



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “Un Servicio de Acompañamiento Terapéutico en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de la Ciudad de Bahía Blanca – Provincia de Buenos Aires: Un Modelo de Intervención para población usuaria del Sistema Público de Salud desde el Marco Legal”

Autor:

Ponce cuadros, Carolina Andrea – N.º DNI:92730533

Director/a:

Lic.: Barba, Jaquelina

**Lugar:
Rosario**

**Fecha de presentación:
27/07/2026**

Firma Autor/es

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Ponce', is written over a horizontal line.

Índice General

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Introducción	6
Fundamentación	6
Tema	8
Problema de Investigación.....	8
Objetivos General y Específicos	8
Metodología de Investigación	9
Capítulo 1: Marco Teórico	10
1.1 Tensiones en la Salud Pública: De un Modelo Dominante a la Salud Colectiva	10
1.2. Accesibilidad Como Dimensión Relacional	12
1.3. Marco Normativo y Fundamentos Teóricos del Acompañamiento Terapéutico ..	13
<i>Derecho a la Salud en el Marco Internacional</i>	<i>13</i>
<i>Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529</i>	<i>15</i>
<i>Resoluciones Provinciales N.º 1221/15 y N.º 592/22</i>	<i>16</i>
1.4 Rol, Función y Especificidad como Dispositivo de Orientación	17
<i>Dispositivo de Orientación y Enlace en la Salud Pública</i>	<i>18</i>
Capítulo 2: Descripción del Campo y Diagnóstico Situacional	21
2.1 Caracterización Técnica y Estructural del Hospital Interzonal General de Agudos	
Dr. José Penna y la Región Sanitaria I.....	21
<i>Contexto Regional y Datos Sociodemográficos</i>	<i>21</i>
<i>Estructura Orgánica y Organigrama Institucional.....</i>	<i>22</i>

El organigrama institucional se rige por la estructura de los hospitales públicos de la Provincia, respondiendo al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA, 2022):	22
<i>Funcionamiento de los Servicios y Diagnóstico del Acompañamiento Terapéutico</i>	23
2.1 Relevamiento de la Demanda y Barreras de Acceso: Análisis de Campo	24
<i>Perspectiva Institucional: La Lógica de la Urgencia</i>	24
<i>Perspectiva del Usuario: Barreras Múltiples y Fragmentarias</i>	25
Capítulo 3: Análisis, Articulación y Propuesta del Servicio de Acompañamiento Terapéutico	27
3.1. Fundamentación del Servicio de Acompañamiento Terapéutico	27
3.2. Modelo Propositivo de Intervención del Servicio de Acompañamiento Terapéutico	28
<i>Estructura Organizativa y Espacial del Servicio</i>	28
<i>Objetivos General y Específicos del Servicio de Acompañamiento Terapéutico</i>	29
<i>Funciones Específicas del Acompañante Terapéutico</i>	30
<i>Dinámica de Articulación Interdisciplinaria e Intersectorial</i>	31
Conclusión	32
Referencias Bibliográficas	33

Agradecimientos

Este logro no es solo mío, también pertenece a mi familia. Gracias a mi esposo, Mauro, y a mis hijos, Tomás y Benjamín, por abrazar mis ausencias con amor y por ser el impulso que me sostuvo en los momentos de mayor cansancio.

Agradezco profundamente a cada docente y colega que compartió su tiempo y su mirada crítica, enriqueciendo no solo mi profesión, sino también mi forma de ver el mundo. Al mirar atrás, valoro también mi propia fuerza y constancia para convertir las dificultades en saberes.

Finalmente, dedico este camino a mis padres: a mi madre, por ser mi apoyo en esta travesía, y a la memoria de mi padre, cuya guía constante sigue siendo la inspiración para animarme a emprender desafíos cada vez más complejos.

Resumen

Este Trabajo Integrador Final (TIF) presenta una propuesta para la creación de un Servicio de Acompañamiento Terapéutico (SAT) en el Hospital Penna de Bahía Blanca. La iniciativa se apoya en los aportes de la Salud Colectiva (SC) y en el marco normativo vigente, con el propósito de fortalecer la atención y promover prácticas integrales y humanizadas.

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo y un diseño combinado (de campo y bibliográfico), articulando la revisión documental y el trabajo de campo bajo los criterios de Sabino. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores clave y un análisis documental de las normativas, integrando los resultados mediante triangulación.

Palabras clave: servicio de acompañamiento terapéutico, salud colectiva, accesibilidad relacional, hospital público, salud mental

Introducción

La presente investigación propone diseñar y fundamentar un Servicio de Acompañamiento Terapéutico dentro del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna (Bahía Blanca- Buenos Aires), para la población usuaria del Sistema Público de Salud, en coherencia con la normativa.

Para ello se llevará adelante una Metodología de la investigación que adopta un enfoque cualitativo con un alcance descriptivo-propositivo y un diseño de campo y bibliográfico, empleando como herramientas exclusivas de recolección el análisis documental y las entrevistas semiestructuradas.

La producción se organiza en tres capítulos. Capítulo 1, correspondiente al Marco Teórico, donde se aborda las tensiones presentes en la Salud Pública, la accesibilidad relacional, el marco normativo internacional, nacional y provincial, y finalmente el rol y las funciones del Acompañante Terapéutico. El Capítulo 2, centrado en la Descripción del Campo y el Diagnóstico Situacional, desarrolla la caracterización técnica y estructural del servicio, el contexto sociodemográfico y el nivel de complejidad institucional. Por último, el Capítulo 3 está destinado al Análisis, Articulación y Propuesta del Servicio de Acompañamiento Terapéutico, para de este modo culminar con un análisis que responderá al problema de investigación.

Fundamentación

La creación de un Servicio de Acompañamiento Terapéutico (SAT) en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna nace de la necesidad de acortar la distancia entre la complejidad estructural del Sistema Público de Salud y la realidad de sus usuarios.

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva (SC), se entiende que el acceso no se reduce a la disponibilidad de recursos tecnológicos o tratamientos biológicos. Por el

contrario, se inscribe dentro del Proceso de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC), concebido como una trama dinámica, social e histórica. Bajo esta mirada, el SAT se propone como puente indispensable para reconocer a los usuarios como sujetos de derecho y garantizar un trato humanizado.

