia más dinámica. Aunque la complejidad del problema de la salud mental en la infancia evidenciaba la necesidad de la intervención de varias unidades, la ausencia significativa del rol del Ministerio de Salud favoreció la creciente diferenciación de otras unidades burocráticas y no promovió ni la integración ni la coordinación de las distintas instancias públicas que participaron en los procesos de formulación y aplicación de políticas.

Por otra parte, las transformaciones en las respuestas institucionales producidas por la implementación de la Reforma se acompañaron de importantes modificaciones en las formas de utilización de los mismos y en las estrategias de cuidado de salud de los hogares más pobres vinculadas además a la profunda crisis económica que venía provocando condiciones de precarización del trabajo y descensos significativos de los niveles de vida. Fueron las familias quienes debieron resolver y financiar sus problemas de salud¹³. De esta manera, la adopción de estas políticas modificaron arraigadas

¹⁰ Galende, Emiliano: Se refiere al texto publicado en el diario *Diario Pagina 12*. El cerebro piensa mal, quiso pensar el doctor con fecha 11/9/2003. pp.26.

¹¹ Las instituciones privadas y obras sociales que se rigen por el PMO (Plan médico obligatorio 2000) que brinda atención ambulatoria y hasta 30 sesiones cada 12 meses por beneficiario. Con respecto a la internación de casos agudos hasta 30 días cada 12 meses y el doble en Hospital de Día. Aunque deben propiciar prácticas de Promoción de la Salud Mental mediante el desarrollo de actividades grupales y la modalidad de Talleres que tiendan a la participación, el apoyo mutuo y los comportamientos solidarios en pocos casos se realizan.

¹² Duschatzky, S. *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós., 2000.

¹³ Barcala Alejandra y Stolkiner Alicia "Accesibilidad a Servicios de salud en familias NBI: Estudio de caso". *VIII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 2001

prácticas sociales e instalaron nuevos modos de resolver las cuestiones con una filosofía eficientista, vinculada con la lógica del mercado.

En este período, la concepción de salud, sufrió un cambio radical, dejó de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable para transformarse en un bien de mercado que los individuos debían adquirir¹⁴. La profundización de las políticas de reforma y sus efectos en el sector salud colaboraron a la construcción de un contexto socio-político que puso en cuestión la noción de ciudadanía y generó un retroceso en los derechos sociales.

Legislación, Actores Sociales y Políticas en la Ciudad de Buenos Aires

Mientras que iban aumentando los niños/as cuyos derechos se encontraban vulnerados, en el marco de este drástico y rápido proceso de implementación de políticas neoliberales simultáneamente en nuestro país se sanciona la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN, 1990, 1994) y numerosas leyes que tienden a garantizar los derechos de los niños /as, entre ellos los derechos a la salud y la asistencia.

En contradicción con el marco normativo nacional referido a la reforma del Sector salud, donde en las prácticas sanitarias los niños eran considerados como meros receptores o beneficiarios de políticas asistencialistas focalizadas a los pobres, este nuevo marco jurídico para la infancia operaba un cambio conceptual determinante graficado como el paso de las necesidades a la de los derechos.¹⁵

La Convención introduce un principio diametralmente opuesto al vigente hasta entonces en relación a las políticas llevadas a cabo con niños y adolescentes.¹⁶ Apunta a efectivizar un cambio de paradigma en la concepción de infancia y por lo tanto promueve la transformación de las prácticas y los modelos de intervención pública destinados a la misma.

De este modo, en la década de los 90, al mismo tiempo en que se producía una transformación en la lógica de un estado benefactor hacia un estado de mercado que fomentaba la pérdida de lugar de sujeto de derechos de los niños, legislativamente el niño aparecía como ciudadano.

Sin embargo, a pesar de haberse impuesto el principio de la Protección Integral e Interés Superior del Niño como principio rector que debería orientar las políticas públicas, en muchos casos la intervención del Estado en relación a niños/as y adolescentes estuvo regulada por un marco ajeno a la Convención, que impiden el afianzamiento de políticas que intentan la "desjudicialización de la pobreza".

A nivel nacional la CIDN, coexistió con la ley de Patronato (ley 10.903). Aunque esta última debía haber perdido vigencia no fue derogada y siguió siendo aplicada hasta el año hasta el año 2005, en que se sancionó la ley Nacional 26061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. De este modo en ese período se observó una verdadera situación de "esquizofrenia jurídica".¹⁷ Junto a la

¹⁴ Iriart, Celia; Leone, Francisco; Testa, Mario.: "Las políticas de salud en el marco del ajuste", *Cuadernos Médico Sociales* N° 75. Rosario, Argentina: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario, 1995.

