

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Universidad Nacional de Lanús

Año 7 · Nº 9
Noviembre de 2020
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Año 7 · Nº 9
Noviembre de 2020
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

Director

Emiliano Galende

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Editor Asociado

Daniel Frankel



ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723
Prohibida su reproducción sin la expresa
autorización por escrito.
© Los autores.



© Ediciones UNLa
29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar

**Autoridades de la
Universidad Nacional de Lanús**

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Dr. Nerio Neirotti

**Directora del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Elena Boschi

**Coordinador del Centro de Salud Mental
Comunitaria “Mauricio Goldenberg”**

Esp. Alejandro Wilner

**Revista
Salud Mental y Comunidad**

Director

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Directora de Gestión y Evaluación Académica. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Asociado

Daniel Frankel

Docente de grado y posgrado. Universidad Nacional de Lanús.

Coordinación de Comité Editorial

Lic. Sonia Olmedo

Universidad Nacional de Lanús

Lic. Ana Cecilia Garzón

Universidad Nacional de Lanús

Comité Editorial

Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.
Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.
Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús.
Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús.
Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús.
Ramón Álvarez
Universidad Nacional de Lanús.
Mariela Nabergoi
Universidad Nacional de Lanús.
M. Cecilia López Santi
Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn.
Mariano Laufer
*Defensoría General de la Nación del Ministerio Público
de la Defensa. Universidad de Buenos Aires.*
Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires.
Graciela Giangiacomo
Universidad Nacional de Lanús.
M. Pía Pawlowicz
Universidad de Buenos Aires.

Comité Científico

Victor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud / OMS.
Cecilia Ausgurger
Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario.
Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España.
Rubén Efrón
Universidad Nacional de Lanús.
Daniel Frankel
Universidad Nacional de Lanús.
María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata.
Gregorio Kaminsky †
Universidad Nacional de Lanús.
Alfredo Kraut
Corte Suprema de Justicia de la Nación.
Susana Murillo
Universidad de Buenos Aires.
Benjamín Vicente Parada
Universidad de Concepción, Chile.
Sandra Saldivia
Universidad de Concepción, Chile.
Alicia Stolkiner
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.
Francisco Torres González
Universidad de Granada, España.

Graciela Touzé
Universidad de Buenos Aires.
Miguel Xavier
Universidad Nova de Portugal.
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires.
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires.
Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús.
M. Cristina Chardon
Universidad de Buenos Aires.
Mario Rovere
Universidad de La Matanza.
Pierangelo Di Vittorio
Università di Strasburgo e Lecce.
Hugo Cohen
Organización Panamericana de la Salud.
Ariadne Runte
Universidad de Granada, España.

Diseño de cubierta e interior

Dirección de Diseño y Comunicación Visual
Universidad Nacional de Lanús

Suscripción y correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar

ISSN 2250-5768

Impreso en Argentina.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones UNLa.

29 de Septiembre 3901

Remedios de Escalada - Partido de Lanús

Pcia. de Buenos Aires - Argentina

Tel. +5411 5533-5600 Int. 5124/2126

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public



Índice

8 EDITORIAL

Emiliano Galende

ARTÍCULOS

16 **Salud Mental Comunitaria en el Primer Nivel de Atención: aprendizajes y desafíos en contexto de pandemia.**

Claudia Bang.

33 **Modos de abordaje del consumo problemático de sustancias en adolescentes en conflicto con la ley penal en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires.**

Marina Bertini, Fabiana Cañizares, Daniela Ruiz y Alejandro Michalewicz.

51 **Red Argentina de Arte y Salud Mental: “una puerta a la libertad”. Procesos históricos, transformaciones y sentidos desde los aportes de la arqueología y reflexividad crítica.**

Natalia Gómez y Alberto Sava.

68 **De las Representaciones Sociales a las prácticas profesionales en Salud Mental. La formación universitaria de los profesionales de salud.**

Sergio Esteban Remesar, Victoria Alejandra Vidal, Leticia Grippo, Carolina Yael Acuña, María Fernanda Sabio, Sara María Daneri, Aurora Susana Álvarez, Xochil Sardu, Martina Dumrauf y Romina Anabel Sabaliauskas.

- 83 Consejo Consultivo Honorario: Un actor clave para la implementación de la Ley 26.657.**
Marcela Bottinelli, Silvia Faraone, Melina González Barragán, Norma Montenegro, Tatiana Moreno, Iris Valles y Solana Yoma.

- 100 Tres décadas desde la Declaración de Caracas, un hito para celebrar.**
Itzhak Levav y Benedetto Saraceno.

DEBATES

- 110 10 años de la Ley 26.657: hacia la construcción de un diagnóstico más preciso.**
Leonardo Gorbacz.
- 117 A diez años de la ley 26.657. Lo explicable de lo inexplicable.**
María Graciela Iglesias.
- 122 De los principios a la acción.**
Emiliano Galende.
- 130 Reflexiones sobre la implementación de políticas públicas en salud mental. A treinta años de caracas y diez de la ley nacional salud mental.**
Marcela Inés Freytes Frey.

- 136 La Declaración de Caracas desde la perspectiva europea.**
Victor Aparicio Basauri.

RESEÑA DE LIBROS

- 143 El derecho a tener derechos (Arendt, Los orígenes del totalitarismo) A propósito de la edición del Derecho y Salud Mental, de Alfredo Jorge Kraut.**
Manuel Desviat.
- 148 Experiencias Triestinas, compilado por Paula Abelaira**
Benjamín Azar Bon.

**Emiliano Galende**

Escribo esta editorial finalizando el mes de octubre del año 2020, tras siete meses en que vivimos atravesando una de las pandemias más agresivas y prolongadas de la historia, que afecta, como ninguna otra ya conocida, a la gran mayoría de los países y las personas que habitamos el planeta. Naturalmente esta situación amenaza la vida biológica y afecta la vida psíquica y el desenvolvimiento de las sociedades. Quienes trabajamos en la construcción de una Salud Mental Comunitaria, esto es, en generar un modelo de atención que parta esencialmente de que el sujeto del sufrimiento es un sujeto social y comunitario integrado, cuya salud psíquica depende de su capacidad de integrarse satisfactoriamente a la vida en común de las comunidades en que participa, con capacidad de atravesar y elaborar los conflictos y obstáculos que se presenten en su existencia social, percibimos con inquietud de qué manera, con qué intensidad y con cuáles consecuencias vamos a atravesar esta pandemia. Justamente los procesos de atención bajo este modelo de comprensión y atención comunitaria,

que se propone restablecer capacidades de integración y participación satisfactoria en los vínculos sociales que la persona mantenga, comprendiendo que la mayor parte de los trastornos mentales se caracterizan, especialmente en aquellos más severos, por un apartamiento de la vida socio comunitaria, todo lo cual sufre cierto riesgo por el impacto de la epidemia en la vida social. En algunos casos este aislamiento hace que su recuperación a través del tratamiento consista en cierta reconstrucción de la vida social, en sentido amplio, no solo superar los síntomas que expresan el trastorno.

Al igual que otras crisis personales, sin duda de menor gravedad, esta pandemia nos enseña que, así como nuestro organismo biológico posee un sistema de respuesta inmunitaria natural, ayudada por una inmunidad de apoyo que resulta de haber atravesado infecciones anteriores, también el psiquismo pone en juego defensas para enfrentar las amenazas y angustias que despierta el riesgo de contagio durante la epidemia. Estas son

básicamente dos: la capacidad de entendimiento y la capacidad de reconocer y recordar experiencias previas. El entendimiento nos permite dimensionar el riesgo ante el cual estamos y adecuar los cuidados posibles para prevenir el riesgo de adquirir la enfermedad. A mayor entendimiento del carácter y riesgos de la amenaza de la enfermedad mayor será también el desarrollo de los cuidados para prevenirla. La experiencia consiste en la memoria que conservamos de haber atravesado otras crisis y otros acontecimientos de riesgo y amenaza a la vida, los recursos y estrategias utilizadas, los resultados de haber superado o no las crisis que enfrentamos. Esta memoria de la experiencia actúa en el psiquismo del mismo modo que los linfocitos T en la memoria inmunológica, ayuda a programar las defensas posibles ante la amenaza. Si nos negamos al entendimiento y a la aceptación de la amenaza de la enfermedad y negamos o distorsionamos la comparación con experiencias anteriores, nos exponemos indefensos a la eventualidad del contagio. Esta ignorancia suele tener altos costos para la salud, tanto psíquica como biológica. Luego veremos estos costos en el funcionamiento psíquico.

Las respuestas emocionales y afectivas ante el riesgo de contraer la enfermedad, (angustia, ansiedad, miedo, inquietud motora, insomnio, tristeza) son alertas que el psiquismo enciende frente al riesgo. Por cierto, no

deben confundirse con patologías mentales, son señales para poner alertas en nuestras respuestas de protección y cuidado. Naturalmente que, más allá de la capacidad de entendimiento y el recurso de la experiencia, son diferentes las posibilidades y recursos de defensa de acuerdo a las condiciones de la vida actual: así como el cuerpo responde con mayor o menor riesgo de gravedad de acuerdo a la presencia de patologías previas, desnutrición, mala alimentación, las defensas psíquicas están condicionadas por los recursos económicos, la disponibilidad de vivienda digna y adecuada para el cuidado, contar o no con servicios esenciales de agua, electricidad, y muy especialmente de alimentos nutritivos. La pandemia nos ha hecho visible a toda la existencia de las desigualdades sociales entre los muy ricos y los muy pobres, que muestra su rostro más trágico en la afectación de la salud y el desarrollo saludable de los cuerpos, la enfermedad, la miseria, el desamparo social y la indefensión de los pobres. Si bien conocíamos estos rasgos de la sociedad desigual, la epidemia nos interpela sobre la moral propia de aceptar y de convivir bajo el flagelo de estas condiciones sociales. Frente a la gravedad de la crisis social y económica que produce la enfermedad y las consecuencias en la economía global y las economías personales, la mayor parte de la población ha respondido racionalmente entendiendo y aceptando la crisis y tratando de poner en juego las defensas y

protección posibles. Pero, esta respuesta racional de la mayoría social no hegemonizó la racionalidad de toda la sociedad, otros actores están interviniendo para, de diferentes modos, especular políticamente y utilizar el componente emocional alterado de las personas hacia otros objetivos, ajenos y hasta opuestos a los fines de atenuar las consecuencias sociales del contagio y la circulación comunitaria del virus. Entre estos actores se destacan los llamados medios masivos de comunicación, la televisión, los medios gráficos, las llamadas redes sociales, que se valieron del malestar social para abrir otro camino a estas pasiones y lograr otros resultados. A estos actores la Organización Mundial de la Salud los calificó con el término de “infodemia”, que no refiere solamente a la información sobre la epidemia, sino que califica a esta información como una otra epidemia agregada a la provocada por el virus.

