

margen N° 120 – marzo de 2026

Alternativas desde el margen. Trayectoria y aportes de un Club Terapéutico perteneciente a un hospital general del conurbano bonaerense argentino a la continuidad de cuidados en salud mental

Por Yesica Gutiérrez

Yesica Gutiérrez. Licenciada en Terapia Ocupacional. Magister en Metodología de la Investigación Científica. Planta permanente en Servicio de Salud Mental, Hospital Interzonal de Agudos (HIGA) “Evita”, Lanús, provincia de Buenos Aires. Coordinación Club Terapéutico Amanecer (Continuidad de cuidados e inclusión sociocomunitaria en Salud Mental, HIGA "Evita") Lanús, Argentina.

Aspectos contextuales y teóricos

El Club Terapéutico Amanecer es un dispositivo intermedio dirigido a la inclusión sociocomunitaria de personas con discapacidad psicosocial (de ahora en adelante PCD psicosocial) mayores de edad. Los “dispositivos intermedios” (Rotelli, 1990; Saraceno, 1997) son un andamiaje diseñado para promover la vida en comunidad, sin perjuicio de los apoyos necesarios para favorecer la continuidad de los cuidados en salud mental. Se posicionan como contrapartida a la institucionalización por problemática sociohabitacionales, tal como lo sostiene el modelo de salud mental basado en las personas en sus comunidades, expandido a nivel mundial desde la década de 1970 con gran impacto desde la experiencia de Franco Basaglia en Trieste (Italia), quien por entonces hacía referencia a estructuras sustitutivas al manicomio. Dicho modelo representó un pasaje de paradigma, rompiendo con lógicas de segregación, tutela e institucionalización de las personas con padecimientos psíquicos que requieren apoyos.

En Argentina, este modelo se vio consagrado en 1956 por la creación del Servicio de Psicopatología y Neurología en el entonces Policlínico “Dr. Aráoz Alfaro”, constituyéndose como un hito en Latinoamérica por ser el primer servicio de salud mental inserto en un hospital general de agudos. Esto fue posible de la mano del Doctor Mauricio Goldenberg, médico psiquiatra nombrado por Vezzetti (2006) como el “desmanicomializador de Lanús”, al introducir y concretar en la Argentina aquellos avances que provenían de otras latitudes, basados en el movimiento de transformación hacia una psiquiatría social. 15 años atrás, en Argentina, la importancia otorgada a la creación y fortalecimiento de dispositivos intermedios (Plan Provincial de Salud Mental 2022-2027 -Buenos Aires-), se evidenció en la sanción de la Ley Nacional de Protección al Derecho de la Salud Mental N° 26.657 en el año 2010 y su adhesión en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires mediante la Ley N° 14. 580 de 2013.

El Hospital “Evita” de Lanús fue diseñado por la Fundación Eva Perón e inaugurado en 1952 a poco más de un mes del fallecimiento de Evita. Contaba con una amplia y compleja oferta de servicios médicos gratuitos y una estructura edilicia moderna y de calidad, instalada estratégicamente en el seno de uno de los partidos más populosos de la zona sur del conurbano

bonaerense y con mejores condiciones de conectividad a partidos limítrofes como Avellaneda y Lomas de Zamora. En Lanús se concentraba la actividad industrial y la mayor densidad de población obrera, coexistiendo con condiciones sanitarias deficitarias, como por ejemplo infraestructura sanitaria insuficiente, alta mortalidad infantil y escaso acceso a especialidades. Además, era una zona postergada en materia de salud, ya que la mayoría de los hospitales generales de complejidad se situaban en la Capital Federal, que siempre se ha caracterizado por poseer mejores condiciones de urbanización y accesibilidad.

Hacia 1955, el nombre del Policlínico fue proscrito en el marco de la dictadura cívico militar que derrocó al presidente Perón y se extendió hasta 1958, pasando a llamarse “Dr. Aráoz Alfaro” durante más de treinta años, hasta que se restituyó el nombre original ya entrada la democracia, redefiniéndose como hospital interzonal de agudos con dependencia del gobierno de la Provincia de Buenos Aires. El carácter interzonal hace alusión a que se presenta como efector de salud referente para los nueve municipios del conurbano sur bonaerense comprendidos en la región sanitaria a la que pertenece. Según el último censo poblacional (2022), en la Provincia de Buenos Aires reside el 38.13% (17.569.053) de la población argentina (46.044.703 habitantes); además, se concentra el 40% de las personas con discapacidad, siendo la segunda en prevalencia a nivel nacional en relación a la discapacidad de tipo psicosocial (ANDIS, 2023).

Para ofrecer respuestas eficaces y de calidad, el Ministerio de Salud Provincial organiza el sistema público de salud en doce regiones sanitarias siguiendo criterios sociodemográficos, geográficos, epidemiológicos, políticos, administrativos y de redes de servicios de salud basada en la continuidad de los cuidados.