¹⁵ Cillero Bruñol, M.: "Infancia, autonomía y derechos: Una cuestión de principios en: "Infancia", *Boletín del Instituto Interamericano del Niño* N° 234, Montevideo, 1997.

¹⁶ Desde la segunda década del siglo XX, la ley 10903 de Patronato del Estado que se funda en una concepción que considera a los niños como "menores incapaces", dio sustento a la idea que el Estado debía asumir funciones tutelares y podía reemplazar a la familia en el ejercicio del control y autoridad sobre los niños. Esta ley se basaba en la doctrina de la "situación irregular" siendo los niños objeto de "protección judicial". De este modo, favorecía prácticas de "judicialización de la pobreza", donde se confunden causas jurídicas penales con cuestiones asistenciales.

¹⁷ Garcia Mendez, Emilio: "La Convención Internacional de los Derechos del Niño: del menor como objeto de compasión represión a la infancia-adolescencia como sujeto de derechos" en *Derecho de la Infancia-*

Convención se mantuvo intacto un ordenamiento jurídico interno con legislaciones de "menores" basadas en la doctrina de la situación irregular (la ley 10903, que aún no ha sido derogada) que constituyeron la expresión jurídica del modelo latinoamericano de segregación social. Estas aún tienen una importante repercusión en las prácticas de los profesionales del área de salud.

La adecuación de la normativa legislativa, jurídica, y las políticas públicas a los principios emanados de la misma encontró numerosos obstáculos. Implicaba profundas modificaciones, no sólo formales sino ideológicas y culturales hondamente enraizadas en los distintos actores sociales. Si bien varios actores se pronunciaron a favor del paradigma de la Protección Integral del niño como sujeto de derechos, otros como el Consejo Nacional de Niñez y la Familia, creado en 1990, el poder judicial, las instituciones hospitalarias y educativas operaban generalmente con el paradigma del patronato de la Infancia. Algunos de estos actores históricos pugnaron por sostener un espacio de poder y el verdadero negocio que representan las "instituciones para la minoridad".¹⁸

A pesar que la incorporación de la CIDN en la Constitución Nacional promovió un cambio radical, en el área de Salud mental, actualmente un conjunto de políticas contradictorias conviven y entran en conflicto. Los organismos estatales despliegan acciones que responden a paradigmas y representaciones de la infancia diversas que recogen su origen en los diferentes momentos históricos descriptos. En muchas políticas estatales actuales aún se observan sedimentos de concepciones teórico ideológicas que se vinculaban a los modos iniciales de la intervención del Estado en esta cuestión

La complejidad de organización interna de las instituciones sanitarias hacen que convivan y entren en conflicto distintas concepciones teórico-ideológicas, distintas prácticas y paradigmas contradictorios en su interior y sea necesario delimitar los actores y analizar sus percepciones, intereses y visiones acerca de cómo deben ser resueltos los problemas vinculados a la infancia.

En la Ciudad de Buenos Aires esta situación revistió características particulares y resultó paradigmática. Esto se debe a que según la Constitución Argentina, muchas competencias, entre ellas las políticas de infancia y adolescencia y las políticas sanitarias no son delegadas a la Nación, quedando a cargo de cada gobierno provincial su determinación.

En lo que respecta a la infancia, ya desde el año 1998 en la Ciudad se promulgó una la de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 114) que dio lugar a políticas de protección integral de infancia y a la creación del organismo ejecutor de estas políticas: el Consejo de los derechos de niños, niñas y adolescentes¹⁹.

Con respecto al marco normativo sanitario la ley básica de Salud N°153 y ley de Salud Mental N° 448, establecen diferencias sustanciales con las políticas sanitarias nacionales, lo que evidencia una contradicción entre estas normas que garantizaban el derecho a la salud, y las políticas nacionales sanitarias que tendían a la focalización, descentralización y privatización de los servicios en un marco de ajuste fiscal y restricción presupuestaria.

Adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral. Cap. IV. Ed. Forum Pacis, Bogota, 1997.

¹⁸ Novoa, Paula: "Los niños como sujetos de derechos: cambios y continuidades en las prácticas de los agentes de la educación pública primaria de la Ciudad de Buenos Aires tras la sanción de la ley 114 y la creación del Consejo de los derechos de niños, niñas y adolescentes." Avance de tesis de Maestría, no publicada. Maestría de Gestión en Programas y Políticas Sociales. FLACSO. Buenos Aires, 2002.