El rol de los medios de comunicación en la pandemia y la colonización de las conciencias

Desde hace algunos años los grandes medios de comunicación se han transformado en importantes medios de subjetivación y construcción de la realidad social, económica, cultural y política. Las nuevas tecnologías de la comunicación potenciaron este poder de intervención para, apoyándose en la función de transmisión

de información, reorientar las tres capacidades con las cuales Kant definió el sujeto racional: *pensar, sentir, valorar*. El pensamiento, la construcción de ideas sobre la percepción de las cosas del mundo, los otros sujetos y la conciencia de sí mismo, están unidas a la sensibilidad, lo que sentimos cuando interpretamos cualquier realidad, y a su vez la capacidad de juzgar y valorar, propia del sujeto racional, es resultado de esta unión de las ideas con los sentimientos. Hace mucho tiempo la publicidad entendió que no bastaba con informar las cualidades y ventajas del objeto que quería vender, sino que había que avanzar apuntando a despertar la emoción, activar el deseo y potenciar el sentimiento de necesidad. Asociando imagen y palabras, se opera sobre lo imaginario del sujeto, la creencia (hacer creer) y las pasiones. Recordemos: las primeras publicidades de automóviles asociaban el automóvil junto a la imagen de una mujer semidesnuda, esto se sigue repitiendo aun con múltiples objetos, el cuerpo desnudo de la mujer actúa como símbolo para convocar al deseo y poder transferirlo al objeto a vender. Este recurso es simple, pero las nuevas tecnologías son más sofisticadas y complejas. Se habla mucho de las llamadas noticias falsas, pero lo grave no reside solo en la mentira ni en la noticia, se trata de utilizar estrategias eficaces para orientar los sentimientos, las pasiones humanas, hacia los objetivos políticos, por esto es que se ha considerado a estos medios como

los verdaderos partidos políticos de nuestra época. La mencionada colonización opera sobre las creencias, manipula las pasiones y trata de anular la capacidad del juicio racional. Por la vía de una aparente información se actúa movilizándolo el miedo, el rechazo emocional, el temor o la esperanza, y fundamentalmente el odio asociado al miedo que desde Maquiavelo conocemos como la pasión más fuerte y poderosa en la construcción del enemigo para los objetivos políticos. La concentración de los medios facilita que un objetivo de hacer creer unido a la sensibilidad (repudio, odio, etc.). Ya que el mensaje se repite en muchos medios a la vez, lo que, para el oyente, sobre todo para el adepto a las imágenes, refuerza la creencia y la hace eficaz. Un ejemplo actual con la pandemia: se trata de desplazar los sentimientos que produce la epidemia, el malestar, la inquietud, la incertidumbre sobre el futuro personal y la economía, a las medidas epidemiológicas de prevención. Todo el malestar y el caos de la vida diaria no es causada por la epidemia sino por la cuarentena. Negar la epidemia y culpar a la cuarentena. Y resulta eficaz, gran parte de la población cree que es la cuarentena la que ha desorganizado su vida y como son los gobiernos y los epidemiólogos los que dictan estas medidas, es sobre ellos que se dirige el odio por el malestar sufrido. De un modo sutil y políticamente planificado se logra el objetivo: dirigir el malestar y el odio provocado e incentivado hacia los

gobiernos. También sobre esta situación la OMS ha advertido la falsedad de la información, pero sin dar cuenta de la planificación y los objetivos políticos de esta comunicación. Las falsas noticias (que por extraña razón se dicen en idioma inglés) necesitan ignorar que información no es lo mismo que comunicación, esta última es la que se necesita manipular para el objetivo de promover y dirigir el malestar social.

¿Cuáles son las consecuencias de esta política de comunicación y sus objetivos? Tenemos que apoyarnos en la psicopatología, no solo porque es nuestro terreno de comprensión, sino porque los síntomas que observamos nos llevan a ella. Los sujetos humanos tenemos, en diferentes grados, la capacidad de negación de aquellos aspectos de la realidad que nos perturban. Frente a aquello que anhelamos, deseamos, o más frecuentemente tememos, solemos responder con “no lo puedo creer”, “es increíble”, y tratamos de deshacernos de sus efectos desviándolos o negando su realidad. Pero existe una forma de negación que excede este comportamiento. Lo que de modo simple llamamos realidad es siempre una construcción que reúne significados, interpretaciones, sensibilidad y juicios estéticos: bueno-malo-, agradable o desagradable, fea o hermosa, etc. Aceptamos y reconocemos la realidad bajo esos condicionamientos que son siempre personales. Aun cuando

hablamos de “realidad social”, como algo común a todos, no podemos impedir nuestros personales juicios de valor, de interpretación, de sensibilidad. Siempre se trata de una elaboración simbólica en sentido amplio. Pero esta negación no es igual a lo que llamamos “real”, la aparición de algo para lo cual no logramos una elaboración simbólica y que provoca un repudio, un rechazo profundo, forma diferente y de mayores consecuencias que las de una simple negación. Frente a un repudio de lo real se produce una suerte de vacío en la conciencia que rápidamente da lugar a un dominio de lo imaginario. Este mecanismo psíquico es frecuente en trastornos mentales severos: el sujeto coloca un muro entre lo real y su conciencia y se lanza a la construcción imaginaria de un relato: una confabulación y persecución, la llegada de un destino inmutable, el desarrollo de una explicación mítica. Es lo que llamamos delirio. Ese muro que el sujeto levanta frente a lo real es en general inexpugnable, de su mantenimiento depende su vida. La aparición de la epidemia, su amenaza de enfermedad y muerte, constituye para algunos un real no simbolizable, y surgen así, tras el rechazo al virus que amenaza (y a quienes están asociados: infectólogos, epidemiólogos, vacunas, etc.) los mitos imaginarios más diversos: la vacuna tiene un chip con el cual me quieren dominar, es una confabulación de alguna elite para gobernarnos, etc. Dado que son construcciones psíquicas frágiles

pueden ser pasajeras y los sujetos pueden recuperar la capacidad racional de simbolizar la presencia y amenaza de la epidemia. Pero también puede ocurrir que se abra de un modo más continuo el dominio de lo imaginario, eso que en la antigüedad se sintetizaba como “ha perdido la razón” o “ha perdido la cabeza”, es decir, que se establezca como locura. Lo cierto es que estos procesos de la conciencia tienen consecuencias para la vida psíquica. Lamentablemente los medios de comunicación han politizado la epidemia y también intervienen en los malestares que trae aparejada. Mucha de la comunicación de los medios, con las estrategias que he señalado, se lanzó a potenciar el odio vinculándolo con este dominio imaginario. Así fuimos viendo cómo se asoció el rechazo a lo real de la epidemia, se transfirió la amenaza y el caos social a la cuarentena (los llamados anti cuarentena, antivacunas, etc.), y finalmente el conglomerado social termina siendo solamente un rechazo y oposición al gobierno. Lo lamentable de este accionar es que, además de cuestionar las políticas públicas de Salud, se está afectando la salud mental de muchas personas y fomentando un descuido y una pérdida de las medidas de cuidado frente a la circulación del virus.

El futuro para la Salud Mental

Como señale al comienzo, la política de construcción de una Salud Mental Comunitaria está centrada en recuperar en el proceso de atención la capacidad del sujeto para integrarse a la vida socio comunitaria, esto es, lograr construir vínculos satisfactorios con los otros de trato y sociedad, a la vez que contar con recursos que le permitan afrontar los conflictos inherentes a la vida en común y los obstáculos que la realidad presenten a su existencia. Los síntomas del sufrimiento mental, tanto los de tipo afectivo (tristeza, depresión, inestabilidad emocional), como los de trastornos disociativos (especialmente los trastornos severos) están ligados a la existencia de conflictos en los vínculos, especialmente en la familia, la pareja, los amigos o compañeros, en el trabajo o en la actividad que desempeña. Freud ya señalaba que se trata de salir de la miseria neurótica para enfrentar los obstáculos de la existencia. Lo opuesto a estos objetivos es el individualismo egoísta, la actitud de competencia, la ilusión de una autonomía que prescinde de los otros, la creencia en que el mérito es personal y potencia su independencia de los demás. Todo esto niega la solidaridad, la integración social, la aceptación de la dependencia emocional y afectiva que los humanos tenemos de quienes amamos, de la presencia y ternura del otro para transitar la vida con una cuota de satisfacción y placer.

En los últimos años asistimos a un crecimiento y exaltación del llamado individualismo, que consiste justamente en lo contrario de lo que señalamos como necesario para una salud mental satisfactoria. No se trata ya del individualismo que fundamentó J. Locke en el siglo diecisiete, que consistía en un individuo liberal, esto es, con libertad y autonomía por fuera de los determinantes que el Estado y la sociedad imponen para la vida en común. Se trata ahora de la dominancia de un narcisismo social que propone atender a la gestión personal de la existencia desechando el deseo y la necesidad del otro u otra. Este individuo que llamamos propio del neoliberalismo y que se corresponde con la etapa de un capitalismo financiero, no sólo cree en su autonomía, repudia al Estado aun cuando trata de ponerlo del lado de sus intereses, se caracteriza por la ambición económica y la renta, centrales a su vida, y la competencia permanente con los demás, lejos de cualquier ética del compromiso social y del respeto al otro.

A esta dificultad para la salud mental colectiva se agregó la llegada de las nuevas tecnologías de la comunicación, que fueron repartiendo a la sociedad entre los que predominantemente viven lo social como conexión (estar conectado), vínculo virtual que prescinde de la palabra, el gesto, la sensibilidad, el valor del cuerpo, casi todo suplantado por algún algoritmo, y, por otra

parte, quienes siguen necesitando la presencia sensible, la palabra y la ternura para sentirse ligado al otro u otra. Para los primeros, los conectados, la consecuencia más frecuente es que lo virtual acapara la mayor parte de sus vidas, facilita el aislamiento y la indiferencia. El ejemplo mayor son los llamados HIKIKOMORI, jóvenes que trabajan con sus ordenadores en casa, duermen al lado de ellos, desayunan mirando sus celulares o computadoras, y terminan alojados en las nuevas comunidades de rehabilitación social. En Japón y Corea el Sur se han desarrollado una cantidad creciente de nuevas “comunidades terapéuticas” para largas internaciones con propósito de rehabilitación social. En Occidente se los incluye entre los llamados trastornos del espectro autista. Para los segundos, los que necesitan del grupo presente y no virtual, resisten el aislamiento social, pero encuentran también el debilitamiento progresivo de la proximidad del cuerpo, la ternura del compañero o compañera, y la continuidad de los vínculos ya que el tiempo del compromiso se ha vuelto aleatorio.

Otro obstáculo ha sido la presencia de la infección del SIDA, que perturbo las prácticas del sexo al incluir el miedo al contagio y la necesidad de protección. Esto influyó mucho para alterar el vínculo entre sexo y amor, haciendo de su práctica algo más instrumental. Muchos encuentros sexuales comenzaron a tramitarse a través

de plataformas de Internet, incluyendo el anonimato del sexo entre desconocidos, haciendo de este más un desahogo genital que encuentro amoroso. Naturalmente se facilitó también la violencia, ya que la exigencia ética del respeto al otro permutó hacia el utilitarismo, la dominación y el abuso del compañero o compañera. Conocemos bien que cuando la ética del compromiso y respeto se pierden se impone siempre la violencia, que estamos observando en las relaciones de pareja, donde las víctimas son en su gran mayoría, las mujeres.

No creo que se pueda en el momento actual predecir con certeza cuanto habrá de afectar la epidemia nuestros vínculos sociales y comunitarios y los valores que rigen la sociabilidad. El temor al contagio por el otro, el distanciamiento como prevención, puede confluir en hacer sentir el vínculo como riesgo y el aislamiento y la permanencia de la soledad como refugio seguro. Los obstáculos que menciono ya han producido un incremento de las patologías asociadas a la soledad, ha crecido la violencia en las relaciones de intimidad y dificultando progresivamente la confianza, el afecto y el compromiso, necesarios para todo vínculo social. Es cierto que también estamos observando el surgimiento en la sociedad, especialmente en las poblaciones humildes, un crecimiento de proyectos comunitarios, en gran parte con un componente defensivo frente a lo

que está afectando a la sociedad, pero con el logro de generar solidaridad, recuperar afectos y compromisos. Hay un cierto resurgir de los clubes sociales vecinales, mutuales, cooperativas de trabajo, organizaciones sociales, asociaciones en defensa del clima y la naturaleza, y muchas más. De un modo notorio las mujeres y las organizaciones feministas se han constituido como la vanguardia de muchas de estas luchas por recuperar y defender la vida en común. Estoy convencido, pese a la incertidumbre que nos imponen, que los humanos no

aceptaremos estas formas de indiferencia con los otros, desde que llegamos al mundo siempre es el otro y la otra el sostén de la vida propia. Defender la naturaleza de la que formamos parte, luchar por una sociedad pacífica que requiere de la igualdad, mantener el amor, el afecto y la ternura como requisitos centrales del placer y la satisfacción humana, creo que son los ejes de estos nuevos agrupamientos sociales. Estos mismos ejes son los que alientan la construcción de una salud mental colectiva.