Muchos de sus usuarios llegan al hospital sin conocer los circuitos administrativos, las distintas dependencias ni los trámites formales. A esto se suma la lógica fragmentaria que todavía caracteriza al Modelo Médico Hegemónico (MMH). En conjunto, estos factores actúan como una barrera que aleja a la población y se manifiesta desde el mismo ingreso, generando situaciones de desorientación.

Esta realidad histórica acompaña a la institución desde 1928 como Policlínico de Bahía Blanca (Minervino, 2022). Sin embargo, la inundación de marzo de 2025 —que afectó áreas críticas y obligó a reconfigurar la atención— agravó la situación, evidenciando la urgencia de dispositivos que desfragmenten esta complejidad. (“La reconstrucción del Penna”, 2025).

Es necesario repensar el PSEAC desde una mirada integral que supere la lógica de curación biológica, en similitud con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), los cuales invitan a transformar los sistemas de salud centrándose en la persona, respetando su autonomía y garantizando el ejercicio de sus derechos.

El Acompañante Terapéutico (AT) es una figura clave para transitar de la asistencia aislada a un modelo institucionalizado e integral, alineado con los derechos humanos. Su incorporación busca transformar la experiencia de salud de los usuarios.

Tema

Un Servicio de Acompañamiento Terapéutico en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca-Provincia de Buenos Aires: Modelo de intervención para población usuaria del Sistema Público de Salud desde el marco legal.

Problema de Investigación

¿Cómo se configura un modelo de intervención para un Servicio de Acompañamiento Terapéutico destinado a la población usuaria del sistema público de salud en el Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca-Provincia de Buenos Aires desde la normativa vigente?

Objetivos General y Específicos*Objetivo General*

Diseñar un modelo de intervención para un Servicio de Acompañamiento Terapéutico destinado a la población usuaria del sistema público de salud en el Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca-Provincia de Buenos Aires desde la normativa vigente.

Objetivos Específicos

1. Describir las condiciones de acceso y las barreras de acceso al Sistema Público de Salud de la población usuaria del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. José Penna.
2. Analizar el marco normativo vigente que sustenta la formalización del ejercicio profesional del Acompañamiento Terapéutico (AT) en instituciones de salud pública.
3. Determinar las funciones y lineamientos operativos de un Servicio de Acompañamiento Terapéutico (SAT) para su integración en el organigrama del Hospital.

Metodología de Investigación

Este estudio, de carácter cualitativo y descriptivo-propositivo, adopta un diseño combinado (de campo y bibliográfico) que, como señala Sabino (2014), articula de manera complementaria la recolección de datos primarios con el análisis de fuentes documentales secundarias. La selección de participantes fue no probabilística y adaptada al contexto. Para la recolección y el análisis se utilizaron entrevistas semiestructuradas y un análisis crítico de las normativas vigentes.

Cabe señalar que el uso de la IA Gemini (Google, 2026) se limitó exclusivamente a tareas instrumentales de síntesis, ordenamiento y pulido de estilo. El análisis crítico, la interpretación de los hallazgos documentales y de campo, así como las conclusiones de este Trabajo Integrador Final, son de tal autoría y responsabilidad intelectual de la investigadora.

Capítulo 1: Marco Teórico

1.1 Tensiones en la Salud Pública: De un Modelo Dominante a la Salud Colectiva

En los últimos años, el campo de la Salud Pública (SP) ha incorporado nuevos dispositivos de intervención que responden a cambios profundos en la manera de entender el PSEAC. Para situar estas transformaciones, es necesario revisar el paradigma que durante décadas organizó los servicios sanitarios y que Menéndez (1988) caracteriza como:

Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor [...]. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos. (pp. 452–453)

A partir de estas críticas, la SC emerge para replantear las categorías dominantes del PSEAC, entendiéndolo como un fenómeno eminentemente social (Menéndez, 1994). Desde esta perspectiva, se reconoce que cada comunidad construye respuestas singulares ante la enfermedad, en sintonía con su propia matriz cultural y organizativa. Esta diversidad queda señalada por Menéndez (1988), quien afirma: "La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas" (p. 451).

Stolkiner y Ardila Gómez (2012) señalan que la salud no constituye una característica estática e inherente al individuo ni se reduce a la mera ausencia de enfermedad. Por el contrario, la definen como un proceso dinámico, complejo y dialéctico, determinado por múltiples variables. Esta perspectiva se complementa con los planteamientos de Frank (2017), quien entiende a la salud como una condición construida en la vida cotidiana,

estructurada a través de los lazos intersubjetivos y las modalidades de interacción, ya que "nos vamos constituyendo en quienes somos a través de los vínculos que creamos en la sociedad donde vivimos; lo intra, lo inter y lo transubjetivo se conjugan permanentemente" (p. 71).

Al profundizar en esta crítica, Spinelli (2010) sostiene: "La crisis del sector salud no puede ser explicada solamente por la falta de recursos, sino por la ausencia de sentido en las prácticas y en las políticas que organizan el campo sanitario" (p. 270).

Esta encrucijada se vuelve especialmente evidente en los hospitales de alta complejidad aparece una tensión difícil de resolver: por un lado, deben responder a una demanda creciente y, por otro, continúan funcionando bajo una lógica hospitalocéntrica que prioriza la rapidez y la eficiencia técnica. Frente a este escenario el autor advierte que: "el carácter normativo de las políticas lleva a la ausencia de pensamiento sobre las mismas por parte de los actores/agentes y de los usuarios, y por ende a reafirmar la razón instrumental" (p. 276).

Este reduccionismo técnico encuentra un claro contrapeso en los debates en torno a la modernización de la SP, orientados en trascender las viejas estructuras divisorias de la práctica médica. Precisamente Frenk (1993, como se citó en Bustos, 2020) define el campo conceptual de la siguiente manera:

En tanto ámbito para la acción, el concepto moderno de salud pública va más allá de dicotomías fragmentarias, tales como servicios personales versus ambientales, preventivos versus curativos, o públicos versus privados. En lugar de prestarse a estas dicotomías, la salud pública se refiere a los esfuerzos sistemáticos para la identificación de las necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población. (p. 1)

En conjunto, estas formulaciones permiten situar la crisis del MMH como un problema estructural que atraviesa las prácticas y políticas del sector, y que exige dispositivos capaces de integrar la complejidad social, relacional y comunitaria en la atención sanitaria.