¹⁹ Aunque genera condiciones objetivas para la construcción de políticas públicas de protección, sin embargo, durante la década del 90 esta ley careció de la formación, organización y administración del nuevo fuero para la niñez y la juventud de la Ciudad de Buenos Aires y debe regirse con la Justicia Nacional que opera con los principios de la Ley de Patronato. Por lo tanto tiene una vigencia más formal que efectiva.

Tanto la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires sancionada en 1999 como la ley 448, especifican como objetivo garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad. Esta última ratifica los lineamientos de la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales y sugiere reformar los actuales efectores incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades en el sector público. Entre ellos establecen la atención especializada en salud infantojuvenil, equipos de interconsulta, prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche, un sistema de intervención en crisis, un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva, Hogares y familias sustitutas y disposiciones vinculadas a externación, altas y salidas que comprenden situaciones de los niños. Dispositivos que intentan evitar la internación y la separación de los niños/as de sus familias.

La ley 448 plantea una adecuación y modificación de los dispositivos institucionales con el objeto de dar respuesta a los profundos cambios producidos en las últimas décadas en el campo de la Salud Mental. No obstante, del mismo modo que con respecto a la infancia, el nuevo marco normativo referente a la salud mental no ha sido cumplido, lo que denota que más allá de la legalidad de estas leyes no cuentan aún con la suficiente legitimidad para cambiar los comportamientos particulares e institucionales.

La implementación de la ley de salud mental ha suscitado profundas discusiones y confrontaciones entre diversos actores, obstaculizando hasta ahora su implementación ya que esta ley modifica la relación de poder vigente entre las teorías y dispositivos clínicos positivista y los de la salud mental comunitaria.

Estas dos diferentes posiciones responden a dos éticas contrapuestas que visibilizan el contraste entre los efectos de psiquiatrización de la pobreza que efectúa el hospital psiquiátrico, basada en el ejercicio del poder, y la ética de integración comunitaria que quita valoración psicopatológica a la desventaja social y a sus sufrimientos, dando valor a la palabra como medio terapéutico, al restablecimiento del lazo social, la participación del paciente y su familia en el proceso de la cura o rehabilitación .

En la Argentina a lo largo de la historia las políticas de salud mental sufrieron avances y retrocesos en los que dos paradigmas, el de la psiquiatría positivista y el de la salud mental comunitaria fueron interponiéndose. Parecieron responder a la alternancia de regímenes políticos que evidenciaban distintos modos de concebir este problema en la sociedad y en los que en ciertos momentos históricos una ideología primó sobre otra. Estos ciclos fueron resultantes luchas entre los diferentes actores sociales que resultaban favorecidos según fuera la naturaleza del régimen político y el estilo de gestión estatal.²⁰

La aplicación de las políticas hoy se encuentran influidas por las posiciones adoptadas por los actores sociales, y los conflictos dan cuenta de los modos que estos van entendiendo la problemática de la salud mental

En la actualidad, la mayoría de las políticas gubernamentales para la niñez se limitan a una incorporación formal y acotada de los lineamientos de la Convención de los Derechos del Niño. Aunque el discurso pareciera plenamente aceptado, no parece haber modificado las prácticas implementadas desde las instituciones, observándose una desarticulación entre el marco jurídico y las políticas implementadas.

Respuestas institucionales y Prácticas en Salud Mental

Por otra parte, junto con la creciente complejidad del derecho durante la última década y las transformaciones en la orientación normativa y en las políticas, se produjeron en la ciudad la expansión y diferenciación de las instituciones estatales que

²⁰ Galende, Emiliano: *Psicoanálisis y Salud Mental*. Ed. Siglo XXI Buenos Aires, 2001.

tomaron a cargo las problemáticas de salud mental. La política social del Estado se fue diferenciando y segmentado progresivamente y fueron apareciendo aparatos especializados para atender necesidades particulares. La toma de posición que intentó resolver de algún modo la cuestión de la salud mental en la infancia en nuestro país incluyó varias organizaciones estatales de diversos sectores y sin integración entre ellas.

Durante el período estudiando, la Dirección de Salud Mental en la Ciudad, contó con un bajo poder relativo, una escasa autonomía y presupuesto, y un lábil sistema de autoridad para llevar a cabo acciones políticas, aunque el funcionario a cargo contaba con reconocimiento por parte de los trabajadores del sector debido a su larga trayectoria en el sector público y una experiencia de gestión anterior.

Recién hacia inicios del año 2000 se diseñó un Plan de Salud Mental para el período 2002-2006, cuya implementación planteó serios interrogantes, dado que a las características mencionadas se suma la escasa fuente de recursos de la Dirección del área y un bajo grado de autonomía operativa debido a que los servicios de salud mental y psicopatología tienen una doble pertenencia. Dependen principalmente de la Dirección de cada hospital que a su vez responde a la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad al igual que la Dirección de Salud Mental.