Emiliano Galende



Salud Mental Comunitaria en el primer nivel de atención: Aprendizajes y desafíos en contexto de Pandemia.

Claudia Bang

Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Psicología. Máster en Salud Pública Internacional (Escuela Nacional de Sanidad, Madrid). Licenciada y Profesora en Psicología. Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA y docente de la Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de Moreno y de posgrados nacionales e internacionales.

claudiabang@yahoo.com.ar

Resumen

Este escrito surge de la experiencia de acompañamiento y capacitación a equipos interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención en contexto de pandemia por coronavirus. Dichas instancias han formado parte de un proceso de readecuación de estrategias y prácticas grupales y comunitarias, para dar cumplimiento a las medidas preventivas de distanciamiento físico. El objetivo de este trabajo es describir y analizar dicho proceso, identificando aprendizajes, obstáculos y desafíos. Metodológicamente, se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en la sistematización y análisis de registros que recuperan los discursos de los/las trabajadores/as de equipos de salud mental de centros de salud ubicados en el oeste y sur del conurbano bonaerense y Ciudad de Buenos Aires. Como resultado, se han diferenciado tres momentos de un proceso caracterizado por un esfuerzo sostenido en recrear formas de acompañamiento y vinculación con familias y comunidad en cada territorio. Entre los aprendizajes

se destaca el desarrollo de prácticas múltiples para la generación, sostenimiento y fortalecimiento de redes y vínculos de cuidados a nivel institucional y comunitario. Una potencia ha estado dada por el desarrollo de estrategias comunitarias móviles, flexibles y creativas, y su articulación con dispositivos asistenciales como aporte a un abordaje integral en contexto de alta complejidad.

Palabras claves: Salud mental comunitaria - pandemia - equipos interdisciplinarios - comunidad.

Abstract

This paper arises from the experience of accompaniment and training to interdisciplinary mental health teams at the first level of care in the context of pandemic. These instances have been part of a reviewing process of group and community strategies, in order to ensure compliance with preventive physical distancing measures. The objective of this work is to describe and analyze this process, identifying learnings, obstacles and challenges.

Methodologically, this is a qualitative, exploratory and descriptive study, based on the systematization and analysis of records that recover speeches of the workers of mental health teams at health centers located in the southern and western Metropolitan area of Buenos Aires. As a result, three moments have been distinguished from a process characterized by a sustained effort to recreate forms of accompaniment and bonding with families and community in each territory. One of the main learnings has been the development of multiple practices for the generation, support and strengthening of care networks and bonds at the institutional and community level. A power of this process has been given by the development of mobile, flexible and creative community strategies, and its articulation with assistance devices as a contribution to a comprehensive approach in context of high complexity.

Kew words: Community mental health - pandemic - interdisciplinary teams - community.

Introducción

Desde hace más de 10 años y desde diversos equipos de trabajo, llevamos adelante procesos de investigación-acción, centrados en la indagación de prácticas de salud mental comunitaria y su articulación con la estrategia de Atención Primaria de Salud integral¹. Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010) una de las líneas de trabajo ha estado centrada en las prácticas de salud mental comunitaria y los procesos de adecuación e implementación de dicha Ley en el primer nivel de atención. En los últimos años, estos procesos de investigación se han articulado con diversas instancias de capacitación (en temáticas relacionadas a promoción de salud mental, participación comunitaria, redes, entre otras) y acompañamiento a equipos de salud mental, bajo la forma institucional de supervisión comunitaria. Este escrito surge del proceso de acompañamiento y capacitación a equipos interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención del territorio del AMBA (Área metropolitana de Buenos Aires, que comprende a Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense) en contexto de pandemia.

El comienzo de la pandemia por coronavirus (en adelante COVID-19) en nuestro país ha dado lugar a una temprana y necesaria medida de aislamiento social preven-

tivo y obligatorio (en adelante ASPO). Desde poco antes de la detección de los primeros casos, las dinámicas de las instituciones de salud se transformaron radicalmente, centrándose en la prevención, detección y tratamiento de dicha enfermedad, lo que significó en ese momento, una suspensión abrupta de actividades grupales y comunitarias de salud y salud mental.

En este particular contexto, se han continuado los procesos de capacitación, supervisión y co-visión a equipos interdisciplinarios de salud mental del primer nivel de atención. A través de dichas actividades se ha podido acompañar el desarrollo de nuevas estrategias comunitarias llevadas adelante en contexto de distanciamiento físico. Desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud integral (Rifkin y Walt, 1986), uno de los ejes principales de la tarea de estos equipos se ha centrado en el sostenimiento de procesos comunitarios promotores de salud y salud mental, y en la creación, sostenimiento y fortalecimiento de redes vinculares y comunitarias.

A partir de este recorrido, el objetivo de este trabajo es indagar el proceso de readecuación y transformación de prácticas grupales y comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención en contexto de pandemia y distanciamiento social. Nos proponemos describir sus diferentes etapas, así como analizar aprendizajes, obs-

táculos y desafíos de este proceso en un contexto caracterizado por la imprevisibilidad.

Resulta necesario destacar que la situación de pandemia actual conlleva un fuerte impacto psico-social, situación que ha actualizado los debates en relación a los modelos de atención del padecimiento (Comes, 2020), visibilizando aún más la necesidad de abordajes comunitarios en salud mental, que puedan trabajar territorialmente articulados en políticas integrales de salud.

Metodología

Siguiendo una perspectiva cualitativa, exploratoria y descriptiva (Valles, 2000), este escrito es producto de un análisis reflexivo y sistematización del proceso de transformación de prácticas comunitarias en salud mental integral en el primer nivel de atención en contexto de pandemia.

Para ello, se han tomado los registros de reuniones de capacitación, supervisión y co-visión de las que se han participado 3 equipos interdisciplinarios que llevan adelante actividades de asistencia y promoción de salud mental en centros de salud del primer nivel de atención ubicados en 3 municipios de las zonas sur y oeste del Conurbano Bonaerense. Se han tomado también los

registros de al menos diez reuniones virtuales de capacitación y acompañamiento (supervisión comunitaria o espacios de co-visión) de actividades comunitarias a otros equipos de salud mental de zona sur y oeste del Conurbano Bonaerense, y de Ciudad de Buenos Aires. Desde el comienzo del período de pandemia, muchas de estas reuniones han aumentado su frecuencia, ya sea por pedido de mayor acompañamiento a los equipos, o en respuesta a una necesidad de revisión de prácticas o actividades puntuales. Las disciplinas que integran los equipos con los que se ha trabajado son psicología, medicina, trabajo social, terapia ocupacional, ciencias de la educación y enfermería. El período comprendido ha sido desde mediados del mes de marzo hasta fines del mes de agosto de 2020.

El proceso de sistematización de los registros se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones (Minayo, 1997). El principio de recurrencia temática (Stake, 1994) en los registros permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema (Marshall y Rossman, 1989). Siguiendo los criterios de integración local e inclusiva (Weiss, 1994) se dio un ordenamiento a todo el material, lo que ha permitido delimitar diferentes etapas, y caracterizar

aprendizajes, obstáculos y desafíos de un proceso complejo. En relación a los criterios éticos y de acuerdo a las características de este estudio, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado, en el que los participantes han tenido acceso al material de registro y su sistematización.

Desde una multirreferencialidad teórica, este trabajo incorpora aportes conceptuales provenientes del Movimiento Latinoamericano de Medicina Social/Salud Colectiva (Almeida-Filho, N. y Silva Paim J., 1999; Menéndez, 2009) y de la psicología comunitaria (Montero, 2004), articulados con la perspectiva de Atención Primaria de la Salud integral con enfoque en salud mental (Stolkiner y Solitario, 2007).

Tres etapas de un mismo proceso

A partir del trabajo de sistematización y análisis de los registros, se han podido distinguir tres etapas o momentos del proceso de revisión y readecuación de prácticas comunitarias en salud mental en el primer nivel de atención:

Luego de que se decretara la medida de ASPO el 19 de marzo de 2020, se inició un primer momento en el que las actividades presenciales en las instituciones de

salud del primer nivel de atención, casi exclusivamente se centraron en la detención y asistencia del nuevo coronavirus. En este contexto, las prácticas de salud mental se vieron modificadas drásticamente, debiendo suspenderse la mayoría de actividades presenciales y toda actividad grupal y comunitaria. Las reuniones de equipo, supervisiones y demás encuentros comenzaron a desarrollarse de forma virtual, lo que requirió un esfuerzo inicial significativo. Durante los primeros encuentros virtuales de supervisión y co-visión, el desconcierto y la incertidumbre poblaron los diálogos de los equipos acerca de las tareas grupales y comunitarias que venían desarrollando. Inicialmente, toda la atención se centró en poder continuar de forma telefónica los acompañamientos a pacientes y usuarios/as que se encontraban en procesos de atención individual. Una pregunta central de este primer período fue: “¿cómo seguir acompañando a las personas y familias con las que se venía trabajando institucionalmente en dispositivos grupales y comunitarios?”. En este sentido, una de las primeras estrategias fue intentar contactar a las familias con las que se venía trabajando de forma grupal a través de llamados telefónicos. El cambio en la modalidad de abordaje aquí fue doble: de lo grupal a lo individual y de lo presencial a lo remoto. Algunos equipos se encontraron con que no tenían muchos de los contactos de las personas que acudían a las actividades grupales y no lo-

graban contactarlas. Esto los/las llevó a preguntarse si verdaderamente venían trabajando comunitariamente. La problematización de esta pregunta fue central en la elaboración de estrategias posteriores.

Una temática recurrente en relación a los seguimientos telefónicos fue que en los mismos se evidenciaban situaciones familiares muy complejas preexistentes a la pandemia, las que no habían sido atendidas ni tenidas en cuenta. Esto se traducía en expresiones de necesidades y demandas múltiples contenidas en estos llamados, ante los cuales muchos profesionales expresaron sentirse abrumados/as y sin respuesta. Esto último llevó a visibilizar múltiples derechos previamente vulnerados y a realizar intervenciones familiares a partir de un fortalecimiento de la articulación con otros organismos, de forma intersectorial.

Otra tarea central de este primer período, y para algunos equipos novedosa, fue el acompañamiento de acciones comunitarias llevadas adelante por comedores, merenderos y otras organizaciones sociales. Dicho acompañamiento se dio de forma presencial en los períodos en que esto fue posible y tuvo como objetivo realizar actividades de prevención y promoción de la salud relacionadas con el contexto de pandemia. Para algunos equipos fue una de las primeras veces que salían de la

institución y tuvieron que comenzar identificando y realizando primeros contactos con las organizaciones del barrio. Para otros equipos el trabajo consistió en dar continuidad a una forma previa de relación con referentes territoriales y comunitarios.