1.2. Accesibilidad Como Dimensión Relacional

Al examinar las razones por las cuales los Servicios de Salud suelen distanciarse de la comunidad, Paim y Almeida-Filho (2014) sostienen que la SC debe ser entendida como un “campo de saberes y prácticas sociales” que requiere “reafirmarse y renovarse a fin de fundamentar la praxis transformadora de sujetos individuales y colectivos” (p. 313). Esta formulación permite situar la crisis de la SC tradicional no solo en las limitaciones administrativas o geográficas, sino en la reducción del PSEAC a intervenciones descontextualizadas, incapaces de incorporar la complejidad sociohistórica de los territorios.

En esta línea, Comes et al. (2006) plantean que la accesibilidad no puede reducirse a la oferta institucional, señalan que “la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población” (párr. 1), una formulación clásica que caracterizó las barreras como geográficas, económicas, administrativas y culturales, entendidas como obstáculos que los servicios debían remover para facilitar el acceso.

Sin embargo, advierten que esta mirada resulta insuficiente. En sus palabras, “definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva” (párr. 3). Esta reformulación desplaza el foco desde la oferta hacia la relación que se construye entre población y servicios.

En este sentido, Comes et al. (2006) retoman la formulación de Stolkiner y otros (2000) y afirman que “definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner y otros, 2000, como se citó en Comes et al., 2006, párr. 5). Dicho vínculo emerge de una combinatoria compleja entre “las condiciones y discursos de

los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos [...] que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y otros, 2000, como se citó en Comes et al., 2006, párr. 6).

A partir de esta formulación Comes et al. (2006), señalan:

Las barreras no operan de manera aislada, sino que se expresan en los modos concretos en que los usuarios intentan utilizar los servicios. Cuando los sujetos no logran decodificar los circuitos institucionales ni los tecnicismos biomédicos, el vínculo se transforma en desencuentro, generando desorientación y debilitando la posibilidad efectiva de acceso. (párr. 3)

En síntesis, la accesibilidad como dimensión relacional permite comprender que el acceso efectivo no depende solo de la disponibilidad de recursos, sino de la calidad del vínculo que los servicios logran construir con la población, vínculo que se vuelve decisivo para evitar desencuentros, desorientación y exclusión en los circuitos institucionales.

1.3. Marco Normativo y Fundamentos Teóricos del Acompañamiento Terapéutico

Derecho a la Salud en el Marco Internacional

En el plano del derecho a la salud en el Sistema Público, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1966), incorporado a la Constitución Nacional Argentina, estipula que “los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966, p. 11).

En línea con esta transformación, la OMS (2023) promueve la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) para garantizar una asistencia integral, oportuna y económicamente accesible. Este enfoque se articula con los desarrollos de Bustos (2020) en SC, quien

conceptualiza al profesional como un nexo relacional y un puente técnico orientado a operativizar el acceso a los recursos públicos para los sectores en situación de exclusión.

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657

En el escenario normativo nacional, la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N.º 26.657 (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2010) constituye el principal vector de transformación de las prácticas y servicios de salud. Esta legislación garantiza el derecho a recibir una atención de calidad, sustentada en fundamentos científicos validados y principios éticos rigurosos, y prescribe que las intervenciones se estructuren bajo un modelo comunitario, interdisciplinario e intersectorial. Con una clara orientación desinstitucionalizadora, la norma restringe los abordajes monovalentes o asilares y prioriza dispositivos que sostengan y reparen los lazos sociales, relacionales y subjetivos de los usuarios.

Entre sus principios rectores, el artículo 7 establece que la atención debe garantizar “modalidades terapéuticas alternativas a la internación, integradas a la comunidad y que eviten el aislamiento de las personas” (MSN, 2010, art. 7). Asimismo, determina que, cuando los vínculos comunitarios resultan insuficientes, el Estado debe implementar “recursos institucionales específicos y sustitutivos que aseguren la continuidad de cuidados y la protección de los derechos” (MSN, 2010, art. 7). Estas disposiciones conforman el fundamento legal para la incorporación de dispositivos que permitan acompañar, orientar y sostener trayectorias dentro del Sistema Público de Salud.

Esta exigencia normativa se articula con los desarrollos de Bustos (2020), quien sostiene que el AT constituye “la herramienta metodológica capaz de operativizar el espíritu integral y desmanicomializador de la Ley 26.657 en los efectores públicos” (p. 1). Desde esta perspectiva, la autora afirma que el AT adquiere legitimidad institucional al “resguardar la

autonomía decisoria de los sujetos y evitar su marginación burocrática en los circuitos de atención” (p. 1).

En el mismo sentido, Sousa Campos (2006, como se citó en Bustos, 2020) advierte que “en la lógica institucional hegemónica, la dolencia ocupa toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el ser del enfermo. El paciente con nombre y apellido desaparecerá para dar lugar a un psicótico, a un hipertenso, a un canceroso” (p. 2). Esta formulación evidencia cómo la estructura hospitalaria tiende a priorizar la afección por sobre la singularidad del usuario, reforzando la necesidad de dispositivos que restituyan su condición de sujeto de derecho.

Finalmente, la LNSM N.º 26.657 reafirma que “toda persona es considerada capaz de tomar decisiones relativas a su atención en salud” y que cualquier restricción a esa autonomía debe ser “excepcional, temporal y fundada en criterios interdisciplinarios que garanticen el pleno respeto de los derechos humanos” (MSN, 2010, art. 7). Este principio jurídico consolida el marco normativo que habilita la incorporación de dispositivos destinados a acompañar, orientar y sostener la trayectoria de los usuarios dentro del Sistema de Salud Público.

Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529

A nivel nacional, este marco se articula de manera complementaria con la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529 (Honorable Congreso de la Nación Argentina [HCN], 2009). Esta norma de orden público instituye principios de cumplimiento obligatorio para todos los efectores del sistema sanitario. En su artículo 2, la ley garantiza que “el paciente tiene derecho a ser asistido [...] sin menoscabo y distinción alguna” y que debe recibir [...] “un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales [...] principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad”

(HCN, 2009, art. 2). Asimismo, establece que toda actividad asistencial debe observar “el debido resguardo de la intimidad [...] y la confidencialidad de sus datos sensibles” (HCN, 2009, art. 2), asegurando la primacía de la autonomía de la voluntad frente a cualquier intervención.