El conurbano bonaerense es una franja de territorio que rodea a la Capital Federal, la que a partir de la reforma constitucional de 1994 fue pasó a ser una ciudad políticamente autónoma conocida como CABA (Ciudad autónoma de Buenos Aires). Según los datos del Observatorio del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, el conurbano tiene una superficie de aproximadamente 2.480 km² que representa el 1% de la superficie total de Argentina, pero en la que habita el 25% de toda la población nacional, alrededor de 11.501.314 habitantes, y el 65% de la población bonaerense, constituyéndose en el área más densamente poblada de la Provincia de Buenos Aires. Es un territorio heterogéneo y complejo, los índices del primer trimestre de 2025 elaborados por el Programa de Estudios del Conurbano de la Universidad Nacional de Avellaneda muestran que el 34.5% de los habitantes del conurbano bonaerense son pobres y el 8.7% indigentes, concentra más del 60% de la industria de la Provincia de Buenos Aires y una tasa de desempleo de 9.8%. Abarca 24 municipios, de los cuales nueve pertenecen a la Región Sanitaria VI, siendo esta la más extensa con 1.185,20 Km² y las más densamente poblada con 3.487 habitantes por km² y una población total de 4.132.498 personas. Se corresponde con lo que se denomina “el Corredor Sur”, que incluye los partidos de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes y representa el 23,5% de la población bonaerense.

Retomando la historia, es importante resaltar que el innovador Servicio de Salud Mental (1956) fue gestado a los cuatro años de la inauguración del Hospital y en plena dictadura cívico militar. Debieron pasar dos gobiernos constitucionales y dos golpes de Estado más para que, en 1966, en el contexto del quinto golpe de Estado en Argentina, a diez años de la conformación del Servicio y un año antes de que las ideas reformistas de Goldenberg -quien continuaba ejerciendo la jefatura del Servicio- se plasmaran en el Plan de Salud Mental y se diera paso a la gesta del primer dispositivo intermedio dentro de un hospital general: el Club Terapéutico.

Sin lugar a dudas, los principios sostenidos en el modelo de la psiquiatría social representado en

el conocido “Plan Goldenberg” desarrollado por él mismo siendo director del Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en 1967, se constituyen como las condiciones de posibilidad para el advenimiento del Club. Entre dichos principios se destacan la interdisciplina, la prevención y promoción de la salud mental y los dispositivos para la reinserción de padecimientos psíquicos graves (Finkelsztein y Guinzbourg de Braude, 2008).

Desde entonces, el dispositivo continúa funcionando y llevando adelante los principios fundantes, reflejados tanto en su misión como en sus prácticas. En efecto, el Club Terapéutico se enmarca en los artículos 1, 3, 11 y 36 de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) (2010) y en los artículos 1, 12, 13, 19 y 25, 26, 28 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2008), los cuales hacen referencia a la protección y garantía del acceso a los derechos sociales y humanos, particularmente de las personas con padecimiento mental y específicamente de las PCD psicosocial en tanto grupo prioritario sometido sistemática e históricamente a situaciones de vulneración. En correlación a ello, el Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2023) determina que la vulneración histórica y sistemática de los derechos, particularmente de las personas con padecimiento mental, constituye una deuda del campo de la salud mental. Junto al Plan Provincial de Salud Mental (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022), asumen el compromiso de saldar la misma mediante el fortalecimiento de la atención y cuidados de la salud mental, centrada en la persona en sus comunidades bajo una perspectiva integral e integrada en redes.

Así mismo, las perspectivas y lineamientos expresadas en el Plan Nacional de Salud Mental (2023) y sostenidos por el Plan Provincial (2022) se dirigen a la creación y fortalecimiento de dispositivos intermedios en función a las problemáticas críticas, prevalentes y emergentes de cada territorio, con ejes en los cursos de vida. En ese sentido, es necesario destacar que la población con discapacidad psicosocial representa un colectivo significativo y postergado en la provincia de Buenos Aires, encontrando escasa disponibilidad de recursos específicos en el territorio en cuestión, siendo el Club Terapéutico un dispositivo histórico dirigido a este colectivo.

Sin embargo, a pesar de la inscripción temprana al paradigma de salud mental comunitaria, “el Club” fue y es considerado un dispositivo marginal para el Servicio y en consecuencia excluido del trato que otros dispositivos que lo conforman recibieron, abriendo los siguientes interrogantes: ¿cuáles son los factores por los cuales un dispositivo surgido en la plenitud de un Servicio reformista ha quedado sistemáticamente excluido del mismo?, ¿son las características de su población destinataria, su función asociada al tercer nivel de atención, la naturaleza y finalidad de sus prácticas y/o su nominación alejada de la terminología sanitaria lo que impiden que sea reconocido y alojado en un hospital general?