Para viabilizar este Plan necesita actuar sobre la estructura burocrática preexistente conformada por los 33 hospitales de la Ciudad. Esta tarea no es sencilla dado la diferencia entre los hospitales que poseen un modo peculiar histórico de organización del sistema, diversas infraestructuras y asignación de recursos, incluso orientaciones normativas internas diferentes, por lo cual cuentan con cierta autonomía a la hora de definir y organizar cada servicio.

Por otra parte, se encuentran los Centros de Salud comunitaria (CESAC) que dependieron en ese período de la Dirección de Atención Primaria de la Salud y del área Programática de los Hospitales. Sobre ellos la Dirección de Salud Mental no tiene injerencia, observándose un escaso nivel de integración entre estas diversas instancias, todas pertenecientes al sector salud de la ciudad. En estos Centros de Salud la promoción y jerarquización de las estrategias de Atención Primaria de la Salud en el campo de la Salud mental no pasaron de buenas ser intenciones salvo pocas excepciones cuya implementación fue efecto de motivaciones personales de ciertos grupos de profesionales.

Aunque el nuevo plan de salud mental hace hincapié en Salud mental comunitaria no enfatiza e integra suficientemente los Principios de la Convención que comprometen y obligan a redefinir y adecuar los modelos de intervención y las prácticas institucionales.

Los servicios de psicopatología y Salud Mental en general y en particular los equipos de niños/as no han producido modificaciones en su propuesta asistencial para dar respuesta a los nuevos modos de sufrimiento de los niños en el contexto de crisis. Su funcionamiento ha permanecido estático produciéndose una cristalización institucional. La consecuencia de ello fue la exclusión los niños /as y sus familias de los Servicios, quienes circulaban por las diversas instituciones sin ninguna respuesta a su padecimiento. En una investigación reciente, a partir de entrevistas a Jefes de todos los servicios de a Salud de Salud Mental de los Hospitales Generales se evidenció que en estos no se atienden niños/as con trastornos graves en la constitución subjetiva así como situaciones de abuso, maltrato infantil y violencia familiar, derivándolos en el mejor de los casos a los escasos servicios "especializados." Los motivos de esta decisión eran fundamentados como ausencia de espacio edilicio, falta de personal rentado, ausencia de equipos interdisciplinarios y falta de formación en dichas problemáticas.²¹ De este modo, los niños con mayores necesidades quedaban sin respuesta a su sufrimiento,

²¹ Barcala, A; Torricelli, F, Brio, C; Vila N; Marotta, J. "Características de los Servicios asistenciales para niños/as con trastornos mentales graves en la Ciudad de Buenos Aires- Argentina." *Revista de Investigaciones en Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.* Año 12 N° 3, 2007, pp 7-24.

reproduciendo un circuito de deriva institucional y exclusión.

La ausencia de respuesta de estos servicios universales a los problemas de salud mental en la infancia, pareció contribuir a la proliferación de programas focalizados con el riesgo de la patologización y estigmatización de situaciones sociales. Si bien es cierto que por un lado la especificidad de ciertas problemáticas infantiles evidencian la necesidad de nuevas respuestas institucionales formalmente encargadas del tratamiento y de la eventual resolución de problema, por el otro lado el efecto de las políticas focalizadas fue la multiplicación de dispositivos que sólo parecen conducir a la reproducción de la organización tal cual como está y que es funcional a la exclusión de cada vez más niños/as.

En algunos Servicios se produjo una diferenciación interna para dar respuesta al surgimiento de estas cuestiones, creándose equipos de maltrato infantil, de violencia familiar, de psicopedagogía para niños especiales, de autismo y psicosis infantil con competencias específicas para hacerse cargo de estas problemáticas. Estos equipos vieron rápidamente desbordada su capacidad de dar respuesta a la creciente demanda y siguieron excluyendo a muchas familias, reproduciendo la misma lógica. De este modo, no se favoreció la implementación de políticas universales ni el fortalecimiento de estos ámbitos institucionales para alojar las problemáticas desencadenadas.

Los motivos por los cuales el sector no se ha dado respuesta es complejo e incluye diferentes dimensiones. En lo que concierne a los Servicios, era necesario contar con los recursos adecuados a dar respuestas a las nuevas demandas. Por lo general los servicios de niños cuentan con personal de alta capacitación para abordar determinadas problemáticas pero escasas herramientas teóricas para alojar las nuevas demandas. Para ello se debería modificar los criterios para la formación y capacitación de los equipos de atención, y se deberían integrar los equipos de forma interdisciplinaria. En su mayoría abordan problemas complejos desde un sólo ámbito disciplinar y con una sola modalidad el tratamiento psicoterapéutico.