En este marco, la Ley 26.529 establece que toda excepción a la decisión libre del paciente debe interpretarse de manera “restrictiva” y sólo procede ante “una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente” (HCN, 2009, art. 9). Este principio reafirma que el proceso asistencial se sostiene en prácticas relacionales que garanticen, en cada tramo de la atención, la vigencia efectiva de los derechos humanos.

Resoluciones Provinciales N.º 1221/15 y N.º 592/22

A nivel provincial, la base técnica y pedagógica del rol halla su punto de partida en las disposiciones de la Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE) de la Provincia de Buenos Aires. A través de la Resolución N.º 1221/15, la DGCyE (2015) oficializa el Diseño Curricular de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico (TSAT).

Este documento transforma una ocupación históricamente informal en una carrera con validez nacional. En términos de competencias, la norma delimita el perfil del egresado enfocándose en la prevención de recaídas, el abordaje de padecimientos mentales y la mediación en los procesos de vinculación social y rehabilitación (DGCyE, 2015).

De esta manera, se entiende que, mientras la normativa educativa provee el saber hacer y la titulación obligatoria, la Resolución N.º 592/22 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA, 2022) le otorga el anclaje político-sanitario dentro del subsector público y privado.

El MSPBA (2022) posiciona formalmente al profesional como un recurso indispensable del campo de la salud mental. El valor de este texto radica en su alineación

directa con la Ley Provincial de Salud Mental N.º 14.580 (LPSM, 2014), emitida por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires (HCDPBA, 2014). Esta sostiene que la inclusión es una estrategia central para la creación de redes comunitarias e interdisciplinarias, cuyo fin último es sustituir la vieja lógica manicomial por dispositivos institucionales respetuosos de los derechos humanos y orientados al bienestar integral.

El diálogo entre ambos corpus legales se consolida y alcanza rango definitivo con las precisiones de la HCDPBA (2023), que termina por sellar la identidad formal del AT dentro de la comunidad científica y sanitaria:

Reconócese formalmente como profesión especializada y del campo de la salud a la actividad del acompañante terapéutico, cuyo objeto disciplinar es contribuir de modo directo al bienestar integral de los sujetos mediante el ejercicio de la escucha activa, el acompañamiento vincular sustentado y la mediación técnica en los procesos históricos de salud, enfermedad y cuidado. (art. 3)

En conjunto, estas resoluciones consolidan un proceso sostenido de institucionalización del AT: la Resolución N.º 1221/15 (DGCyE, 2015) define su estructura formativa y sus funciones específicas, mientras que la Resolución N.º 592/22 (MSPBA, 2022) establece el marco ético y profesional que habilita a su integración.

1.4 Rol, Función y Especificidad como Dispositivo de Orientación

El AT se define normativamente como un dispositivo profesional del campo de la salud mental que interviene ante padecimientos psíquicos, bajo la indicación de un equipo interdisciplinario, operando para viabilizar el tratamiento, prevenir recaídas y promover la vinculación social del sujeto (MSPBA, 2022). Desde esta perspectiva, el rol del profesional implica diseñar una estrategia clínica singular, por lo que sus funciones se ajustan a los objetivos de cada caso (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011).

Al delimitar estas funciones, Kuras de Mauer y Resnizky (2011) postulan que la primera es la contención, para amparar al acompañado en su angustia. Asimismo, se posiciona como un referente de terceridad y organizador psíquico, que asiste al yo vulnerable en el investimento de la realidad, decidiendo por él allí donde no puede hacerlo de forma autónoma. Esta función se complementa con el despliegue de la capacidad creativa para estructurar la personalidad y reforzar la noción de proceso frente a la inmediatez. Las autoras precisan la riqueza de la información cotidiana que aporta el dispositivo:

El AT dispondrá de información ampliada sobre su modo de discurrir en ámbitos diversos, sobre los vínculos que mantiene con los miembros de la familia, el tipo de personas con las que prefiere relacionarse y las emociones que lo dominan. Registrará también conductas de la vida diaria en relación con la alimentación, el sueño y la higiene personal; todo ello contribuirá a una mejor evaluación de las alternativas a la hora de trazar una estrategia clínica. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011, p. 11)

Desde una perspectiva comunitaria, las autoras señalan que la práctica del AT se ubica en el espacio social para paliar la desconexión con el entorno de manera paulatina, interviniendo en la trama familiar para amortiguar las interferencias relacionales.

Dispositivo de Orientación y Enlace en la Salud Pública

La conceptualización del AT dentro de los efectores hospitalarios exige superar la visión tradicional del cuidado individualizado para comprenderlo como un dispositivo estratégico de SP. Al respecto, Bustos (2020) menciona: “La inserción del Acompañamiento Terapéutico en las instituciones públicas constituye una estrategia macro-clínica capaz de confrontar las inercias de los entornos de alta complejidad y de desarmar la fragmentación subjetiva que reproduce el modelo médico hegemónico” (p. 2). Esta práctica adquiere una especificidad clínica y política fundamental cuando se constituye en una interfaz relacional

que opera directamente sobre la cotidianidad del usuario en los pasillos y salas del hospital (Dragotto y Frank, 2012). De este modo, el dispositivo funciona como un puente para alojar la subjetividad allí donde las dinámicas tienden a la masificación y a la despersonalización del usuario (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011; Rossi, 2007).

Esta mediación adquiere relevancia al situarse como herramienta de orientación y enlace que garantiza el derecho a la salud. En esta línea, resulta pertinente recuperar la perspectiva relacional desarrollada por Comes et al. (2006), quienes sostienen que la accesibilidad debe comprenderse como un vínculo construido entre sujetos y servicios. Tal como afirman los autores, “definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” y este vínculo se expresa en “la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Comes et al., 2006, párr. 8).