Aspectos metodológicos

Con el propósito de responder estos cuestionamientos, se consultaron documentos de la Sección “Club Terapéutico Amanecer” del Archivo Histórico del Servicio de Salud Mental “Dr. Mauricio Goldenberg” del HIGA “Evita” Lanús, con el objetivo general de describir la trayectoria histórica del Club Terapéutico y sus aportes a la continuidad de cuidados e inclusión social. Se definieron objetivos específicos que intentaron identificar las condiciones que hicieron posible develar su gesta, continuidad y características identitarias. Los documentos que conforman el Archivo histórico fueron producidos durante el período 1987 y 2024 inclusive.

Se establecieron como categorías de análisis: contexto, año de producción, denominación del

dispositivo, misión, población destinataria, programación, disciplina de la coordinación, equipo de trabajo y lugar de funcionamiento. Los datos fueron interpretados considerando el modelo de salud mental comunitaria y los aportes deconstructivistas de Jacques Derrida (1994) acerca de la lógica de los márgenes.

Resultados

1. Momento fundante

El primer artículo escrito sobre el Club Amanecer (Alves de Oliveira et al., 1987), forma parte del Archivo Histórico y ha sido mencionado en el libro de Tewel (2022) que compila las experiencias de los trabajadores de salud mental que conformaron la generación del 80 de “El Lanús”. Los autores del artículo mencionan sobre el Club que

...si bien en un folleto que data de 1968 era propuesta como una de las actividades de los pacientes internados, pareciera ser que la mayoría de los integrantes estaban ya externados con tratamientos en consultorios externos o en el hospital de día del Servicio.

El texto citado hace referencia a un periodo de funcionamiento que se extiende desde 1966 a 1987. Junto al trabajo “¿Por qué un Club en un Servicio de Salud Mental?” (Fabio, 1990), confirman el momento fundante del dispositivo, el de la iniciativa tomada en el año 1966 en las escalinatas de los consultorios externos por dos residentes de psiquiatría a pedido del mismísimo Goldenberg, quienes dirigieron su mirada a aquellas personas que estando de alta o encontrándose en tratamiento ambulatorio concurrían al hospital por fuera de los horarios establecidos, preguntándose “¿a que vienen?”, dando cuenta de las necesidades sociales no contempladas en tratamientos bajo la modalidad de consulta individual.

Las condiciones contextuales que favorecieron la gesta del entonces “Grupo Amanecer” fueron la corriente de la psiquiatría social, el incipiente psicoanálisis, la interdisciplina y la impronta de trabajo comunitario que se venían concretando exitosamente y hacían del Servicio un lugar privilegiado para formarse. Nabergoi (2023) menciona que por demanda del Servicio de Psicopatología, en 1965 se solicitó a la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) una profesional cuya incorporación resultó pionera en el ámbito público para la atención de pacientes agudos, ya que por ese entonces el recurso de Terapistas Ocupacionales se destinaba a hospitales monovalentes. Durante y tras finalizar sus prácticas profesionales, la acompañaron algunas colegas en forma ad honorem hasta 1971, cuando la jefatura de servicio a cargo del Dr. Valentín Barenblit incorporó dos terapistas ocupacionales más, “inicialmente en el departamento de internación y más adelante también en el hospital de día y en el desarrollo del Club Amanecer” (Nabergoi, 2023, p. 70).

En 1967, la coordinación del dispositivo estuvo a cargo de una trabajadora social, que junto a la labor de residentes de psiquiatría promovió que al año siguiente se traspasaran las rejas del hospital hacia el Club Olimpo, momento en el que de manera democrática se decidió modificar su nominación a “Club Amanecer”. Allí funcionó durante dos años hasta que el cambio de la comisión directiva provocó la cancelación del convenio y el retorno del

Club a los consultorios externos del hospital por dos años, logrando nuevamente atravesar los límites institucionales y funcionar en un local frente al hospital hasta 1975, coordinado por dos trabajadoras sociales.

En ese periodo de nueve años, el Club contaba con coordinación y un equipo exclusivo de terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales, musicoterapeutas, residentes de psiquiatría y psicología, dando cuenta del trabajo interdisciplinario que se promovía. Con el inicio del Terrorismo de Estado en 1976, el Club perdió el espacio extrahospitalario bajo el supuesto de haberse encontrado “una imprenta de montoneros”, replegándose nuevamente al hospital para compartir espacio con el Hospital de Día creado en 1972.

En ese momento comenzaron las restricciones, el éxodo de profesionales, se produjo el secuestro del Dr. Barenblit, la detención y desaparición de la Lic. Marta Brea y el cierre de los dispositivos grupales... pero “donde lo grupal estaba prohibido, el Club siguió existiendo” (Fabio, 1990).

En 1977, el interventor encomendó a un psicólogo la continuidad y coordinación del Club en consultorios externos, y solicitar a su cargo a algunos profesionales psicólogos que destinaran una hora al trabajo en el Club. En 1978 se produjo la reapertura de la residencia de psiquiatría. Luego del retorno de la democracia en 1983, hacia 1985 la coordinación estuvo a cargo de una psiquiatra, conformando un equipo estable de trabajo con residentes de psiquiatría y psicólogos durante tres años.