En todos los casos, los/las integrantes de los equipos han manifestado que el salir de las instituciones e integrarse a las acciones de organizaciones comunitarias ha sido, en este contexto, altamente significativo. Dicho encuentro les ha permitido visibilizar que son las organizaciones comunitarias y territoriales las primeras en dar respuesta a las necesidades y demandas comunitarias (articuladas a recursos del Estado cuando ello ha sido posible), mostrando que son ellas las que se encuentran más fuertemente entramadas a las realidades locales.

Por último, la mayoría de equipos de salud mental con los que se ha trabajado mostraron interés por iniciar acciones prontas de apoyo psicológico a los equipos de salud que estaban trabajando de forma directa en la detección y tratamiento de personas con COVID-19. Desde el inicio de la pandemia los/las profesionales manifestaron que esta sería una tarea significativa y una necesidad de cuidado de sus compañeros/as de trabajo. En algunos equipos dichas acciones se formalizaron en dispositivos específicos, y otros equipos abrieron in-

formalmente espacios de escucha y apoyo psico-social, generalmente a médicos/as y enfermeros/as.

Cuando, luego de las primeras semanas de pandemia, se comienza a vislumbrar que las medidas de distanciamiento físico serían de mediano plazo, se inicia un segundo momento caracterizado por el desafío de pensar, junto a los equipos territoriales (sobre todo en equipos integrados por profesionales residentes de diferentes disciplinas), cómo recuperar o dar cierta continuidad (si es que se trataba de ello) a los dispositivos grupales y comunitarios que, en algunas instituciones, se venían sosteniendo ininterrumpidamente desde hacía años como prácticas de promoción de salud mental comunitaria. Se trata de espacios de juegoteca y lectura en sala de espera, grupos de adultos/as mayores, diversos talleres creativos y artísticos, encuentros de promoción de salud realizados en organizaciones del barrio, grupos de mujeres, grupos de crianzas, postas de salud integral (con perspectiva de salud mental), actividades grupales y comunitarias con la participación de usuarios/as de salud mental, entre muchas otras actividades que asumieron el desafío de reinventarse.

En esta tarea, un primer paso fue revisar los objetivos de cada actividad y de cada espacio, comprendiendo que no era posible continuar con las mismas metas con las

que se venía trabajando presencialmente. La revisión de objetivos y modificación de estrategias requirió un proceso de varios encuentros e intercambios múltiples, ya que en un primer momento se intentaba virtualizar linealmente cada actividad para que siga cumpliendo los objetivos presenciales, lo que resultó ser técnicamente impracticable. En ese sentido, uno de los objetivos que finalmente se priorizó fue el de dar continuidad, sostén y permanencia a los vínculos previamente establecidos a través de la actividad grupal. De esta forma, se aportaría a prevenir que el distanciamiento social se transforme en soledad relacional (Bang, 2020). En consecuencia, se trabajó en el sostenimiento de vínculos de cuidados con la comunidad y en el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios.

En este marco, se fueron ensayando diferentes maneras de vincularse desde formas novedosas, se retomaron encuentros desde la virtualidad cuando ello fue posible, pero también se sostuvo la presencialidad haciendo llegar a las familias objetos relacionados con la actividad compartida: desde cuadernillos de juegos y actividades producidos y entregados por los equipos de juegotecas, espacios de lectura y espacios de adultos/as mayores, hasta libros y juguetes que se prestaron siguiendo las medidas preventivas correspondientes. Otras propuestas estuvieron relacionadas a la realización colectiva

de relatos, poesías o canciones que se fueron creando grupalmente a partir del intercambio de mensajes, diálogos telefónicos y visitas domiciliarias. Las prácticas así emprendidas permitieron sostener y recrear el vínculo con muchas familias, a través del cual se pudieron acompañar y abordar diversas situaciones. Asimismo, se fortaleció la articulación de estos contactos y prácticas comunitarias con los dispositivos asistenciales de atención, para lo que estuvieron particularmente dispuestos los diferentes equipos intervinientes. Cabe mencionar que esta articulación, en muchas instituciones, era significativamente deficitaria o prácticamente inexistente.

El momento de readecuar las actividades grupales y comunitarias paulatinamente fue dando paso a una última etapa, caracterizada por la necesidad de generar procesos de evaluación reflexiva en relación a las transformaciones y modificaciones de las tareas comunitarias en contexto de pandemia. Se pudieron poner en palabras sensaciones y sentimientos, trabajar tensiones, reconocer aprendizajes y relatar situaciones inesperadas que tuvieron lugar como parte del proceso. El apartado siguiente retoma algunas de estas reflexiones.

Un tema central de esta última etapa ha sido el reconocimiento y problematización del desafío que ha significado y significa sostener espacios de escucha cuando muchas de las problemáticas planteadas atraviesan

también a profesionales, como parte de la comunidad. Algunos equipos nombran dicha situación en términos de encontrarse en un contexto de fuerte “paridad” -en algunos aspectos- con la población con la que se trabaja. Se ha identificado este mismo desafío en las prácticas de apoyo psicológico a compañeros/as médicos/as y enfermeros/as. En este sentido, se ha podido reflexionar acerca de cierta horizontalización que el contexto actual ha impreso en la relación entre profesionales y usuarios/as, planteando el desafío de repensar *lo común* y buscar intersticios desde donde sostener vínculos de cuidado a partir de ello. Hacia el final del período relevado las expresiones de cansancio pueblan las reuniones de equipo y supervisión. Una temática recurrente es el desgaste que ha significado sostener por meses una situación de excepcionalidad en lo laboral. Para ello, se comenzaron a pensar nuevas formas que permitieran reintroducir lo nuevo y creativo, lo lúdico y lo vital.

Aprendizajes y desafíos en momentos de incertidumbres compartidas

Luego de más de cinco meses desde el inicio de las medidas de aislamiento social (ASPO), todos los equipos reconocen que este tiempo ha estado caracterizado por un esfuerzo constante y sostenido en recrear formas y procesos de vinculación con la comunidad. En

todo este período, los diálogos han estado cargados de expresiones relacionadas a una sensación de incertidumbre casi constante y un esfuerzo permanente de revisión, modificación y readecuación de estrategias. Uno de los equipos menciona que la sensación ha sido de “no llegar a hacer nunca pie”, otro equipo enuncia sentir que se encuentran en un presente continuo, que no es posible pensar más allá de una o dos semanas, y que esto ha traído un desgaste significativo cuando el esfuerzo de revisión constante de las actividades en este contexto de imprevisibilidad se ha prolongado durante meses. En síntesis, la posibilidad de recrear actividades y dar continuidad al vínculo con la comunidad ha significado un gran desafío.

En este escenario complejo, todos los equipos reconocen que este proceso ha traído a su vez, profundos aprendizajes. En primer lugar, la posibilidad de participar de las acciones comunitarias y acompañar prácticas de organizaciones territoriales en contexto de pandemia ha significado un aprendizaje valorado muy significativamente. Aún en los equipos que mostraron mayor relación previa con la vida comunitaria se presentaron situaciones que requirieron revisar acciones y estrategias. Muchas de las reflexiones consiguientes han estado en torno a las diferencias entre el trabajo dentro de la institución y la posibilidad de salir a la co-

munidad, posibilidad que ha permitido tener visiones más claras y realistas de los procesos de salud-enfermedad que transitan las comunidades en los diferentes territorios, y planificar acciones más acordes. Estas experiencias motivaron a su vez, visiones críticas y reflexivas en torno a la importancia de la generación de vínculos previos que hubieran permitido (cuando ello no había tenido lugar) estar incluidos/as en las redes comunitarias presentes.

En este nuevo contexto, ha sido necesario repensar los espacios y formas de encuentro con la comunidad, y crear nuevas vías apoyadas en las redes comunitarias existentes. Uno de los grandes desafíos ha estado dado por la posibilidad de transformación radical, en muy poco tiempo, de muchas de las formas de trabajo, relación y articulación con la vida comunitaria. Para ello, un primer paso fue incorporar desarrollos teórico-conceptuales que pudieran traducirse en aportes para la acción: desde la revisión de principios de Atención Primaria de Salud, pasando por la perspectiva integral en promoción de salud mental comunitaria y salud colectiva (Ayres, 2002; Bang, 2015), hasta conceptualizaciones relacionadas a planificación y pensamiento estratégico (Ròvere, 1993). En este sentido, el progresivo desarrollo de nuevas estrategias ha requerido un proceso de cambio epistemológico: aceptar nuevas demandas,

construir en la heterogeneidad y a partir de lo imprevisible han sido algunas de las competencias a desarrollar. Para tal fin, la incorporación de medios tecnológicos de comunicación (sin perder la humanización del vínculo) y su articulación con contactos presenciales se ha construido en una posibilidad. En este proceso, se ha valorado como imprescindible haber afrontado las tareas en equipo, contando con espacios de reflexión e intercambio, pensando las problemáticas y las estrategias junto a otros/as, y reconociendo que el trabajo profesional individual hubiera sido inviable en este contexto.

Por otro lado, varios de los procesos emprendidos han logrado articular dispositivos y prácticas clínicas, grupales y comunitarias, muchas de las que, hasta ese momento, no habían tenido prácticamente relación. Se combinaron entrevistas telefónicas individuales, visitas domiciliarias, encuentros grupales virtuales y encuentros con referentes comunitarios, todo lo que motivó a una mayor articulación entre equipos profesionales que venían trabajando de forma aislada. En consecuencia, algunas experiencias han mostrado que prácticas tradicionalmente asociadas al abordaje individual, en este contexto han servido para producir, generar y afianzar estrategias comunitarias, y viceversa. Este hecho ha permitido revisar las divisiones tradicionales entre prácticas *clínicas* y prácticas *comunitarias* (Bang, Cafferata, Castaño

e Infantino, 2020), poniendo en el centro a las problemáticas de salud mental de la comunidad, y orientando las intervenciones de forma articulada y múltiple, hacia una perspectiva integral. Este proceso ha significado un gran desafío y oportunidad, teniendo en cuenta la vigencia de una tensión histórica entre un modelo integral de atención y el modelo biomédico que aún hegemoniza fuertemente las prácticas del sistema de salud y salud mental, con sus consecuencias reduccionistas, objetivantes y medicalizantes (Menéndez, 2003).

Otro de los aprendizajes ha estado relacionado con la incorporación de la creatividad y la flexibilidad como ejes centrales que han orientado las prácticas en contexto de imprevisibilidad. Como se ha descripto en el apartado anterior, se han logrado desarrollar estrategias de intervención múltiple, cuyas características principales han sido la escucha y la flexibilidad. En espacios de supervisión y capacitación, se ha podido reflexionar sobre cierto *nomadismo* que ha caracterizado las estrategias desarrolladas durante este tiempo, donde lo que parece dar anclaje a las intervenciones es su posibilidad de circulación y movimiento. En consecuencia, se han comenzado a transitar metodologías más relacionadas a la vinculación comunitaria desde estrategias múltiples y a partir de articulaciones impensadas previamente.

En este sentido, uno de los desafíos vigentes se ha encontrado en la generación de lo que podríamos llamar *prácticas anfibias en salud mental*. Tomando la idea de *lo anfibio* de Maristella Svampa (2008) hemos propuesto el desarrollo de prácticas que tengan la capacidad de transitar territorios y espacios diferentes, sumergirse y volver a la superficie, nutrirse de lo diverso y articularse con lo allí existente. Para ello, ha resultado necesario el desarrollo de dispositivos flexibles y permeables, que dialoguen creativamente con las prácticas y saberes situados en el territorio, reconociendo los recursos comunitarios existentes.