Desde esta perspectiva, las barreras no se reducen a obstáculos estructurales, sino que se manifiestan en los modos concretos en que los usuarios intentan utilizar los servicios. Cuando la población no logra descifrar los códigos, tecnicismos o lógicas institucionales, se produce un desencuentro relacional que debilita la posibilidad efectiva de acceso. Frente a esta problemática, el dispositivo de AT interviene directamente sobre esa modalidad de utilización, operando como traductor y facilitador del vínculo, habilitando condiciones de inteligibilidad y continuidad en el acceso.

En este escenario, Rossi (2007) introduce la función del AT como un dispositivo móvil de orientación y acceso destinado a guiar al sujeto a través de los circuitos hospitalarios.

Bajo esta perspectiva, la concepción de Pulice (2019) adquiere plena pertinencia al delimitar al AT como una estrategia clínica de raíz psicoanalítica que opera directamente en la cotidianeidad del sujeto. En palabras del autor, el AT se configura como “un espacio de

alojamiento y contención que permite reconstruir la trama vincular en el propio territorio del paciente” (párr. 6).

Al situarse en el territorio y en la escena concreta del padecimiento, el dispositivo promueve de manera artesanal las condiciones necesarias para que el usuario pueda restablecer su lugar, reorganizar su experiencia subjetiva y reactivar los lazos que sostienen su inscripción en el mundo social.

Capítulo 2: Descripción del Campo y Diagnóstico Situacional

2.1 Caracterización Técnica y Estructural del Hospital Interzonal General de Agudos

Dr. José Penna y la Región Sanitaria I

En el Capítulo 1 se presentaron las categorías que permiten comprender las tensiones actuales del Sistema de Salud, especialmente aquellas que se expresan en los efectores de alta complejidad. En este capítulo, dichas categorías se ponen en diálogo con la realidad del hospital bahiense. El análisis del campo permite observar cómo esas tensiones se manifiestan en las prácticas diarias, en las barreras de acceso y en la organización institucional. De este modo, el diagnóstico funciona como una comprobación de lo desarrollado en el marco teórico.

Contexto Regional y Datos Sociodemográficos

La Región Sanitaria I (RS I), dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA, 2022), constituye la demarcación geográfica de mayor extensión territorial según los últimos datos censales (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2022). Abarca quince partidos del sudoeste provincial y fija su sede en la ciudad de Bahía Blanca.

El perfil de la población usuaria presenta una heterogeneidad significativa y se estructura en dos sectores: por un lado, usuarios sin cobertura médica formal y, por otro, población con cobertura de seguridad social derivada por requerimientos de alta complejidad (MSPBA, 2023).

Infraestructura Hospitalaria y Nivel de Complejidad

El Hospital funciona como el nodo de referencia regional y de máxima complejidad del sistema de SP del sudoeste provincial. De acuerdo con la zonificación y categorización oficial del MSPBA (2022), la institución está clasificada como un establecimiento de Tercer

Nivel de Atención y Categoría 3B. Esta designación certifica que el centro de salud dispone de la capacidad instalada, tecnología biomédica avanzada y recursos humanos especializados para la resolución de patologías críticas, urgencias médicas y procedimientos complejos.

La planta física cuenta con una superficie cubierta de 5600 m² y posee una dotación de, aproximadamente, 300 camas habilitadas, asignadas entre las unidades de cuidados neonatales, pediátricos, obstétricos y de adultos. El hospital también concentra varios servicios que no se encuentran en otros centros de la región. Entre ellos se destacan la maternidad de alta complejidad, la unidad de trasplante renal, las UCI pediátricas y de adultos, y un bloque quirúrgico con siete quirófanos (Fernández, 2026, párr. 2). Cabe destacar que, tras las afectaciones climáticas registradas en marzo de 2025, la institución implementó un plan programático de readecuación que permitió normalizar los circuitos de atención de los servicios afectados (“La reconstrucción del Penna”, 2025).

En cuanto al capital humano, está constituido por una planta permanente y transitoria de más de 900 agentes, que engloba a profesionales médicos y no médicos, técnicos, residentes, administrativos y personal de servicios generales y mantenimiento.

Estructura Orgánica y Organigrama Institucional

El organigrama institucional se rige por la estructura de los hospitales públicos de la Provincia, respondiendo al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSPBA, 2022):

Dirección Ejecutiva y Asociada: Eje encargado de la conducción estratégica, la toma de decisiones y la gestión operativa central del hospital.

Departamentos Técnico-Asistenciales: Núcleo de la atención clínica directa al paciente, subdividido en Medicina, Cirugía, Pediatría/Maternidad, Guardia y Salud Mental.

Servicios Auxiliares y Diagnóstico: Sectores de soporte técnico-científico indispensables para el tratamiento (Imágenes, Laboratorio, Hemoterapia, Farmacia y Servicio Social).

Gestión y Administración: Base logística y financiera que coordina las áreas de Enfermería, Administración de recursos, Mantenimiento y facturación SAMO.

Órganos de Apoyo: Instancias de asesoría, debate interno y formación profesional (Comité de Docencia e Investigación y Consejo Asesor C.A.T.A.).

Funcionamiento de los Servicios y Diagnóstico del Acompañamiento Terapéutico

En el campo de la SP y la SC, un servicio representa una unidad técnico-operativa y de gestión que articula recursos, saberes y tecnologías para brindar respuestas integrales y programáticas al PSEAC. La oferta prestacional del Hospital Dr. José Penna se estructura mediante una amplia cartilla que abarca especialidades clínicas, quirúrgicas, guardias y los servicios de Salud Mental y Trabajo Social.

Sin embargo, el análisis operativo expone una brecha estructural: mientras la norma prescribe un modelo comunitario e interdisciplinario, la dinámica institucional reproduce la inercia del MMH. Esta disonancia se traduce en la exclusión del AT del organigrama formal y falta de cargos de planta específicos. En la actualidad, las intervenciones se ejecutan de manera fragmentada, restringiendo el acceso a usuarios con recursos socioeconómicos o capacidad administrativa para litigar la cobertura.

Desde la perspectiva de Stolkiner y Ardila Gómez (2012), la salud mental constituye un proceso complejo determinado por variables socioeconómicas y tramas intersubjetivas. Bajo esta premisa, la ausencia de un dispositivo intermedio precariza la dimensión relacional de la accesibilidad hospitalaria. Por lo tanto, el diseño e inserción de un SAT formalizado y transversal se proyecta como una estrategia operativa indispensable para jerarquizar al AT.