Si bien los textos no mencionan otras disciplinas entre las décadas de los 80 y 90, el archivo de fines de los 90 (fotográfico, fichas clínicas y algunos escritos sin fecha ni autor), permite confirmar que hasta 2006 se volvieron a formar equipos interdisciplinarios, aunque a tiempo parcial y sin exclusividad; y que el Club funcionó coordinado por terapeutas ocupacionales compartiendo espacio con el Hospital de Día en consultorios externos. A propósito de este proceso, Nabergoi (2023) reflexiona acerca de la importancia de estar alerta al riesgo que conlleva naturalizar estas situaciones que exponen al profesional y al dispositivo a una supervivencia a costa de soledad, desprotección y sostenimiento a pulmón de prácticas complejas que requieren de intervenciones interdisciplinarias (p.167).

La mayoría de los textos consultados recalcan el carácter marginal del Club, ese dispositivo nacido en el límite de los discursos y las prácticas hegemónicas, sostenido por quienes compartían el código de lo alternativo, de centrar la mirada en las personas en sus comunidades y en los determinantes sociales de la salud como productores de malestar psíquico. Al respecto, Alves de Oliveira et al. (1987) menciona que el Club era destinado a los pacientes crónicos, pacientes desperdicio, de los que nada se puede esperar, que vienen a un lugar depósito, un lugar de resto a hacer algo que no sirve para nada; pero también un margen que propicia alternativas, creatividad, libertad y escapa a lo instituido.

2. Momento de supervivencia

En 2006 sucedieron dos hechos importantes que marcaron el devenir del Club. Por un lado, el proceso prejubilatorio de la última terapeuta ocupacional que coordinaba el Club y, por otro, la impugnación por parte de psiquiatría del concurso de jefatura ganado por psicología. Al año siguiente ingresó una terapeuta ocupacional que vivenció el desalojo del Club del espacio compartido por más de dos décadas con el Hospital de Día en el sector de consultorios externos, producto de la reasignación de los espacios ganados por la naciente

Unidad de Psicología. Como era de esperarse, la cantidad de los entonces “socios” descendió notablemente ante la falta de espacio físico para reunirse; lo poco que quedaba de un Club desalojado y reducido a un coordinador como “equipo” resistió por casi dos años en la itinerancia, entre aulas y consultorios disponibles. Sin embargo, las derivaciones se continuaban solicitando, principalmente desde la sala de internación, pero también de consultorios externos, interconsulta, hospital de día e incluso guardia y derivaciones externas al hospital.

Para 2009, el cierre de la Sala de Desintoxicación -destinada al abordaje de personas con consumos problemáticos de sustancias- posibilitó la habilitación de una habitación un espacio fijo dentro de la Sala de internación con capacidad para ocho personas, siendo quince el promedio de quienes concurrían. Funcionar allí tuvo su costo, encuadres difíciles de sostener por una imposibilidad de diferenciar espacios de internación y ambulatorios, tanto para las personas usuarias como para los profesionales que trabajaban en la Sala. Entre las actividades, se continuaron desarrollando las de tipo sociocultural, como salidas a parques, cines, casas de los compañeros, pileta de verano, viajes y eventos organizados por universidades, hospitales y por la Red Argentina y Latinoamericana de Arte y Salud Mental, de la cual el Club es miembro. También se acompañó el casamiento de dos integrantes por civil, iglesia y su correspondiente festejo en el comedor del hospital. Así mismo, se desarrollaron actividades deportivas, recreativas y sociolaborales entre la que se destaca la feria americana con la que el Club se autogestiona.

3. Momento de reconstrucción

Durante la pandemia SARS COV-2 de 2020, el Club continuó funcionando de manera virtual, con la limitación en la participación de ciertos integrantes a causa de barreras tecnológicas. Durante el aislamiento obligatorio, la experiencia permitió la reestructuración del programa cultural dando lugar a proyectos participativos y democráticos dirigidos al uso del tiempo libre y al turismo urbano. Dicho programa pudo ser concretado en la etapa del distanciamiento social preventivo.

En 2022 se decidió presentar el Club en las III Jornadas Provinciales de Salud Mental, como modo de reivindicar su funcionamiento en la continuidad de cuidados de PCD psicosocial. Resultó imprescindible incorporar otras disciplinas para abordar las frecuentes problemáticas sociales que le dieron origen y que en muchos casos obstaculizan la internación o se agudizan posinternación, como bajos o nulos ingresos económicos, dificultades en el acceso a la seguridad social y la justicia, escasa o nula red socioafectiva y dificultades en la gestión de la salud integral. En ese aspecto, cabe destacar que un criterio de admisión es justamente encontrarse en situación de desamparo, o lo que Amarante (2022), basándose en los aportes de Basaglia, menciona como “el doble de la enfermedad mental”, al tratarse de personas con una interseccionalidad de factores que configuran un perfil de vulnerabilidad grave.