En este proceso, la creatividad he ocupado un lugar central, como potencia que ha posibilitado trascender la mera repetición o adaptación lineal de dispositivos según formas pre-establecidas, hacia la transformación y creación de nuevas prácticas. Darse la oportunidad de poner en juego la imaginación radical (Castoriadis, 2005), como esa capacidad de crear formas nuevas a partir de la potencialidad imaginativa, ha permitido inyectar la fuerza de lo nuevo y lo vital a las prácticas institucionales. La creatividad se presenta, además, como una capacidad universal que se desarrolla intersubjetivamente (Mitjans Martínez, 2006), brindando recursos para la creación y sostenimiento de vínculos comunitarios y redes interinstitucionales, a través del desarrollo de actividades

compartidas. En suma, lo creativo se ha presentado como el juego posible hacia la articulación de lo múltiple y lo diverso en el diseño de nuevas estrategias.

Por último, resulta necesario mencionar que ha resultado sustancial el sostenimiento de instancias de capacitación, supervisión y co-visión, como prácticas de cuidado y acompañamiento para los propios equipos de salud mental, y más aún en el primer nivel de atención. Para ello ha sido imprescindible contar con espacios y tiempos institucionales que habiliten la problematización y reflexión conjunta acerca de las prácticas, asegurando la continuidad de estos espacios de intercambio. Asimismo, el proceso de acompañamiento a estos equipos territoriales de salud mental en este contexto ha significado también un gran desafío. Se han compartido y acompañado momentos de angustia, sobrecarga y agotamiento, pero también momentos de hallazgos y revitalizaciones. En suma, ha sido necesario reconocer este tiempo como un tiempo de reacomodamiento, lo que ha logrado disminuir la exigencia de dar todas las respuestas de forma inmediata, pudiendo así darse un tiempo para construir, junto a referentes y organizaciones comunitarias el escenario de lo posible, atravesando momentos de incertidumbres compartidas.

La dimensión vincular y el fortalecimiento de redes como ejes centrales

El desarrollo de abordajes comunitarios en contexto de distanciamiento social ha requerido reconocer la importancia fundamental del sostenimiento de vínculos y relaciones sociales en situaciones de adversidad, revalorizando la importancia de las redes comunitarias de cuidados (Bang, 2020). Asimismo, la situación ha evidenciado la necesidad de profundizar en abordajes comunitarios en salud mental con incidencia territorial, vinculándose a los procesos de participación comunitaria existentes. En este recorrido hemos encontrado en la promoción en salud mental comunitaria (Bang, 2014) una estrategia central que permite, desde una perspectiva integral y articulada con otras prácticas de atención, el desarrollo de acciones participativas y el fortalecimiento de lazos comunitarios solidarios, como recursos colectivos de cuidado en el abordaje de problemáticas de salud y salud mental.

La necesaria suspensión inicial de actividades institucionales grupales y comunitarias a comienzos del período de ASPO, ha permitido a los equipos profesionales visibilizar que las prácticas de cuidado en salud y salud mental se dan principalmente en el territorio, a través de sus redes comunitarias. A partir de este re-

conocimiento, hemos trabajado en la posibilidad de subvertir las formas tradicionales de participación en salud, donde la comunidad suele presentarse como sujeto de participación de actividades planificadas desde y en las instituciones. Contrario a esto, en este contexto tan particular, han sido estos equipos de salud mental los que se han vinculado con las redes comunitarias y territoriales (o han fortalecido vínculos previos).

En este proceso ha sido necesaria una revisión en relación a la conceptualización de lo comunitario y lo territorial, que permita alejarnos de visiones simplistas y homogeneizantes en relación a las realidades comunitarias. En primer lugar, ha resultado imprescindible pensar a la comunidad constituida como una red compleja de relaciones (Bang y Stolkiner, 2013; Piselli, 2007). En este sentido, la metáfora del rizoma como red de interrelaciones entre elementos híbridos (Deleuze y Guattari, 2004) nos ha permitido pensar a la comunidad como un sistema complejo compuesto por elementos simbólicos y materiales interrelacionados en asociaciones múltiples en constante transformación. En consecuencia, y siguiendo a Montenegro, Rodríguez y Pujol (2014) entendemos a la comunidad en tanto grupo heterogéneo de elementos interrelacionados de forma diversa y dinámica, cuyo anclaje puede ser territorial o desterritorializado, sostenida en procesos identitarios

también dinámicos. Con redes de formas variables y vínculos diversos en diferentes niveles, las comunidades presentan configuraciones y emergentes que, lejos de darse en una causalidad lineal, se presentan de forma rizomática: como parte de esa red compleja de interrelaciones entre elementos híbridos.

Entender que los procesos comunitarios se tejen en la articulación de vínculos territoriales y desterritorializados nos ha permitido identificar que la combinación de estrategias de comunicación virtual y presencial podría ser una puerta de entrada a la vida comunitaria. En esta tarea ha sido necesario reconocer haberse encontrado con situaciones y dificultades diferentes a las que habitan los dispositivos clínico-asistenciales. Un ejemplo de ello ha estado dado por la identificación y abordaje de múltiples barreras de acceso a las comunicaciones virtuales, así como el encuentro con tensiones y conflictos inherentes a las prácticas en territorio. En este sentido, y más aún en el contexto actual, ha sido necesario crear y reinventar espacios de encuentro y diálogo, donde lo presencial se articule de forma múltiple con lo virtual. En esta tarea, una herramienta central fue la incorporación de la perspectiva de cuidados en salud (Merhy, 2006). El concepto de *cuidado* reconoce la importancia del vínculo afectivo en la atención, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de

producción en salud (Franco & Merhy, 2011). Desde esta perspectiva, se han intentado impulsar prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar es medio y fin en sí mismo (Ayres, 2007). La participación de los/las trabajadores/as de salud mental en dispositivos relacionales ha abierto a estos/as profesionales la posibilidad de resignificar sus propias prácticas institucionales, incorporando la dimensión subjetiva y la importancia del vínculo en la atención, como elementos indispensables en todo *acto de cuidado* (Ayres, 2007).

En consecuencia, una característica que ha dado especificidad a las acciones desarrolladas ha sido su carácter vincular. Un objetivo central de las prácticas comunitarias emprendidas ha sido crear, sostener y profundizar vínculos de confianza y cooperación entre personas, grupos e instituciones, acompañando a su vez los procesos de organización comunitaria (Montero, 2004; Montenegro, Rodríguez y Pujol, 2014). Este proceso sólo ha sido posible a partir de una articulación de dispositivos y prácticas múltiples en diferentes niveles: al interior de cada institución, y con instituciones y organizaciones territoriales, desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. En ese sentido, la constitución de vínculos, como toda relación humana, ha requerido el sostenimiento de acciones tendientes al progresivo conocimiento mutuo, a la generación de

tiempos compartidos y a la construcción de afinidades y relaciones de confianza (Ròvere, 1999). Más allá de la incorporación de las vías virtuales de comunicación, el énfasis se situó en crear canales accesibles de escucha con usuarios/as, organizaciones y comunidad, que permitiera abordar las problemáticas en su complejidad. En suma, la tarea central aquí fue sostener vínculos y fortalecer redes en un contexto de fuerte adversidad.

Reflexiones finales

En este trabajo hemos abordado el proceso de revisión y transformación de estrategias comunitarias de salud mental en el primer nivel de atención en centros de salud de las zonas sur y oeste del Conurbano Bonaerense y Ciudad de Buenos Aires. Dicho proceso ha estado caracterizado por múltiples aprendizajes, entre los que se destaca la importancia de la generación, sostenimiento y fortalecimiento de redes y vínculos de cuidados a nivel institucional y comunitario.

Este tiempo se nos ha presentado como una oportunidad para visibilizar la importancia de la integralidad en las prácticas de salud mental en el territorio, y el valor de un modelo comunitario que promueva abordajes subjetivantes en relación al sufrimiento humano. La posibilidad de revertir el verticalismo que ha carac-

terizado históricamente a las relaciones jerárquicas al interior de las instituciones de salud y su vínculo con la comunidad continúa siendo un gran desafío, y tal vez esta sea una gran oportunidad para su transformación.

Asimismo, las medidas preventivas de distanciamiento físico en contexto de pandemia han mostrado que las estrategias de cuidado de la salud necesariamente deben ser colectivas, poniendo en evidencia la importancia de sostén del lazo social y del cuidado como promotor de salud en contextos complejos. Las redes comunitarias de cuidado están cumpliendo aquí un rol central, habiéndose activado prontamente en contextos de alta complejidad. Tal vez sea esta una oportunidad de reconocer la necesidad e importancia de trabajar verdadera y sostenidamente en y junto con la comunidad para la producción colectiva de la salud y la salud mental.

Referencias Bibliográficas

Almeida-Filho, N. y Silva Paim J. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica, *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, 5-30.

Ayres, J. R. C. M. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 20 (2), 67-82.

Bang, C. (2020). Abordajes comunitarios y promoción de salud mental en tiempos de pandemia. *El Sigma, sección Salud Pública y Psicoanálisis*. Recuperado de https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/abordajes-comunitarios-y-promocion-de-salud-mental-en-tiempos-de-pandemia/13795?fbclid=IwAR2Mmtyrw8gRjwY3m-0tf0LSi5kmnPscgf4GIU7ZTJbdhXhyFZgXp3dp_k0

Bang, C. (2015). Promoting mental health and community participation: a study on participatory arts practice, creativity and play in the city of Buenos Aires, Argentina. *Health, Culture and Society*, 8(1), 58-68. Pittsburgh, USA. DOI: <https://doi.org/10.5195/hcs.2015.183>.

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 109-120. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-399>

Bang, C., Cafferata, L., Castaño, V. e Infantino, A. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología (UNLP)*, 19(1): 48-70. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. DOI: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe041>.

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46: 123- 146.

Castoriadis, C. (2005). *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Comes, Y. (2020). Trabajar en lo emergente cuando pase la emergencia *Revista Soberanía sanitaria, Edición Especial – Pandemia*. (pp. 47-52) Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/edicionespecialpandemia.pdf>

Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: PreTextos.

Franco, T.B. y Merhy, E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7 (1), 9-20.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Colectiva*, 8 (1), 185-207.

Marshall, C. y Rossman, G. (1989). *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publications.

Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Minayo, M.C.S. (1997). *El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mitjáns Martínez, A. (2006). Creatividad y Subjetividad. En S. de la Torre & V. Violant (Comp.) *Comprender y evaluar la creatividad: un recurso para mejorar la calidad de la enseñanza* (pp 115-121). Málaga: Aljibe.

Montenegro, M.; Rodríguez, A. y Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 32-43. DOI: <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue2-fulltext-433>

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Ley 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013*. Boletín Oficial. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Piselli, F. (2007). Communities, places and social networks. *American Behavioral Scientist*, 50(7): 867, 878.

Rifkin, S. y Walt, G. (1986). Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. *Social Science & Medicine*, 23(6), 559-566.

Ròvere, M. (1999). *Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la*

comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Ròvere, M. (1993). *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Stake, R. (1994). Case studies. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 516-529). California: Sage.

Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Paidós.

Svampa, M. (2008). *Cambio de época*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Weiss, R. (1994). *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies*. Nueva York: The Free Press.

Notas

¹ La autora de este escrito es Investigadora Responsable del Proyecto PICT (Proyecto de Investigación Científica y tecnológica) 2019-2022: *Salud Mental Comunitaria y Prácticas participativas que recuperan el pasado local*. Aprobado por Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica y financiado por FONCyT. También es directora del proyecto UBACyT 2020-2022: *Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red*. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA.