Por otra parte, es escaso el conocimiento que se tiene acerca de la Convención. En los hospitales siguen interviniendo según la ley de patronato. Actualmente, las intervenciones destinadas a garantizar la salud /salud mental en la infancia son insuficientes, desarticuladas y en ocasiones contradictorias, respondiendo a diferentes principios y concepciones de la infancia.

De este modo, existe una importante desarticulación entre el marco jurídico existente, las políticas y las prácticas profesionales e institucionales que abordan los problemas de salud mental infantil.

Durante el período de estudio, el énfasis puesto en la construcción de redes intrahospitalarias para dar contenido a la elaboración de acciones que respondan al plan de salud mental fue la acción más relevante. En el ámbito de la infancia se impulsó la red de Infancia y Adolescencia favoreciendo la toma de decisiones colegiadas que han ido disminuyendo las resistencias y produciendo lazos de confianza y coincidencias entre los servicios, aunque su accionar y peso político fue limitado.

Sin embargo, en la urgencia de la crisis, desde la Dirección de Salud Mental no se pudieron responder a las problemáticas en la Salud mental de la Infancia ni implementar las propuestas del plan de Salud mental al respecto.

Información en salud mental

Si bien la información actualizada, pertinente y confiable es un insumo indispensable para garantizar a adecuada planificación de las políticas públicas tanto para el diagnóstico, la implementación y monitoreo de ejecución y evaluación de un proyecto, no existe una conciencia generalizada de su importancia en el campo de las

políticas de protección especial de derechos para la infancia²², lo que se evidencia notablemente en el campo de la salud mental.

El desarrollo e implantación de sistemas de información, uno de los objetivos de la reforma estatal de los 90, no se llevó a cabo en este área. El interrogante entonces es, en base a que diagnóstico se diseñaron o dejaron de hacerlo las políticas y acciones de salud mental en la infancia, ya que se carece de dicha información durante todo el período y la que existe no es demasiado confiable.

Los datos que se encuentran en la Dirección de Salud Mental no coinciden con los que existen en la Dirección de Estadísticas de Secretaría de Salud de la Ciudad. Recién a partir del 2000 se incluyó un nuevo modo de registro donde se separaban las prestaciones de salud mental constituyendo un capítulo aparte en el Movimiento Hospitalario. No obstante, sólo se registran los datos de producción de prestaciones por grupos etarios, no existiendo datos acerca de diagnósticos o motivos de consulta ni de acciones y prácticas del campo de la salud mental ligadas a lo preventivo y a lo comunitario.²³

La inexistencia de información en lo concerniente a la salud mental infantil en nuestro país y la falta de producción científica ligadas a la evaluación de programas y respuestas institucionales implica dificultades para implementar políticas y prácticas adecuadas. Las políticas en salud locales y las acciones de las instituciones se orientan mediante la percepción de necesidades de una población pero no de precisiones.²⁴ Son escasas las investigaciones que se realizan en servicios de Salud Mental con el objetivo de dimensionar dicha problemática y dinamizar el proceso de planificación y gestión de los servicios que permita favorecer una respuesta social a las necesidades de salud que plantea la población.²⁵

De esta forma, la toma de decisiones y el diseño de políticas en esta área no estuvo apoyada en información epidemiológica oportuna y confiable. Si bien en todas las unidades hospitalarias se producen datos de consultas, es probable que la falta de organización de los mismos en conocimientos sea uno de los factores que haya impedido la visualización del problema y sesgado el análisis desde perspectivas individualistas o intereses corporativos.

Aunque ha habido intenciones en distintos períodos desde la Dirección de Salud Mental de la Ciudad para recabar datos, recién a partir del 2003 apoyados en la sanción de la Ley de Salud mental se tomó la decisión política de impulsar un sistema de vigilancia epidemiológica, el cual cuenta con escasos recursos, y financiamiento. Anteriormente, dependía de cada unidad hospitalaria la validez y confiabilidad de los datos recabados, existiendo disparidades importantes en la calidad de la información. La poca capacitación de los recursos administrativos con que cuenta este programa de

²² Konterllnik, Irene: "Políticas de Protección a la Infancia y Apoyo a la Familia en Países seleccionados, una descripción desde la perspectiva de la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño". Informe de consultoría. UNICEF, Oficina del Área de Argentina, Chile, Uruguay, 2003.