2.2 Relevamiento de la Demanda y Barreras de Acceso: Análisis de Campo

La presente investigación se sustentó en un diseño cualitativo de campo, orientado a recoger datos de manera directa de la realidad institucional para comprender el fenómeno en su contexto natural (Sabino, 2014). Para ello, se recurrió a la realización de entrevistas semiestructuradas a cinco actores clave del hospital (personal de salud y usuarios), las cuales se desarrollaron bajo el marco legal de la Ley N.º 26.529 (HCN, 2009), garantizando los resguardos metodológicos de confidencialidad y protección de los participantes. El análisis de los testimonios evidencia una brecha entre la demanda de salud y la respuesta institucional, caracterizada por una fragmentación sistémica que vulnera el acceso a una atención integral.

Perspectiva Institucional: La Lógica de la Urgencia

Parte del personal médico expone que la dinámica asistencial actual se ejecuta bajo una lógica de producción a destajo, donde el ingreso constante de usuarios obliga a focalizar los esfuerzos en la dolencia física para agilizar la liberación de camas y consultorios (Profesional de la Salud 1, 2026). Desde esta perspectiva, se advierte una carencia de tiempo para indagar en las condiciones habitacionales de los sujetos, evaluar el nivel de comprensión que poseen sobre sus propios tratamientos o identificar la presencia de redes de contención social, asimilando la práctica clínica a una estrategia defensiva o de contingencia en el territorio (Profesional de la Salud 1, 2026).

Esta saturación restringe el accionar del equipo de salud a una práctica asistencial rígida y desubjetivante. Frente a esta realidad, si bien la figura del AT cuenta con el reconocimiento institucional de la Resolución Provincial N.º 592/22 (MSPBA, 2022), su ausencia en el organigrama formal del hospital diluye el impacto potencial de la normativa en el territorio.

Al respecto, parte del personal advierte que, a pesar del avance normativo, en la práctica diaria la figura del AT carece de anclaje institucional; al no figurar en la estructura, su intervención queda supeditada a la predisposición del médico (Profesional de la Salud 2, 2026). Asimismo, se señala que la ausencia de un espacio físico propio y de un soporte técnico formal precariza la labor, privando de instancias esenciales para la discusión y supervisión de sus casos de campo (Profesional de la Salud 2, 2026).

Perspectiva del Usuario: Barreras Múltiples y Fragmentarias

Los relatos de la población usuaria revelan obstáculos que derivan en la postergación sistemática del cuidado de la salud:

1. Barreras de Alfabetización y Orientación: un sector de la población presenta dificultades de alfabetización, lo que torna incomprensibles las señalizaciones y la logística interna, exacerbando el sentimiento de exclusión y vulnerabilidad: “Me dijeron que vaya al laboratorio. Yo no sé leer bien los carteles. Me dio vergüenza preguntar y me quedé parada sin saber a dónde ir. Sentí que ese lugar no es para vos” (Usuaria, 42 años, 2026).

2. Barreras Socioeconómicas y Geográficas: el hospital concentra la demanda de una vasta población de la RS I que carece de cobertura, lo que lo posiciona como la única alternativa sanitaria. Esta centralización sobrepasa su capacidad operativa y genera listas de espera en diversas especialidades.

3. Barreras Burocráticas: constituye uno de los principales obstáculos para acceder a la atención. Las rigideces del sistema de asignación de turnos obligan a soportar largas horas de esperas, permaneciendo fuera del hospital desde la madrugada para asegurar un turno, o bien a intentar comunicarse por líneas telefónicas que se encuentran saturadas.

4. Barrera de Asimetría Informativa Institucional: las ayudas económicas no se comunican de manera sistemática y muchos profesionales desconocen el circuito, lo que

dificulta orientar a los usuarios. En este contexto, la información circula de boca en boca hasta que el usuario llega al servicio. Esta falta de comunicación deja a muchos sujetos sin el apoyo necesario para afrontar los costos de movilidad, lo que finalmente interrumpe la continuidad de sus tratamientos.

5. Barreras Simbólicas y Confusión del Rol: el relevamiento de campo identificó barreras culturales y simbólicas vinculadas a la distancia entre los saberes de los sujetos y las lógicas del sector formal. Además, la ausencia de un SAT favorece que la comunidad confunda la práctica del AT, frecuentemente asociada a tareas de cuidado, servicio doméstico o voluntariado.

Esta distorsión cognitiva se refleja en los testimonios: “Pensé que la persona encargada del cuidado de mi mamá en salud mental era una cuidadora. Después entendí cuál era su trabajo: venía para darle herramientas para que saliera adelante” (Usuaría, 35 años, 2026). El desconocimiento funciona como barrera simbólica, ya que, al ignorar el alcance profesional, los usuarios postergan la solicitud o lo demandan de forma inadecuada.

6. Barreras Actitudinales: El uso de tecnicismos administrativos y la falta de empatía actúan como barreras, llevando a que el usuario postergue la consulta hasta que el cuadro se agrave, convirtiendo al hospital en un receptor de urgencias: “Te hablan con palabras raras. Me pasó de no entender nada y me da vergüenza preguntar por miedo a que me contesten mal. Prefiero irme y venir cuando no aguante el dolor” (Usuaría, 35 años, 2026).

El diagnóstico situacional muestra una brecha entre el marco legal en salud mental y las prácticas del efector. La saturación y la lógica biomédica generan barreras. Estos hallazgos evidencian la necesidad de transformar los modos de enlace institucional, fundamento que sostiene la creación del SAT para fortalecer la accesibilidad y acompañar las trayectorias de los usuarios.

Capítulo 3: Análisis, Articulación y Propuesta del Servicio de Acompañamiento Terapéutico

3.1. Fundamentación del Servicio de Acompañamiento Terapéutico

La viabilidad y urgencia del SAT en el Hospital Dr. José Penna no se desprenden de una mera acumulación de las problemáticas observadas en el campo, sino de la lectura dialéctica entre la matriz analítica del MMH (desarrollada en el Capítulo 1) y las fracturas relacionales que los usuarios experimentan en la cotidianidad de la institución (expuestas en el Capítulo 2). El diagnóstico situacional funciona como la constatación empírica de las tensiones teóricas de la SP actual.