Modos de abordaje del consumo problemático de sustancias en adolescentes en conflicto con la ley penal en una ciudad del interior de la Provincia de Buenos Aires

Marina Bertini

Psicóloga - Jefa de residentes de psicología de HIGA San José de Pergamino.

marinabertiniroig@gmail.com

Fabiana Cañizares

Licenciada en Psicología.

fabic_66@live.com

Daniela Ruiz

Licenciada en Psicología - Psicóloga de planta interina Servicio de Salud Mental HIGA San José de Pergamino - Maestranda en Clínica Psicoanalítica con niños UNR.

danielaruiz@outlook.com.ar

Alejandro Michalewicz

Licenciado en psicología - Residencia completa en salud mental infantojuvenil - Investigador de la cátedra II de Salud pública/salud mental de la Facultad de Psicología de la UBA.

alejandromicha@gmail.com

Resumen

El objetivo general de este artículo consistió en describir los modos de abordaje de las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias que se ofrecen a los adolescentes en conflicto con la ley penal en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires. Se desarrollan los resultados de una investigación realizada a través del Programa de becas de investigación del Hospital Laura Bonaparte período 2017-2018. Se trata de una investigación de tipo exploratorio- descriptivo, de corte transversal que utiliza una estrategia metodológica cualitativa. Las herramientas de producción de datos utilizadas fueron cuatro entrevistas semidirigidas a trabajadores del sistema penal juvenil y análisis documental de expedientes del Juzgado Penal Juvenil.

Se indagaron los modos en que se abordan las problemáticas de este grupo desde los sectores de salud, justicia y desarrollo social. Como resultado,

se observa una predominancia de intervenciones fragmentarias y desarticuladas. En los abordajes interviene una multiplicidad de actores, pero ello no se traduce en la construcción de una lógica de trabajo en conjunto. Finalmente, si bien en los discursos prevalece el paradigma de protección integral de derechos, en las prácticas se sigue observando la incidencia del paradigma tutelar.

Palabras clave: Adolescencia - Sistema penal juvenil - Consumo problemático de sustancias - Salud mental.

Abstract

This article develops the results of research conducted through the Research Scholarship Program of the Laura Bonaparte Hospital in the period 2017-2018. The general objective was to describe ways of addressing the problems related to substance use issues offered to adolescents in conflict with criminal law in a city in the interior of the province of Buenos Aires. This

is an exploratory-descriptive, cross-sectional research that uses a qualitative methodological strategy. The data production tools used were four semi-structured interviews to workers in the juvenile criminal system and documentary analysis (three files from the Juvenile Criminal Court).

How the problems of this group are approached from the health, justice and social development sectors were investigated. As a result, a predominance of fragmentary and disarticulated interventions is observed. A multiplicity of actors is involved in the approaches, but this does not result in the construction of a working logic together. Finally, while the paradigm of comprehensive protection of rights prevails in discourses, practices continue to see the impact of the tutelary paradigm.

Keywords: Adolescents - Juvenile Criminal Court - Problematic substance use - Mental health.

Introducción

En el presente artículo se desarrollarán y articularán los resultados obtenidos a partir de una investigación realizada a través del Programa de becas de investigación del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte” (período 2017-2018), titulada “Consumos problemáticos de sustancias en adolescentes en situación de conflicto penal en una ciudad del interior de la Pcia. de Buenos Aires: Modos de abordaje y articulación intersectorial”.

El objetivo general de la investigación consistió en describirlos modos de abordaje de las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias que se ofrecen a los adolescentes en conflicto con la ley penal en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires, haciendo eje en la articulación entre los sectores de justicia, salud y desarrollo social. La ciudad donde se ha realizado la presente investigación tiene aproximadamente cien mil habitantes, se encuentra a 230 km. de la capital de la provincia y cuenta con las sedes centrales del departamento judicial, un hospital interzonal y espacios municipales destinados a los jóvenes desde el área de políticas sociales.

Este estudio buscó hacer foco en una población con una vulnerabilidad particular: los adolescentes que presentan consumo problemático de sustancias y que se encuentran en conflicto con la ley penal. Siguiendo el planteamiento de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657¹, el consumo de sustancias se considera una problemática de salud que debe ser abordada desde el campo de la salud mental con un enfoque de derechos. Como trabajadores de la salud, consideramos indispensable interrogarnos acerca del rol de los servicios de salud mental en la atención de este grupo de adolescentes y de qué modo se producen, o no, abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

Desde el paradigma de la complejidad se define a los fenómenos humanos como multifacéticos y en continua transformación a través de los procesos de interacción con el entorno (Morín, 1990). Es el consumo de sustancias una problemática compleja ya que, en su conformación, confluyen diversos factores, por lo que suele requerir de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

Partimos de conceptualizar la adolescencia como momento transicional entre la niñez y la adultez que implica un trabajo psíquico de gran complejidad, el cual requiere el soporte del colectivo social para su realización. Soporte que se torna vital en este tiempo de construcción de proyectos de

vida, y anclaje en escenarios sociales exogámicos. En poblaciones atravesadas por situaciones de vulnerabilidad psico-social (Domínguez Lostaló y Di Nella, 1999) y desafiliación (Castel, 1997) el pasaje por la adolescencia suele complejizarse aún más, en tanto el tejido social que se presenta frágil y fragmentado, profundizando las desigualdades, dificulta el sostén que la transición por la adolescencia requiere. Tal como sostiene Firpo (2015) “el otro que es condición de la existencia material y subjetiva y que en la adolescencia tiene una función de acompañar, legitimar, sancionar, no de incondicionalidad, pero sí de disponibilidad, parece estar ausente en muchos casos” (p. 106).

En los adolescentes en conflicto penal una de las problemáticas que existe es el consumo problemático de sustancias. Según Barberis, Cadena y Ansaldo (2011), la misma tiene una tasa de prevalencia superior a la población media de adolescentes, por lo tanto, es pertinente indagar cuáles son los modos de abordaje que desde del estado se proponen.

Hasta el momento en que se realizó la investigación, en los diversos tipos de estudio hallados relacionados con la temática, es de destacar la grave situación de vulneración de derechos en Argentina, respecto de los niños, niñas y adolescentes, especialmente la de aquéllos privados de su libertad. Dichos estudios informan que la privación de

libertad continúa siendo la norma a aplicar, en lugar de ser la excepción como lo propone la normativa vigente (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina y Unicef, 2005). En el informe elevado por la comisión provincial por la memoria del año 2016 (último informe previo a la investigación), se refiere a la falta de atención en salud que reciben los adolescentes: escasez de servicios de salud dentro de las instituciones, diagnósticos erróneos que se traducen en atención no acorde al padecimiento, entre otros (Pérez Esquivel, et al., 2016). No se especifican cuestiones en relación a la salud mental.

También se ha encontrado una investigación que ubica que el sistema de salud por sí solo no puede dar una respuesta acorde a la complejidad de los consumos problemáticos. En cambio, cuando se logra la articulación con otros dispositivos e instituciones territoriales se genera una contención que resulta más efectiva para las poblaciones de jóvenes y adolescentes populares de la provincia de Buenos Aires (Instituto de Investigación sobre Violencia, Jóvenes y Adicciones, 2016).

Solo se ha encontrado un estudio que aborda específicamente la atención en salud mental para adolescentes en situación de conflicto penal. Dicho estudio fue llevado a cabo en Brasil y se titula “Medidas judiciales relativas a la atención en salud mental de adolescentes en conflicto con la ley” (Soares, Fe-

rreira de Oliveira, Leite, Gouveia, Born, 2012). En el mismo se analizan las decisiones del poder judicial en el campo de la salud mental, preguntándose si estas decisiones en adolescentes consumidores de drogas están orientadas al modelo de atención psiquiátrica tradicional o al modelo de atención propuesto por la reforma psiquiátrica de Brasil.

Nos encontramos con escasez de datos estadísticos, investigaciones y artículos sobre los modos en que se abordan las problemáticas de salud mental en relación al consumo problemático de sustancias de los adolescentes en conflicto con la ley penal en nuestro país.

Metodología

Se trata de un estudio de tipo exploratorio- descriptivo, de corte transversal, que utilizó una estrategia metodológica cualitativa. Se eligió un tipo de estudio exploratorio debido a que se trata de una temática poco estudiada, proponiéndonos generar una aproximación al campo que posibilite investigaciones posteriores más elaboradas.

Se llevó a cabo en el período comprendido entre los meses de octubre de 2017 a septiembre de 2018. El ámbito de estudio estuvo constituido por el Juzgado y Defensoría del Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil y el Centro Sociocomunitario de Responsabilidad Penal Juvenil.

Las unidades de análisis han sido los abordajes de las problemáticas de consumo de sustancias que se ofrecen desde el estado a los adolescentes que se encuentran en conflicto penal en la ciudad donde se ha realizado la investigación, al momento de la misma.

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional, con el objetivo de seleccionar casos ricos en información para estudiarlos en profundidad (Patton, 1990). La cantidad de unidades de análisis que formaron parte de la muestra se definió utilizando el criterio de saturación teórica (Strauss y Corbin, 1994).

Los adolescentes que se encontraban en conflicto con la ley penal en la ciudad, al momento de realizar la investigación y que, a su vez, presentaban problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias fueron la población con la que se trabajó en la investigación.

Se definió como variables a indagar:

- El tipo de instituciones en que se brinda dicho abordaje: instituciones que dependen del sector judicial, hospitales generales, hospitales monovalentes, centros orientados a la atención de problemáticas de consumo, entre otros.

- La cantidad de instituciones que participan de cada abordaje y las modalidades de articulación entre las mismas.
- El tipo de prácticas de atención ofrecidas: atención psicológica individual, atención psicológica grupal, atención psiquiátrica, talleres de terapia ocupacional, entre otros.
- La dimensión interdisciplinaria en los abordajes.
- La participación de los adolescentes en los abordajes.
- La duración y el sostenimiento en el tiempo de los abordajes.

Como herramientas de producción de datos, y acercamiento a la población referida anteriormente, se utilizaron cuatro entrevistas semidirigidas a informantes clave del Juzgado y la Defensoría de Responsabilidad Penal Juvenil del Departamento Judicial de la ciudad, y también a informantes del Centro Sociocomunitario de Responsabilidad Penal Juvenil. Asimismo, se realizó un análisis documental cuyo corpus estuvo constituido por tres expedientes de adolescentes en conflicto con la ley penal que presentaban consumo problemático de sustancias.

En relación a las entrevistas, se solicitó el consentimiento informado de los entrevistados, mediante un formulario, en el cual se informó sobre los objetivos de

la investigación y sobre el carácter voluntario y anónimo de la participación en la misma. Respecto a la utilización de los expedientes judiciales, se acordó con la autoridad máxima del juzgado el acceso a los mismos, garantizando la protección de la confidencialidad de los datos y eliminando toda información personal de los registros del estudio.

Las entrevistas y los expedientes se procesaron por generación de categorías, constituidas a partir de las variables a indagar, que agrupan fragmentos discursivos significativos y fragmentos narrativos (Glasser y Strauss, 1967). Se agruparon seis categorías: intersectorialidad - interdisciplina, obstáculos en el abordaje de las problemáticas de salud mental, modos de abordaje para las problemáticas desde el ámbito de la salud mental, modos de abordaje de las problemáticas desde el ámbito jurídico, paradigma de derechos y paradigma tutelar.

Recorriendo los resultados, visibilizando itinerarios

El recorrido por los resultados obtenidos con sus diferentes aristas, permiten dar visibilidad a determinadas situaciones, ideas, conflictos y problemáticas que se tejen en y entre las instituciones, profesionales, campos disciplinares, y los usuarios de salud.