²³ Torricelli, Flavia; Barcala, Alejandra: "Epidemiología y Salud Mental: una tarea imposible en la Ciudad de Buenos Aires". *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XV. N°55. ISSN 0327-6139. Marzo- Abril-Mayo 2004. pp 10 a 19.

Al contrario de lo explicitado se evidencian en el Hospital público desde 1992 hasta el 2001 las consultas tienen una tendencia descendente. Si bien es cierto que el descenso se observa principalmente en los servicios de los hospitales generales mientras que en los hospitales psiquiátricos aumenta considerablemente. Esto denota que cada vez hay menos consultas programadas (posiblemente por la poca y rígida respuesta de los servicios) y cada vez más consultas en situación de mayor gravedad y urgencia. A partir de esto, sería inadecuado tender a maximizar las prestaciones para evaluar la productividad de los servicios en lugar de implementar diferentes estrategias para responder a demandas cada vez más complejas. Es necesario repensar la efectividad y eficiencia desde una perspectiva analítica más rica y amplia.

²⁴ Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud Mental en el Mundo, 2001.

²⁵ Quinteros, Z. (1998): "El área de Investigación en salud de la Secretaría de Salud Pública". *Revista Investigación Salud Vol. 1-N°1*, Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Rosario, 1998.

vigilancia epidemiológica y el poco interés de los profesionales que deben registrar los datos en las planillas de prestaciones por considerarlos una forma de control de su trabajo ponen en riesgo el éxito de esta iniciativa.²⁶

Esto coincide con prejuicios establecidos en otras áreas de protección a la infancia donde se vincula la identificación del relevamiento con mecanismos de control, que inducen a los informantes a retener u ocultar información, lo que genera dificultades en la confiabilidad de los datos y dificultades de acceso a las informaciones.²⁷

Por otra parte y aunque se obtuvieran estos datos, la categorización diagnóstica según el manual DSMIV, no da cuenta de la complejidad de las problemáticas actuales por las cuales consultan niños y sus familias, ni se adecuan en la infancia a un marco que garantice el lugar de niño como sujeto incorporando de este modo concepciones de la CIDN.

Un dato relevante que merece un detallado análisis es el hecho de que en lugar de encontrarse en disminución las internaciones psiquiátricas de niños/as en el Hospital Tobar García, por el contrario manifiestan una tendencia creciente, siendo la mayor parte de los niños/as internados por orden judicial y muchas veces retenidos en el Hospital debido a la ausencia de dispositivos que eviten la segregación y la internación y que aborden el problema desde una perspectiva que incluya a la familia y a la comunidad. Entre 1993 y 2002 los Egresos anuales del Hospital Neuropsiquiátrico infantojuvenil Tobar García pasó de 184 egresos a 302²⁸ y la ocupación cama en este año fue del 100%.

En consonancia con las instituciones de la minoridad, algunas respuestas asistenciales actuales tienen efectos estigmatizantes, opuestos a la reinserción e integración social. En lugar de ser una alternativa residual y en proceso de reducción de cobertura, la internación de niños manifiesta una tendencia contraria.

Consideraciones finales

El nuevo marco normativo con respecto a la Infancia así como la nueva legislación en materia salud mental resultan un avance importante en términos de garantizar los derechos de los niños/ niñas y adolescentes pero plantean en miras a su aplicación concreta muchos interrogantes.

La decisión política de la implementación de un Plan de Salud Mental en la Ciudad sustentado en un paradigma de Salud Mental comunitaria y que incorpora a la CIDN evidencia una toma de posición por parte de relevantes actores institucionales que abre nuevas expectativas en la posibilidad de garantizar el derecho a la salud/ salud mental de los niños. De todos modos, no resulta claro cómo estas intenciones se plasmarán en acciones concretas y consolidarán nuevos espacios sin las asignaciones presupuestarias necesarias y sin la modificación de las instituciones estatales.

Si bien a partir del avance legislativo el niño es considerado como titular de derechos fundantes y goza además con protecciones específicas, tres de las características principales de la Convención: su integralidad, la concepción del niño como sujeto de derecho y el paso de las necesidades a los derechos resultan de compleja aplicación en el campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.

Con referencia a la integralidad, contrariamente a lo esperable, los espacios terapéuticos institucionales a menudo se desarrollan desarticulados de otras dimensiones de la vida de los niños. Se observan dificultades para concebir al niño como sujeto de derechos y predomina la idea de su incapacidad jurídica, favoreciendo la judicialización frente a situaciones que desbordan la capacidad de intervención de los profesionales de

²⁶ Por otra parte es cierto que el modo de relevamiento se centraba solamente en cantidad de prestaciones realizadas.