Al analizar las barreras relevadas en las entrevistas bajo la perspectiva de Comes et al. (2006), se evidencia que la accesibilidad se encuentra profundamente obturada en su dimensión relacional. Las dificultades que los usuarios manifiestan respecto a la orientación espacial y la alfabetización cognitiva dentro del efector de Tercer Nivel no constituyen limitaciones aisladas o individuales del sujeto; por el contrario, representan la materialización del *desencuentro* estructural entre la lógica burocrática-institucional y las representaciones de la población. La rigidez de los circuitos administrativos y la saturación asistencial que el propio personal de salud describe como una *lógica de la urgencia* denotan la vigencia de esa razón instrumental criticada por Spinelli (2010), donde la optimización del recurso biomédico desplaza a un segundo plano la singularidad del PSEAC.

Asimismo, las barreras socioeconómicas y la asimetría informativa detectadas en el territorio adquieren una dimensión política en este análisis. Como postula Bustos (2020), el marco legal de la Ley N.º 26.657 consagra una equidad formal que se diluye en las prácticas cotidianas si el Estado no provee soportes específicos. La omisión o el desconocimiento de los recursos de asistencia y el uso de tecnicismos médicos operan como mecanismos de

exclusión simbólica que fuerzan al usuario a abandonar el circuito preventivo, empujándolo a retornar al hospital únicamente bajo la lógica de la emergencia médica.

Frente a este abismo entre la norma y la realidad del campo, el SAT no se proyectaría como un dispositivo accesorio de asistencia social, sino como una *interfaz clínica y de enlace indispensable*. Su incorporación formal en el organigrama hospitalario tendría por objeto subvertir la despersonalización institucional denunciada por Sousa Campos, restituyendo el estatuto de sujeto de derecho al usuario a través de un acompañamiento técnico continuo que traduce los códigos hospitalarios y aloja el padecimiento subjetivo en los pasillos mismos de la institución.

3.2. Modelo Propositivo de Intervención del Servicio de Acompañamiento Terapéutico

Como derivación necesaria del análisis crítico anterior, el modelo propositivo del SAT no se diseña como una estructura concéntrica o aislada, sino como una respuesta arquitectónica, institucional y clínica pensada para intervenir específicamente sobre las coordenadas de desencuentro relacional y asimetría informativa detectadas en el efector. Cada componente de su diseño operativo busca traducir los imperativos de la SC y el marco normativo vigente en dispositivos concretos de microclínica institucional.

Estructura Organizativa y Espacial del Servicio

El SAT se ubicaría en un espacio accesible dentro del ingreso principal del hospital. La elección de este lugar no es menor, ya que permite recibir a los usuarios en el momento en que más necesitan orientación. Además, facilitaría la comunicación con Admisión, Guardia y los servicios de mayor circulación.

El equipo estaría conformado por AT con formación específica en SP y trabajo interdisciplinario. Su tarea no se limitaría a acompañar, sino que implicaría interpretar la demanda, identificar barreras, orientar trámites, mediar entre servicios y sostener

emocionalmente a los usuarios cuando la situación lo requiera. El circuito operativo del SAT se organizaría en cuatro etapas sucesivas:

1. Ingreso: se activaría por demanda espontánea en la Estación del SAT ubicada en el hall central o mediante derivación interna. Su función sería detectar tempranamente las barreras de acceso y las situaciones de vulnerabilidad.

2. Admisión: estaría coordinada por un Licenciado en AT. En esta instancia se realizaría una entrevista semiestructurada de recepción que permitiría efectuar una primera escucha, decodificar la demanda e indagar en el contexto del usuario.

3. Intervención: a cargo del equipo operativo de Técnicos en AT. Esta etapa implicaría un acompañamiento continuo en pasillos, salas de espera y distintas dependencias hospitalarias, desarrollando funciones de mediación y gestión para traducir tecnicismos médicos y facilitar los circuitos administrativos.

4. Egreso: una instancia de interconsulta conjunta con Salud Mental y Trabajo Social. En este cierre se evaluaría si se alcanzó la accesibilidad material y si se hubiera restituido la autonomía del usuario, formalizando la finalización de la trayectoria mediante una externación sustentable o el fortalecimiento del lazo ambulatorio.

Objetivos General y Específicos del Servicio de Acompañamiento Terapéutico

Objetivo General

Mejorar la accesibilidad y la experiencia de los usuarios del Hospital Penna mediante intervenciones que integren lo administrativo, lo relacional y lo subjetivo.

Objetivos Específicos

1. Facilitar el tránsito institucional desde el ingreso.
2. Detectar barreras de acceso y actuar sobre ellas.
3. Articular con los servicios para evitar fragmentación.

4. Sostener situaciones de angustia, desorientación o vulnerabilidad.
5. Contribuir a la continuidad de cuidados.

Funciones Específicas del Acompañante Terapéutico

Para dar cumplimiento a los objetivos, las acciones de los profesionales del SAT se estructurarían en torno a cuatro funciones técnicas y operativas fundamentales:

1. Primera Escucha Profesional: al momento del ingreso, el AT brindaría una recepción activa y profesionalizada, orientada a decodificar la demanda más allá del motivo biológico de consulta. Esta función permitiría alojar el padecimiento singular, como sujeto de derecho.

2. Gestión de la Accesibilidad: el AT funcionaría como facilitador ante la complejidad burocrática. Su labor implicaría orientar, guiar y destrabar los circuitos de turnos, tramitaciones formales y derivaciones internas, mitigando el impacto de la saturación y traduciendo la rigidez administrativa a las realidades sociales.

3. Mediación Técnica y Subjetivación: el AT operaría como un nexo relacional y un puente capaz de traducir las necesidades y discursos singulares de los usuarios a los lenguajes formales. Al mismo tiempo, favorecería la comprensión recíproca de las indicaciones disciplinares por parte del usuario, protegiendo su autonomía, el derecho al trato digno y la presunción de su capacidad jurídica.

4. Acompañamiento Técnico de la Trayectoria: se ofrecería un sostén vincular continuo a lo largo de las distintas dependencias del hospital. Esta función aseguraría que el tránsito institucional cuente con un dispositivo clínico que contenga el desamparo relacional y promueva la humanización de la salud.