Se incluye la descripción de uno de los itinerarios institucionales de un adolescente para acompañar lo que se intenta transmitir en el presente escrito.

Las dificultades de lo inter

La interdisciplina y la intersectorialidad se proponen como procesos a seguir para el abordaje a problemáticas complejas, pero ¿qué alcance tienen en las prácticas institucionales? ¿de qué modo se concretizan dichos procesos en las estrategias jurídico - sanitarias? ¿cómo se articulan en el campo específico del consumo problemático de sustancias en la población de adolescentes en situación de conflicto penal?

A partir de los resultados de la presente investigación se desprende que las intervenciones existentes en el territorio abordado para la problemática del consumo de este grupo de adolescentes surgen de diferentes áreas y diferentes disciplinas. Ahora bien, estas intervenciones no suelen ser coordinadas u originadas por decisiones en conjunto, ni articuladas con otras intervenciones de otras áreas. Se observaron en el material importantes dificultades en la articulación. Tal así que un entrevistado dice: *“hay miradas distintas (...) en la práctica es imposible coordinar dos entidades públicas cualesquiera sean”*. El juez del fuero penal juvenil refiere que su forma de

trabajar es en equipo, y que le da mucho valor a lo interdisciplinario, aunque advierte que se complejiza por los tiempos propios de las intervenciones de cada sector. Refiere que muchas veces necesitaría evaluaciones desde salud mental al momento de las audiencias para determinar su intervención y de este modo fijar qué dispositivo institucional sería acorde a lo que necesite el joven, pero que esto no se logra concretar.

De los expedientes trabajados, se desprende que el medio de comunicación preponderante entre diferentes áreas son los informes profesionales, así como también oficios que solicitan. La gran mayoría de los informes son descriptivos, donde prevalece la información de la no concurrencia a los tratamientos o entrevistas de evaluación de los adolescentes. Se solicitan intervenciones o evaluaciones de otras instituciones y/o profesionales, sin explicitar las estrategias de intervención implementadas. En el material analizado, no se encontraron registros de reuniones, o encuentros de trabajo entre diferentes áreas. Predominan las intervenciones de profesionales de las disciplinas de psiquiatría, psicología y trabajo social, las cuales se suelen realizar desde un enfoque evaluativo e individual con escasa participación de áreas relacionadas a lo educacional, laboral y recreativo en las estrategias.

Siguiendo a Edith Pérez (2014), consideramos que atender a lo omitido, realizando un trabajo de elucidación puede ser un primer modo de pensar lo no dicho. Podríamos hipotetizar que la omisión en los informes de las estrategias implementadas da cuenta de la escasa transmisión sobre los modos de intervención, ¿puede ser esto uno de los motivos de las dificultades del trabajo de lo interdisciplinario y lo intersectorial? ¿Puede pensarse que el pedido de evaluaciones por otras instituciones y/o profesionales son una intervención en sí misma que impulsa al circuito de deriva institucional (Barcala, 2010) en el que están los adolescentes?

Frases que resuenan, abordajes que se repiten

En relación a los modos de abordaje desde el ámbito de salud mental para la problemática del consumo, el material recolectado muestra que la práctica que se realiza con mayor frecuencia son las evaluaciones. Las mismas se realizan desde diferentes dispositivos: Centro de Prevención de Adicciones (CPA)², hospitales (consultorio externo de psiquiatría, guardia, internación), centros cerrados de contención y cuerpos técnicos de los juzgados. A partir de dichas evaluaciones se suelen indicar intervenciones que luego no se concretan. A modo de ejemplo: en el expediente de una joven se puede observar como el centro sociocomunitario del sistema penal

juvenil³ informa al juzgado que *“en relación a su problemática de salud desde este dispositivo se le modificó turno en el CPA local al cual no concurrió. Se le notifica de un nuevo turno”*. Luego, el Programa Autonomía Joven⁴ informa al centro sociocomunitario que *“la joven no ha adherido al programa. Ni a trabajar en conjunto con el equipo para esbozar un proyecto de vida autónomo”*. En los siguientes informes, se gestionan nuevos turnos desde el centro sociocomunitario para CPA al que no asiste y también al programa Envión⁵ al cual tampoco concurre.

No se observan intervenciones de salud mental que contemplen abordajes con anclaje comunitario, grupal, en escenarios culturales, recreativos, educacionales, deportivos, entre otros. Los dispositivos a los que asistieron los jóvenes son en su mayoría especializados en la problemática: comunidades terapéuticas, CPA que no logran incluir la problemática como parte de la atención en salud mental.

Desde el ámbito jurídico los modos de abordaje que predominan son pedidos de informe a partir de oficios hacia las instituciones. Se desprende de los expedientes analizados que las intervenciones suelen ser indicadas a los jóvenes en carácter de obligatoriedad. En el expediente de una joven figura que el juez en audiencia ordena que *“asista obligatoriamente y bajo responsabilidad de*

la madre a CPA y centro sociocomunitario". En otro expediente se encuentra la siguiente resolución judicial: *"residir en domicilio, abstenerse de consumir bebidas alcohólicas y sustancias tóxicas, comparecer al juzgado cada 15 días, asistir a centro de día terapéutico e intervención del centro de referencia en relación a escolaridad e inserción laboral"*.

Desde el punto de vista de los trabajadores del área judicial los abordajes en salud mental suelen fracasar porque los adolescentes no asumen el problema que tienen y no cuentan con referentes que acompañen. Uno de ellos afirma: *"Con los jóvenes que están predispuestos se han dado buenos resultados", "veo muchos chicos que no asumen que tienen un problema para empezar"*. Predominan las frases que hacen hincapié en el interés del joven de poder "sanar", y en la responsabilidad de acompañamiento de la familia.

Parafraseando a Korinfeld (2014) la dimensión institucional puede definirse como marco regulador de acciones, situaciones, intervenciones, pero también como trama productora de subjetividades. Siguiendo a Stolkiner (2001) en cada acto de salud, en cada contacto institucional se reafirma, construye o deconstruye una concepción sobre los actores que, a su vez los produce. La autora agrega "De no darse esta necesaria reflexividad la condición se manifiesta de manera directa en la práctica. Una aproximación reflexiva implica recono-

cerse en la posición que se ocupa en un determinado campo, posición que no es neutral, no es externa y no deja de producir efectos" (p. 7). Entonces, las concepciones de los trabajadores de una institución impactan en el modo de pensar las intervenciones.

También se mencionan como obstáculos dificultades para coordinar entre entidades públicas, falta de personal y de recursos, y discordancias entre los tiempos judiciales y los del ámbito de salud mental. Una trabajadora dice: *"cuando llamo al CPA me exigen que una entrevista, que un turno, que no sé qué la semana que viene y yo lo necesito en el momento no para la semana que viene"*.

En relación a las instituciones (salud mental y centros cerrados) se ubican como principales obstáculos la falta de cupo y las demoras en las respuestas por cuestiones burocráticas. Otra dificultad referida por los entrevistados es la no disponibilidad de coches para trasladar a los adolescentes desde el lugar donde estén cumpliendo la medida jurídica aplicada (arresto domiciliario o detención en el centro de contención cerrado) a sus tratamientos, e incluso a las audiencias que en muchas oportunidades son postergadas por este motivo.

Del análisis de los expedientes se observa una reiteración de informes descriptivos que dan cuenta de la

discontinuidad de los abordajes y las dificultades para pensar estrategias comunitarias con anclaje territorial. En el expediente de una joven, se informa desde el centro sociocomunitario al juzgado que la joven no asistió y expresan: *“de haberse presentado la joven en el dispositivo se abordarían los ejes salud, social y su posible inclusión en programas municipales y provinciales”*. En respuesta a dicha presentación el juzgado penal juvenil responde: *“de acuerdo a lo resuelto, en caso de no concurrir la joven a la entrevista, deberá realizar dicho seguimiento en el domicilio de la misma”*. Continúa una sucesión de intervenciones que culminan con el informe emitido meses después por parte del centro sociopenal juvenil al juzgado dando cuenta que *“se ha intentado infructuosamente entrevistar a la joven en su domicilio. Tampoco ha respondido a las diversas citaciones que se le han hecho, citaciones que fueron debidamente recepcionadas y firmadas por la joven y su progenitora”*.

Tanto en las respuestas clínicas y/o institucionales que otorga el sistema penal juvenil como las del campo de la salud mental, prevalece lo que Michalewicz y Varela (2016) nombran como función burocrática, en tanto se dan respuestas estereotipadas y preestablecidas ante las consultas recibidas, ofreciendo las mismas intervenciones para todos los casos. En este punto, el eje estaría colocado en la resolución del problema que la demanda del adolescente le provoca al profesional o a la institu-

ción interviniente, intentando que otro sea el que se encargue de la situación problemática.

El lugar compartido de los paradigmas

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN) de 1989, permitió la aparición de un nuevo modo de definir las infancias y adolescencias basada en los derechos humanos. La CIDN presentó los fundamentos de un nuevo paradigma jurídico, político y social en relación a los niños, niñas y adolescentes, al pensarlos como sujetos de derechos, reconociendo su capacidad de ejercerlos (Salomone, et al., 2017).

En Argentina el paradigma de protección integral en materia legislativa se sustenta principalmente por la ley Nacional N° 26.061⁶, la Ley Provincial N° 13.298⁷ y la Ley Nacional N° 26.657, las cuales priorizan, entre otras cuestiones, las estrategias de intervención interdisciplinarias e intersectoriales desde un enfoque de restitución de derechos.

Dicho paradigma de protección integral de derechos se contrapone al paradigma tutelar que partía de la convicción sobre la incapacidad total de la infancia, discurso llevó a considerar al niño exclusivamente como objeto de protección y control (Salomone, et al., 2017).

En el material recolectado el paradigma de protección integral de derechos se hace presente discursivamente en la mención de términos específicos de dicho paradigma y también mediante la apelación de los actores a las leyes de protección integral, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN) y directrices internacionales. Sin embargo, a nivel de las prácticas se ha podido observar una fuerte presencia de la lógica tutelar. Una entrevistada refiere: *“al chico se lo escucha incluso cuando se le imponen reglas de conducta y cuando no lo hace yo los llamo y los escucho, porque eso también es su derecho, el derecho a ser oídos. Todo es en presencia del chico”*. La misma entrevistada en relación a una intervención expresa: *“le pedí por favor al centro de día terapéutico para que este chico por lo menos durante la mañana este ahí y haga algún tipo de actividad y que se sienta productivo, porque necesita cansarse no es un chico que pueda entender que tiene que quedarse dentro de la casa”*. Como punto a destacar, tanto en los expedientes trabajados como en las entrevistas realizadas no se encontró la palabra de los jóvenes tanto en los procesos penales como terapéuticos. En relación a esto, y específicamente en el fuero penal las transcripciones del material dan cuenta de que el vocabulario que se usa en las audiencias es absolutamente técnico, lo cual tiene como consecuencia dificultar aún más la participación de los adolescentes en los procesos que los atañen. Unicef (2006) plantea que *“(...) hablar de los derechos de los*

adolescentes obliga a reconocerlos (...) como personas capaces de expresar sus puntos de vista y de tomar decisiones sobre las cuestiones que los afectan. Será necesario, pues, crear nuevas alianzas entre adultos y adolescentes, con el fin de que las voces de los adolescentes sean escuchadas y consideradas seriamente” (p. 7).