²⁷ ²⁷ Konterllnik, Irene; ob. cit.

²⁸ Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de la Dirección de Estadísticas para la Salud de la Secretaría de Salud.

esas instituciones (muchas veces determinada por marcos teóricos insuficientes e inadecuados). Por lo general se trata de los niños más vulnerables, ya sean niños con discapacidades o pobres.

Por otra parte, aunque la categoría de subjetividad es utilizada por la mayoría de los profesionales del área, y le otorgan un estatuto psíquico diferencial al de los adultos, todavía son numerosas las prácticas institucionales que no reconocen en el niño la autonomía progresiva en el ejercicio de los derechos, en virtud de la evolución de las facultades.

Como consecuencia lógica de la asunción de este principio de autonomía progresiva se desarrolló una distinción jurídicamente relevante entre niños y adolescentes incluyéndose en la gran mayoría de las legislaciones dictadas en América Latina después de la entrada en vigencia de la CIDN.²⁹ Este marco debería haber resultado un estímulo para que los profesionales que abordan el campo de la salud mental infantil pongan a trabajar sus marcos conceptuales y revisen las teorías con el objeto de generar mayores conocimientos que permitan comprender mejor los modos de constitución y funcionamiento del psiquismo en la infancia y en la adolescencia, contribuyendo así a la construcción de nuevos instrumentos teóricos y prácticos para el abordaje de las diversas problemáticas.

Al configurar la infancia un territorio complejo producto de una construcción socio-histórica, las formas de producción de subjetividad no son universales ni atemporales, se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas y se construyen en el encuentro con las instituciones en las que se albergan. En el área de salud, los hospitales y los Centros de Salud del sector público son los lugares donde las familias concurren frente a un problema de salud de los niños/as.

Si el tipo de subjetividad instituida varía con las diferentes prácticas de producción, esto lleva entonces, a interrogarse por los efectos de los modos de intervención y las estrategias desplegadas por los actores sociales en estas instituciones estatales de la Ciudad, así como los discursos y concepciones de la infancia que subyacen a las mismas.

En cada época, el pensamiento social o sea el conjunto de contenidos de declaraciones que conciernen a ciertos aspectos del mundo (que tienen una dimensión histórica y variaciones locales) y de los cuales los sujetos se apropian, inciden en las prácticas.³⁰ Es decir, las condiciones bajo las cuales se arman estas concepciones están sujetas al modo de pensar de la época y de cierto grupo social, que supone la adherencia a un sistema de valores o normas en un intercambio con un grupo de personas asociadas. Es en este sentido, que los actores sociales institucionales se apropian de las políticas de estado y de las normas jurídicas pero a su vez las metabolizan y reinterpretan sus significaciones según sus propias historias, tradiciones, ideologías y formaciones profesionales

De esta manera, las representaciones que tengamos de los niños, de la producción de subjetividad y de la salud mental determinan los diferentes modos de intervención y la complejidad de los discursos actuales acerca de la infancia, subyacentes al interior de las políticas sociales y las legislaciones se materializan en prácticas de actores sociales que son en muchos casos contradictorios, existiendo quiebres, rupturas y contradicciones aún dentro de las mismas instituciones, donde diversos actores significan, teorizan e intervienen de modos diferentes. La categoría de relaciones de poder es fundamental para intentar comprenderlo.

Actualmente, la convivencia de nuevos discursos y viejas prácticas referidas a la infancia en la Ciudad de Buenos Aires y la inadecuación de estas a las nuevas normativas, evidencian como los ritmos de transformación de las prácticas de los actores

²⁹ Cillero Bruñol; ob. cit.

³⁰ Jodelet, Denis: "Représentations sociales: un domaine en expansion" en Jodelet D. (org) *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

no se adecuan necesariamente a los cambios normativos y legislativos impuestos, sino que los procesos son mucho más complejos y dependen de varios determinantes.

Además, al producir una función identitaria, las prácticas, muchas veces tienden a mantener relaciones de poder para preservar las identidades profesionales, que se sienten amenazadas, y hacen que se legitimen y se justifiquen instituciones aunque no respondan a las nuevas problemáticas, necesidades y demandas de los niños. Si bien algunas instituciones presentan cierta posibilidad de creatividad y adecuación en función de las transformaciones socioeconómicas operadas, la mayoría permanecen cristalizadas.