El enfoque de derechos vigente destaca que es imprescindible la provisión de apoyos y ajustes razonables a las personas con padecimiento mental y en especial a las PCD, sobre las que prevalece el precepto de prioridad. La admisión a dispositivos intermedios, sean habitacionales o de inclusión social, estatales, de la seguridad social o de la sociedad civil, son escasos y resultan difíciles de concretar a causa de requisitos excluyentes como “no cumplir con el perfil”, “tomar medicación psiquiátrica”, o porque “no cuenta con red social

o de apoyo”. Según Basaglia (2013), se trata de “locos pobres” condenados al gueto de la internación por carecer de afecto, techo, comida, vestido, dinero y trabajo, dirá *“cuando yo tengo estos recursos básicos, esenciales, me vuelvo competitivo y puedo expresarme. Si estoy en la miseria, estoy siempre sometido a otro”* (p.54).

Es destacable cómo el Club recrea la opresión que sufren sus integrantes; por ello, rescatando la creatividad como factor resiliente y ante la falta de equipo, la coordinación decidió crear uno: el equipo interdisciplinario de externación y continuidad de cuidados para el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental en el marco de la sala de internación, por ser el dispositivo mejor dotado de recursos.

Los criterios de urgencia subjetiva y de riesgo cierto, inminente o potencial, parecieran ser aplicados únicamente en los tradicionales dispositivos de guardia e internación, negando la probabilidad de desencadenamiento en aquellos de carácter ambulatorio, lo que evidencia la persistencia de una lógica biologicista en la que prima la “estabilidad del cuadro de base” por sobre la estabilidad de orden subjetiva y socioeconómica.

A pesar de ello, a consecuencia del fallecimiento de un usuario expulsado de una institución donde se alojaba por problemática sociohabitacional -en situación de calle- (Gutiérrez, 2025), y tras ser desestimado un protocolo para incentivar el abordaje de estas problemáticas, la coordinación estimó inadmisibles continuar funcionando con un equipo reducido a un profesional, dada la complejidad social relacionada con el perfil de la población admitida en el Club, decidiendo pausar las derivaciones hasta tanto no se fortalecieran los dispositivos destinados a la continuidad de cuidados, tal como establece la LNSM y su respectivo Plan Provincial.

4. Momento de reposicionamiento

Durante 2023, la postura asumida favoreció la incorporación de las rotaciones de la residencia de psiquiatría, de medicina general y de terapia ocupacional, así como de la práctica preprofesional comunitaria y laboral de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes, que reforzaron la práctica en salud mental de la mencionada carrera. También se incorporaron un entrenador de fútbol, una profesora en recreación y se logró la colaboración de enfermería y de acompañantes terapéuticas. A ello se sumó la incorporación de una terapeuta ocupacional, gestionada por la coordinación del Club, con horas fijas al dispositivo, integrando de manera permanente el equipo tras diecisiete años de integración al Servicio únicamente de psiquiatras y psicólogos, lo que demuestra la preeminencia hegemónica que tuvieron determinados saberes y prácticas justificadas como “prioritarias”.

Cabe destacar que a diferencia de los años de Goldenberg y Barenblit, la reciente incorporación de la interdisciplina no se produjo por demanda del equipo o iniciativa de las jefaturas sino por la gestión solitaria de la coordinación. En 2023 se han verificado logros importantes para el dispositivo, incluyendo la II Jornada de Concientización y Lucha contra el Estigma en Salud Mental, desarrollada dentro y fuera del hospital. Así mismo se decidió realizar la primera Jornada de Cierre Anual del Club en el anfiteatro del hospital, organizando la presentación de los programas deportivo, cultural, de cuidado integral de la salud, sociolaboral y de acceso a la información a través de mesas plurales en las que se incluían personas usuarias, profesionales y técnicos. Estos eventos diseñados con la

participación activa de los integrantes del Club dan cuenta de la misión del mismo, dirigida a brindar información actualizada sobre salud mental, sensibilizar la perspectiva de la discapacidad y derribar prejuicios que operan como una de las principales barreras de inclusión de este colectivo.

5. Momento reconstitutivo

Entre 2024 y 2025 aumentó la participación del Club en mesas intersectoriales con diferentes áreas municipales y ministeriales, organizaciones de la sociedad civil, clubes, universidades y efectores de salud mental en pos de celebrar acuerdos para favorecer oportunidades de inclusión social y estrategias de cooperación interinstitucional. Sin embargo, la articulación con el afuera no corre la misma suerte que con el adentro; en efecto, el Club nunca fue convocado a las reuniones de planificación del Servicio bajo múltiples argumentos fácilmente rebatibles, ni se le ha asignado recurso humano a pesar de ser significativamente el más carente del mismo en comparación al resto.