Dinámica de Articulación Interdisciplinaria e Intersectorial

El SAT se pensaría como un dispositivo transversal que se integraría a estructuras preexistentes. Su dinámica de articulación se basaría en un modelo de interconsulta y enlace con dos servicios considerados claves para su ejecución.

1. Servicio de Salud Mental: esta alianza resultaría necesaria para asegurar el marco de referencia clínico del dispositivo. Este servicio proveería la supervisión técnica y los lineamientos para abordar el malestar psíquico y las singularidades subjetivas de los usuarios, garantizando que el SAT opere bajo fundamentos éticos y científicos validados.

2. Servicio de Trabajo Social: proporcionaría las coordenadas para la intervención. El servicio aportaría el diagnóstico socioeconómico y familiar de los usuarios, lo cual resolvería aquellas barreras materiales que los usuarios expresan en el territorio y que colapsan la eficacia de los tratamientos médicos.

En definitiva, las barreras de acceso identificadas en el diagnóstico evidencian un dispositivo capaz de intervenir en la dimensión relacional del cuidado. El SAT se presenta como esa herramienta: un servicio transversal que articula funciones técnicas, vinculares y de mediación para transformar la accesibilidad formal en una práctica concreta de humanización. Su diseño organizativo, sus funciones y su articulación interdisciplinaria constituyen la base operativa para restituir derechos y garantizar un tránsito hospitalario más digno y acompañado.

Conclusión

El recorrido realizado a lo largo de este Trabajo Final Integrador permitió identificar que las barreras de acceso en el Hospital Dr. José Penna no se explican únicamente por limitaciones materiales, sino por la forma en que los usuarios se relacionan con la institución. La desorientación, la falta de información clara, la fragmentación de los circuitos y la ausencia de un referente que acompañe el proceso generan experiencias de malestar que podrían evitarse con intervenciones específicas.

La propuesta del SAT surge como una respuesta posible a estas dificultades. Su función no es reemplazar a otros equipos, sino complementar su tarea desde una mirada centrada en la accesibilidad, la escucha y la articulación. El SAT se presenta como un dispositivo capaz de alojar la singularidad de los usuarios, sostener situaciones de vulnerabilidad y facilitar el tránsito institucional.

Si bien su implementación requiere voluntad política, formación profesional y trabajo conjunto, los beneficios potenciales son significativos: mayor continuidad de cuidados, reducción de barreras burocráticas, fortalecimiento del vínculo entre usuarios y servicios, y una atención más humana y coherente con los principios de la SC.

En síntesis, el SAT no es solo una propuesta técnica, sino una apuesta ética por un Sistema de Salud más accesible, más cercano y respetuoso de quienes lo necesitan.

Referencias Bibliográficas

- Bustos, G. (2020). *Salud pública: El acompañamiento terapéutico, un nuevo actor*. Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina / Hospital de Salud Mental.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201–209.
- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. (2015). *Resolución N.º 1221/15: Diseño Curricular de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico*.
- Dragotto, P., & Frank, M. L. (2012). *Acompañamiento terapéutico: Innovaciones en la clínica, la comunidad y la institución*. Editorial Brujas.
- Fernández, C. (2026). *Turnos telefónicos Hospital Penna: Cómo, cuándo y especialidades*. *El Doce Blog*. <https://eldoceblog.com.ar/solicitar-turnos-telefonicos-en-el-hospital-penna-como-cuando-y-por-que-especialidades/>
- Frank, M. L. (2017). Abordajes en AT: una mirada ampliada hacia la familia. En A. Chévez (Ed.), *Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras* (pp. 67-74). Editorial Brujas.
- Frank, M. (2022). Lo vincular en el acompañamiento terapéutico. *Inscribir el Psicoanálisis*, 17. Asociación Costarricense para la Investigación y Estudio del Psicoanálisis.
- Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (2014). *Ley N.º 14.580: Adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires.

Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (2023). *Ley N.º*

15.424: Ejercicio de la profesión de acompañante terapéutico. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires.

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Ley N.º 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*.

<https://censo.gob.ar/index.php/datos-definitivos/>

Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2011). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.

La reconstrucción del Penna tras la inundación: qué servicios habilitarían en 25 días.

(2025, 8 de abril). *La Brújula 24*.

<https://www.labrujula24.com/notas/2025/04/08/la-reconstruccion-del-penna-tras-la-inundacion-que-servicios-habilitarian-en-25-dias-n430571/>

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451–464). Buenos Aires.

Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?

Alteridades, 4(7), 71–83.

<https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600/598>

Minervino, M. (2022, 24 de septiembre). *La inauguración del Policlínico (Hoy Hospital*

José Penna). *La Nueva*. [https://www.lanueva.com/nota/2022-9-24-9-53-0-la-](https://www.lanueva.com/nota/2022-9-24-9-53-0-la-inauguracion-del-policlinico-hoy-hospital-jose-penna)

[inauguracion-del-policlinico-hoy-hospital-jose-penna](https://www.lanueva.com/nota/2022-9-24-9-53-0-la-inauguracion-del-policlinico-hoy-hospital-jose-penna)

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657*.

Boletín Oficial de la República Argentina.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Resolución N.º 592/22:*

Lineamientos operativos para los Servicios de Acompañamiento Terapéutico en efectores públicos provinciales.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2023). *Anuario estadístico de la*

Región Sanitaria I. Dirección de Planificación Sanitaria.

Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos*

Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cobertura sanitaria universal*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>

Paim, J. S. y Almeida-Filho, N. (Orgs.). (2014). *Saúde Coletiva: Teoría e Prática*.

MacBook.

Pulice, G. (2019). *Clinica e Investigación en Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.

Rossi, G. (2007). *Acompañamiento terapéutico: Lo cotidiano, las redes y sus*

interlocutores. Pelemos.

Sabino, C. (2014). *El proceso de investigación*. Episteme.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud*

Colectiva, 6(3), 275–293.

Stolkiner, A. I. & Ardila Gómez, S. E. (2012). El principio de la desmanicomialización en la Ley Nacional de Salud Mental No. 26.657 de la República Argentina.

Revista de la Facultad de Medicina, 60(3), 242-248.