La construcción de una interpretación acerca de los modos en que la Convención promueve la transformación de los modelos de intervención pública destinados a la infancia, induce al análisis de los presupuestos que orientaron históricamente la conformación del campo de la salud mental y las políticas de infancia y que aún continúan influyendo en el escenario actual. Resultaría necesario favorecer espacios de capacitación y sensibilización que estimulen la reflexión sobre los paradigmas y las prácticas en los Servicios de Salud para evitar reproducirlas acríticamente, estableciendo nuevas coordenadas para cada circunstancia histórica.

Problematizar, reflexionar y trabajar sobre las representaciones sociales acerca de la infancia y las respuestas institucionales que se implementan evitaría que se siga reproduciendo en el campo de la salud una estrategia que del mismo modo que en el campo jurídico consista en aplicar y consolidar la distribución de privilegios y se erija solamente como una instancia privilegiada de administrar desigualdad y exclusión en momentos de crisis sociales.³¹

Las políticas sociales y dentro de ellas las políticas de salud / salud mental forman parte de las medidas que posee el Estado las cuales deberían cumplir un importante papel tendiente a evitar la inequidad y la exclusión de los niños así como la reproducción de la pobreza de hogares futuros. En este sentido, y en un contexto socioeconómico en profundo deterioro, se impone la necesidad de adopción de mecanismos de garantía efectivos por parte del Estado que considere a los niños/as como sujetos de derechos, es decir como ciudadanos. La Convención compromete y obliga a redefinir y adecuar los modelos de intervención y las prácticas institucionales.

En el campo de la salud/ salud mental se debería trabajar en la modificación del enfoque de beneficencia de las prestaciones en el sector público, centrado en las carencias y favorecer experiencias de fortalecimiento del vínculo familiar y los recursos comunitarios, evitando la separación de niño de su familia. Promover la inclusión social, consolidar una oferta integral de promoción de bienestar, sensibilizar y concientizar acerca de los derechos de los niños a toda la ciudadanía, forman parte de los planes de acción que intentaban salir de enfoques reduccionistas y superar el énfasis en la urgencia y tuvieron un importante impacto en otros países.³²

Los niños/as tienen derecho a que su interés se considere prioritariamente en el diseño de las políticas, en su ejecución, en los mecanismos de asignación de los recursos y de resolución de conflictos.³³ Es necesario e indispensable replantear y reformular el rol del Estado en relación a la salud mental en la infancia, desarrollando políticas que favorezcan prácticas sociales que posibiliten mejores condiciones de producción de subjetividad; ya que junto con las funciones de atención de necesidades y cuidados de niños, asistencia de la enfermedad, rehabilitación, prevención de riesgos,

³¹ Daroqui, A, y Guemureman, S.: "Los menores de hoy, de ayer y de siempre. Un recorrido histórico desde una perspectiva crítica", en *Delito y Sociedad*, revista N°13, Ed. La Colmena, Buenos Aires, 1999, pp 37-69.

³² Zanzi Gardilic, O.: " Derechos del niño y políticas locales en Italia". UNICEF, Oficina del Area de Argentina, Chile, Uruguay., 2001.

³³ Cillero Bruñol; ob.cit.

protección de vulnerabilidad y promoción de la salud/salud mental, a su vez las políticas sociales implementadas en un momento histórico, producen subjetividad.

Constituye un desafío y un imperativo comprometerse en el desarrollo y la configuración políticas, programas y diseños institucionales innovadores que incorporen los avances conceptuales e ideológicos y se adecuen a los postulados de la Convención, desde una perspectiva de análisis que considere los distintos niveles de complejidad de estas problemáticas y recupere entonces como eje la subjetividad y los derechos. A partir del cuestionamiento de los roles tradicionales institucionales y de las prácticas de los sujetos implicados en el área se hace evidente la necesidad de articulación de respuestas complejas a problemáticas complejas para que las acciones sean más eficaces y eficientes en el logro del garantizar el derecho a la salud.

A partir del análisis de la situación actual en la Ciudad se evidencia la necesidad de una mayor preocupación y voluntad política que permita mejorar los servicios y generar condiciones de articulación e integración efectiva intra e Inter. sectorialmente, ya que es notoria su segmentación, fragmentación e incomunicación.

Por otra parte, más allá de las dificultades que se observan en la Ciudad de Buenos Aires, es una de las jurisdicciones que cuenta con una situación de privilegio tanto económico como jurídico con respecto al resto del país lo que evidencia inequidades y desigualdades dentro de un mismo territorio nacional. Para garantizar el derecho a la salud de todos los niños/as, sería adecuado (conjuntamente con el avance de la regionalización y descentralización) planificar y ejecutar políticas de Sector, como un conjunto articulado de acciones entre el Estado y la sociedad en las distintas jurisdicciones que integran el país, a través de Consejos Federales.