Esta situación evidencia una vez más el lugar marginal que se le otorga en la estructura del Servicio. En efecto, desde su inicio jamás existió intencionalidad por jerarquizar el dispositivo inscribiéndolo en la estructura orgánico funcional del Servicio. Lo paradójico es que, a pesar de ello, los pedidos de derivación interna y externa nunca cesaron, probablemente por un conocimiento de los criterios de admisión del Club que lo configura como un dispositivo de bajo umbral, amigable y flexible, a diferencia de otros dispositivos intermedios que presentan procesos de admisión prolongados y criterios más bien “exclusivos”. Promediando el año, y en el marco del proceso de unificación del Servicio de Salud Mental y la Unidad de Psicología, con intervención de la Dirección la coordinación solicitó y logró la restitución del Club a los consultorios externos, ajustándose a lo establecido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires para adecuarlo a la normativa vigente a quince años de la sanción de la LNSM.

Actualmente, el Club continúa siendo elegido como centro de rotación de prácticas preprofesionales de trabajo social y terapia ocupacional, así como de las residencias de psiquiatría, de psicología, derecho y salud y terapia ocupacional, aunque nunca haya sido ofrecido por las jefaturas como sede de rotación. Pero por sobre todo, el Club es sostenido por sus integrantes, evidenciando los efectos positivos de invertir el orden establecido al devolverle la voz a las personas usuarias a través de prácticas promotoras de subjetivación, autonomía e identidades ocupacionales como la radio comunitaria, democratizando el diseño, desarrollo y ajustes de las actividades a través del voto mayoritario y las asambleas, promoviendo la participación activa en eventos interinstitucionales y académicos, visibilizando y transversalizando la perspectiva de la discapacidad al desarrollar feria de emprendedores en el hall central en absoluta interacción con la comunidad hospitalaria y en espacios de la economía social y solidaria, garantizando siempre, y ante todo, la dignidad humana.

Conclusiones

Se considera el año 1966 como la gestación del dispositivo. Desde entonces funciona de manera ininterrumpida, incluso en la época de la dictadura militar y la pandemia, lo que da cuenta de un rasgo identitario vinculado a la defensa y protección de los derechos humanos de quienes lo

integran. Los primeros nueve años constituyeron su época de esplendor y mostraron su perspectiva comunitaria, siendo expresión de ello el lugar que lo alojó, que le dio un nombre y una visión: el Club Social y Deportivo. Respecto al lugar físico y simbólico que ocupó en el Servicio, sus primeros años determinaron un periodo de inscripción que constituye el rasgo identitario más fuerte y, a la vez, su rasgo marginal más evidente a modo del primogénito bastardo concebido fuera de la legitimidad de la institución hospitalaria.

Llamativamente eso no ocurrió del mismo modo con el hospital de día, el segundo dispositivo del Servicio cuyo surgimiento comulgó con los cánones de una época signada por el psicoanálisis, otorgándole el lugar del hijo pródigo. De hecho, tras la culminación de la jefatura de Goldenberg y luego de Barenblit -Dictadura de por medio- algo de esa magia que sentó las condiciones de posibilidad para el origen del Club ya se había diluido. En efecto, el retorno al hogar compartiendo espacio físico con hospital de día durante más de dos décadas da cuenta de ello, a lo que se sumó luego la expulsión en 2006, la itinerancia y supervivencia durante dos años, más otros largos diecisiete años de estar reducido a una habitación en la Sala de Internación, lo que reafirma el lugar marginal que le fue otorgado.

Con el retorno de la democracia se inició una etapa de reconfiguración interdisciplinaria, pero la falta de gestión y redistribución del recurso para fortalecer equipo en los dispositivos de continuidad de cuidados obturaron la posibilidad de desarrollar perspectivas de trabajo integrales, integradas y transdisciplinarias. En ese sentido, Vainer (2003) menciona que “el Servicio siguió, pero la mitología no”, dando cuenta de cierta cristalización de saberes y prácticas que cobraron hegemonía, inicialmente la psiquiatría y posteriormente el psicoanálisis.

En 2023 se verifica el auge signado por los intentos permanentes de recomposición y fortalecimiento de un equipo de trabajo en un dispositivo de continuidad de cuidados, con ciertos logros a grandes costos traducidos en malestar y desenlace mortal, lo que cuestiona fuertemente aquellas prácticas de atención que pueden ser consideradas iatrogénicas en el campo de la salud mental. Este “desliz” (Derrida, 1994), que se juega a favor de la internación por sobre el ambulatorio, representa la negación de la perspectiva comunitaria en el adentro hospitalario, conformando una doble negación al estilo basagliano: el Club como dispositivo intermedio y los determinantes sociales como productores de sufrimiento psíquico, llegando en ocasiones a constituir un riesgo cierto e inminente. Como respuesta esperable, las resistencias hegemónicas se agudizan, entendiendo a estas como barreras actitudinales que se aferran a lo instituido y para las cuales las modalidades alternativas representan una amenaza al *status quo*, ya que generan prácticas innovadoras ante aquello que ha demostrado su ineffectividad.

Sin embargo, entender la lógica del margen, desde la propuesta de Derrida (1994), permite develar el sentido oculto de la reproducción de la práctica expulsiva y superar esa dicotomía irreconciliable de los opuestos a través de una suerte de síntesis que representa una oportunidad. La tensión que generan las resistencias tanto a lo instituido como a lo instituyente tal vez encuentren acuerdos temporales en el margen, entendido como límite en constante dinamismo, concebido como rasgo esencial de un dispositivo intermedio que actúa justamente generando alternativas frente aquello que es sistemáticamente excluido y que es, a su vez, la fuente de su potencia creadora.

El margen en el que se gestó y desarrolló el Club constituye su rasgo identitario, su naturaleza híbrida de haber surgido en el seno de un hospital general con un Servicio reformista y de haberse criado por fuera del mismo; un adentro y un afuera que coincidieron en principios fundantes de discursos, saberes y prácticas de fuerte inscripción comunitaria.

Como respuesta a los interrogantes planteados al inicio: si un dispositivo -similar en cuanto a su función de “intermedio” pero diferente en cuanto a su nominación- es alojado en el hospital, se deduce que el factor de expulsión es precisamente a causa de su nominación, saberes y prácticas y no de su función. El término “Club” se ubica por fuera del lenguaje científico y sanitario y no resulta por tanto un término admisible, cobrando este punto una enorme relevancia para cuestionar. ¿Para quién debería resultar admisible?, ¿quiénes sentencian que el psicótico, esté compensado o no, quede irremediablemente por fuera del lenguaje, de la metáfora, del humor?

Una infinidad de evidencia refuta esta concepción, especialmente aquellas prácticas de filiación comunitaria en el sentido de reconstituyentes y protectoras de derechos, emancipadoras del poder “psi” y habilitadoras de la subjetividad, del autocuidado y el ejercicio de la ciudadanía sin perjuicio de los apoyos necesarios.

La escasez en la asignación de recursos físicos y humanos es una característica permanente del Club. Y evidencia una mirada reduccionista sobre la salud mental, negando la existencia de las problemáticas sociales vinculadas al padecer psíquico que conllevan a urgencias subjetivas e incluso a muertes prevenibles al no contar con dispositivos lo suficientemente fortalecidos para promover y acompañar formas de cuidados adecuados y alternativos a la internación, las que se sostienen como recursos por excelencia, en lugar de excepcionales, en contravención a la LNSM (2010) y al proceso de transformación en el campo de la salud mental. La contracara de esta falencia es la capacidad autogestiva para resolver la obtención de estos, lo que pone de relieve otro rasgo fundamental del dispositivo: la resiliencia colectiva, característica sostenida desde sus inicios, especialmente por incluir tempranamente múltiples saberes, priorizando el de las personas usuarias. Tal vez una de las condiciones de posibilidad para la continuidad del dispositivo haya sido ofrecerse como un lugar para el pasaje informal de las disciplinas más afines a captar los determinantes sociales relacionados a la salud y desarrollar estrategias y prácticas de abordaje integrales. En efecto, nunca fue un dispositivo de rotación propuesto formalmente, pero si altamente demandado por quienes se hallaban en procesos formativos de grado y en formación en servicio.

A modo de síntesis final se podría sostener que el carácter marginal del dispositivo Club Terapéutico en el ámbito hospitalario responde a su nominación y a las características inscriptas en el modelo de salud mental comunitaria que interpelan fuertemente las lógicas tradicionalistas propias del hospitalocentrismo, sus prácticas individualizadas, entre paredes, en guardapolvo, que reproducen el aislamiento, la morbilidad y la mortalidad; sus saberes hegemónicos, que tienden a subordinar la riqueza de los saberes profanos por resultar una amenaza al *status quo* y a la insuficiencia de una clínica reducida a la palabra y la pastilla. Al respecto reflexiona Basaglia (2013) en sus conferencias del año 1979:

Yo me pregunto: ¿Qué hizo el psicoanálisis por el enfermo mental del manicomio en el curso del siglo? ...los médicos psicoanalistas siempre tuvieron dos modos distintos de curar, uno en el manicomio y otro en la tranquilidad del consultorio (p.71).

Discusión

El Club Terapéutico como dispositivo alternativo constituye una paradoja que se debate entre renegar sobre la reproducción *ad infinitum* de prácticas que expulsan al margen aquello que amenaza lógicas absoletas o bien reconocer que ese estar en el margen constituye un rasgo identitario que da origen a prácticas alternativas al orden instituido, capaces de alojar y dar respuesta a lo que no

cumple con el “criterio de inclusión” institucional que solo reproduce exclusión. Lo que no cumple con la norma deja de ser mi problema y pasa a ser problema de otro, sin siquiera advertir la necesidad de una práctica mínima de articulación que referencie a la persona y la libre del desamparo. Esto denota una lógica individualista, asumida por trabajadores de la salud mental, que perpetúa una problemática que se ha tornado estructural en el campo (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

En este contexto de avances y conquistas consagradas en el campo de la salud mental, asumir la lógica de los bordes puede resultar provechoso para construir andamiajes capaces de reducir los obstáculos a los que se enfrentan las PCD psicosocial, siendo uno de ellos las barreras actitudinales y formativas de los equipos profesionales, que incrementan situaciones de vulneración de derechos y obstaculizan la vida en comunidad perpetuando la institucionalización de la misma.

Respecto a la pertinencia de la inscripción de estos dispositivos en el segundo nivel de atención, es importante abrir el debate en torno a que las prácticas alternativas de carácter comunitario en salud mental -entendidas como integrales, integradas, participativas, promotoras de derechos y preventivas de la enfermedad- trascienden los lugares, se trate de un hospital general, monovalente o una unidad sanitaria del primer nivel de atención. Al respecto, Luciani Conde (2023) sostiene que “todo espacio social es potencialmente idóneo de convertirse en un escenario de práctica comunitaria”, trascendiendo los diferentes niveles de atención de la salud.

El Club tiene cincuenta y nueve años y tiene la potencia creadora de un saber habitar los márgenes generando comunidad, defendiendo, restituyendo y trascendiendo lugares.

Después de diecisiete años, hace poco más de un año se logró la restitución del espacio negado como dispositivo perteneciente al ámbito ambulatorio. Esta recuperación se logró gracias al reclamo continuo frente a las instancias de decisión, en correspondencia con la reestructuración del Servicio y en adecuación a la normativa vigente. Este hecho dio cuenta finalmente de otro rasgo identitario: la lucha por la equidad para sostener la justicia social como bandera.

Bibliografía

Alves de Oliveira, S; Berkunsky, G; Boggiano, P; Kliger, F; Liceaga, E. (1987). El Club, un lugar que no sirve para nada. Archivo Histórico del Club Terapéutico Amanecer “Mauricio Goldenberg”. HIGA “Evita” Lanús. clubterapeuticoamanecer@gmail.com

Amarante, P. (2022). Por una psiquiatría en defensa de la vida. *Salud Colectiva* Vol. 18. Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4194>

Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) (2023). *Información estadística sobre discapacidad en Argentina*. Registro Nacional de Discapacidad, Dirección Nacional de Política y Regulación de Servicios, Agencia Nacional de Discapacidad. Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/11/informe_fuentes_de_informacion_estadistica_sobre_discapacidad_en_argentina.pdf

Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Editorial Topia. 2da edición.

Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Revista Escuela de Psicología*. Universidad Católica de Valparaíso. Vol. 2, pp.53-82. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1710/171018074008.pdf>

- Derrida, J. (1994). *Márgenes de la filosofía*. Madrid. Ed. Cátedra.
- Fabio, H.; Minervino, G. (1990). *¿Por qué un Club en un Servicio de Salud Mental?* En Archivo Histórico Club Terapéutico Amanecer. HIGA Evita Lanús. clubterapeuticoamanecer@gmail.com
- Finkelsztejn, C. y Guinzbourg de Braude, M. (2008). Homenaje al Dr. Mauricio Goldenberg, un innovador de la salud mental Servicio de Psicopatología. *Revista del Hospital Italiano*. 28(1):43-45. Hospital Italiano de Buenos Aires. Recuperado de: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/1092/905>
- Gutiérrez, Y. (2025). De todo a nada. A propósito de un caso de muerte prematura y discapacidad psicosocial en el contexto de atención ambulatoria de salud mental del conurbano bonaerense sur. En Trimboli (Ed.). *Clínica, Biopoder, Padecimiento Psíquico*. Asociación Argentina de Salud Mental. (pp. 822-824). Ed. Serie Conexiones.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. República Argentina. Sancionada: noviembre 25 de 2010. Promulgada: diciembre 2 de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 14.580 de Adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Boletín Oficial, 6 de febrero de 2014. <https://normas.gba.gob.ar/documentos/B3mg5Fj0.html>
- Luciani Conde, L. (2024). Sentidos estratégicos del trabajo comunitario: inercias, interpelaciones y potencias de las prácticas en salud mental. *Revista Kera Yvoty: Reflexiones sobre la cuestión social* vol. 9, núm. 2, 2024. <https://doi.org/10.54549/ky.2024.9.e4605>
- Nabergoi, M. (2023). *Memorias de una profesión feminizada: Terapia Ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976*. Universidad de Lanús. Ediciones de la UNLa. Colección Salud Mental comunitaria.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental: Hacia un sistema solidario e integrado*. 2022-2025. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027*. República Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>
- Observatorio del Conurbano (2025). Universidad Nacional de General Sarmiento. <https://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/>
- Rotelli, F. (1990). *L'istituzione inventata*. Roma: Edizioni Sapere 2000.
- Saraceno, B. (1997). *Rehabilitación psicosocial: hacia una psiquiatría del ciudadano*. Buenos Aires: Paidós.
- Tewel, C. (2022). *El Lanús, la generación del 80*. Ricardo Vergara Ediciones.
- Vainer, A. (2003). Lanús, paredón y después. *Clepios*, Vol. 31. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/lan%C3%BAs-pared%C3%B3n-y-despu%C3%A9s>
- Vezetti, H. (2006). *El desmanicomializador de Lanús*. Artículo en Diario Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html>