Finalmente, en los expedientes se da cuenta de numerosas prácticas iatrogénicas que vulneran los derechos de los jóvenes. En un expediente, en el marco de una internación de salud mental las psicólogas tratantes informan al juzgado: *“la internación posibilitó un trabajo, el cual se vio limitado en sus objetivos dadas las condiciones irregulares y de vulneración de derechos a las que al paciente se lo expuso”*. En otro expediente, el defensor expresa: *“se identifica erróneamente el encierro en el proceso juvenil, siempre la alternatividad [sic] es el encierro, (...) los peritos hablan de un hogar convivencial, en cambio actualmente está en una mini cárcel”*.

Puede sostenerse que muchas de las prácticas analizadas, tanto correspondientes al fuero penal juvenil como a salud mental, se encuentran enmarcadas dentro del paradigma tutelar. En palabras de un entrevistado, *“si ustedes ven las resoluciones, ven que dice: que construya un proyecto de vida digno, para que pueda recuperarse... yo no diría q es todo sanata⁸ pero diría q hay muy poco de eso, mucho más de encierro, mucho más de reprimir eso y poco de reconstruir”*.

Los términos como “el menor”, “derecho minoril” son usados en los materiales recolectados. También verbos como “someter”, “ordenar”, que dan cuenta de la escasa participación del joven en los procesos que lo involucran. A modo de ejemplo, puede citarse lo que se manifiesta en un expediente analizado: *“ante los pedidos de fiscal y defensor se resuelve conceder la libertad; permanencia en el hogar en horario nocturno en su casa, someterse a tratamiento en CPA o centro de día terapéutico bajo turnos que las instituciones establezcan. Todo ello bajo la supervisión de su mama y el centro de referencia local”*.

La distancia existente entre los discursos y las prácticas analizadas muestra la convivencia y tensión de dos paradigmas en juego: el de protección integral de derechos y el tutelar. Barcala y Luciani Conde (2015) enumeran diferentes tensiones que operan en el proceso de implementación de prácticas en salud mental desde un marco de protección integral de derechos, a saber: la articulación entre la atención de servicios de salud y la efectivización de derechos; la sustitución de un modelo tutelar hacia otro de carácter sociocomunitario, interdisciplinario e intersectorial, entre otras.

Tal como refiere Salomone (2017) *“(...) al tiempo que se desconocen los derechos del sujeto menor de edad (...), se exige al sujeto de la responsabilidad que le concierne, tomán-*

dolo como objeto de intervención. La objetalización del niño conlleva efectos nocivos para el sujeto” (p. 20-21).

Reconstrucción de itinerarios institucionales y organismos intervinientes en la atención de los adolescentes

El pasaje de los adolescentes por instituciones y organismos conforman itinerarios institucionales que se caracterizan por ser extensos, con la intervención de una diversidad de instituciones situadas en diferentes localidades. Estas últimas varían según donde se encuentre alojado el adolescente por motivos de su situación penal juvenil, por lo cual las instituciones son de diferentes regiones, la mayoría lejanas a su ciudad de pertenencia.

Las intervenciones e instituciones de salud mental se suelen repetir en el itinerario del mismo adolescente, lo que visibiliza la insistencia en la implementación de las mismas estrategias una y otra vez. De este modo, se cita a los adolescentes nuevamente a un dispositivo del cual ya participó y no ha funcionado. Predominan las intervenciones para realizar evaluaciones sin proponer estrategias a largo plazo. A modo gráfico, seleccionamos uno de los itinerarios institucionales:



Itinerarios de ideas, ¿otras prácticas posibles?

A partir del desarrollo y la articulación de los resultados que hemos obtenido de la presente investigación, se puede observar cómo los modos de abordaje utilizados para dar respuesta a la problemática de consumo de los adolescentes en conflicto con la ley penal, si bien suelen involucrar diferentes sectores y disciplinas, no funcionan de manera coordinada. Predominan intervenciones fragmentarias, desarticuladas y, en muchos aspectos, con lógicas de funcionamiento diferentes y hasta opuestas.

La modalidad de comunicación entre los actores intervinientes (correspondientes a las áreas de salud, justicia y desarrollo social) suele ser mediante oficios e informes que explicitan intervenciones descriptivas. Predominan la evaluación, derivación y gestión de turnos.

El concepto de multi-institucionalización (Michalewicz y Varela, 2016) permite describir el modo de intervención predominante en el territorio estudiado. Dicho concepto nombra aquellos abordajes en los cuales diferentes instituciones actúan en paralelo, con escasa coordinación entre ellas, tomando al problema que se aborda como si constituyera una sumatoria de partes sin relación entre sí. Esta modalidad de abordaje se en-

cuentra en oposición a intervenciones donde los distintos sectores involucrados trabajan articuladamente, como partes de un verdadero sistema.

Respecto a la tensión y convivencia entre los paradigmas de protección integral de derechos y el tutelar, en el material suele predominar un discurso acorde a derechos y normativas vigentes, aunque las intervenciones y los objetivos que se desprenden de las estrategias de intervención, resultan más afines a una lógica tutelar: puede mencionarse al respecto la ausencia de la palabra de los adolescentes, ausencia de su real participación en los procesos que los involucran y el carácter de obligatoriedad de las medidas que pretenden ser reparatorias de derechos vulnerados, como son el acceso a salud, educación, entre otras.

Las intervenciones en salud mental no logran tener duración y sostenimiento en el tiempo, lo que ocasiona a su vez intervenciones superpuestas de profesionales y de instituciones, la dificultad en construir lazos transferenciales de los adolescentes con un equipo, y la fluctuación incesante de estrategias de intervención.

La variable tiempo es una constante en los resultados obtenidos, haciéndose presente en diferentes intersecciones. Se visibiliza la distancia del tiempo burocrático

de la institución con los tiempos subjetivos y singulares de cada adolescente, así como también se señalan las diferencias entre los tiempos judiciales y los tiempos de las intervenciones en salud mental.

Finalmente, y relacionado a lo anterior, se observó una gran cantidad de intervenciones que se reiteran en el tiempo, aunque no produzcan efectos. Desde las instituciones se atribuye el fracaso de las mismas a los adolescentes, en lugar de poner el foco en analizar la eficacia de las propuestas de intervención o bien en proponer modos de intervención diferentes. En este sentido, Galende (2007) sugiere pensar la gravedad no como un dato natural de lo que le pasa a alguien, sino como una relación entre eso que le pasa y los recursos que tenemos para atenderlo. Ello lleva indefectiblemente a la necesidad de reorientar la mirada hacia los dispositivos y los modos de abordaje. Más aún cuando las respuestas institucionales que abordan el sufrimiento psicosocial de este grupo de adolescentes pueden, en ciertos casos, generar un recrudescimiento del mismo.

Los modos institucionales de responder al sufrimiento que se han hallado presentan una nula o escasa articulación con dispositivos comunitarios, barriales, y con referentes que no sean los de la familia nuclear, o grupo conviviente. Se observó, también, la ausencia de articu-

lación con el servicio local de promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, que es el organismo encargado de la restitución y concreción de derechos, ya que una vez que un adolescente ingresa al sistema penal juvenil las respuestas institucionales que prevalecen son las del fuero penal. El abordaje de la problemática de consumo queda supeditado entonces a la medida punitiva que se le asigne al adolescente; en el caso de que la medida sea el arresto domiciliario, los abordajes para la problemática de consumo son, en su mayoría, en dispositivos que trabajan exclusivamente con esa temática.

Nos preguntamos, entonces: ¿cómo se puede explicar la ausencia de modos de abordaje territoriales, con modalidad de taller, en espacios recreativos y culturales? ¿Existen políticas públicas suficientes que orienten las estrategias de intervención en este sentido?

Podría pensarse que ambas cuestiones expresan las dificultades existentes para poder llevar a práctica lo que plantean las normativas vigentes respecto a considerar a la salud mental desde un enfoque integral. Así pues, la puesta en vigencia de prácticas sustentadas en nuevos paradigmas requiere de un soporte institucional, material y político que no es coincidente con los modos de abordaje investigados.

Referencias Bibliográficas

Argentina, Ley 26.061 (2005). *Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*. Congreso de la Nación, septiembre, 28. Disponible en https://www.oas.org/.../Ley_de_Proteccion_Integral_de_los_Derechos_de_las_Ninas_Ninos_y_Adolescentes_Argentina.

Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre, 25. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Barberis, L., Cadenas, N. y Ansaldi, S. (2012). *Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en adolescentes judicializados*. Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico. Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas. Argentina. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZNacionalZsobreZConsumoZdeZSustancias-ZPsicoactivasZenZAdolescentesZJudicializados.ZAoZ2011-.pdf>

Barcala, A. (2010) El impacto de las políticas neoliberales de los 90 en el ámbito de la salud mental. En Benasayag y Dueñas (Comp). *Malestares en la cultura contemporánea y sus efectos complejos en salud y educación. Mitos-realidades-negocios. Desafíos y propuestas*. Buenos Aires: Editorial Noveduc.

Barcala A. y Luciani Conde, L. (Comp.). (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Buenos Aires, Ley 13298 (2004). *Ley de la Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños*. Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires, diciembre, 29. Recuperado de <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-13298.html>

Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.

Comisión provincial por la memoria. Comité contra la tortura Justicia y seguridad democrática. (2016). *Informe anual 2016. El sistema de la crueldad X. Sobre el sistema de encierro y las políticas de seguridad en la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.comisionporlamemoria.org/comite/informes/anuales/informe2016.pdf>

Domínguez Lostaló y J. C., Di Nella Y. (1999). Hacia un programa integral de Desarrollo Comunitario para la Seguridad Humana en Latinoamérica. En *Alter-Nativas del control social*. Año 1 (1). Revista Latinoamericana de la Catedra de Psicología UNLP (pp 7-36). Buenos Aires: Cuadernos de Caleuche.

Firpo, S. M. (2015). *La construcción subjetiva y social de los adolescentes: Vigencia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.

Geller, B. (2007, junio, 21). *Entrevista a Emiliano Galende, especialista en salud mental*. Agencia CyTA. Noticias de ciencia y tecnología. Recuperado de <https://www.agenciacyta.org.ar/2007/06/entrevista-a-emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/>

Glasser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company.

Jóvenes, Instituto de investigación sobre Violencia, Jóvenes y Adicciones (2016). *Las guardias hospitalarias ante el consumo problemático*. Recuperado de <http://www.ijovenes.com.ar/index.php/2016/12/19/informe-sobre-jovenes-consumos-problematicos-y-guardias-hospitalarias/> [consulta: septiembre de 2017].

Kameniecky, M., Kobylaner, D., Laner, L., Pérez Barboza, H., Zbuczynski, G. y Conocentel, M. (2009). Presentación. En *Consumos problemáticos. Encuentros con presentación de casos clínicos: un trabajo en curso*. Buenos Aires: Letra Viva.

Korinfeld, D. (2014). *Instituciones suficientemente subjetivizadas*. Recuperado de <http://eventosacademicosfilo.uba.ar/index.php/SCSE/II-2014/paper/viewFile/1953/752>

Michalewicz A. y Trajtenberg, M. (2016). Entre la función burocrática y la apuesta singular. En *Prácticas en salud mental infantojuvenil. Entre la hospitalidad y el hospitalismo* (p. 31-39), Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Noveduc.

Michalewicz A. y Varela J. N. (2016). La multiinstitucionalización como modalidad de abordaje. En *Prácticas en salud mental infantojuvenil. Entre la hospitalidad y el hospitalismo* (p. 81-86), Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Noveduc.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Secretaría de Derechos Humanos, UNICEF. (2006). *Privados de libertad, situación de Niñas, Niños y Adolescentes en la Argentina*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Secretaría de Derechos Humanos. Recuperado de http://www.jus.gob.ar/media/1129172/39-privados_de_libertad.pdf

Morin, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Gedisa.

Salomone, G. (2017). Los discursos sobre la niñez y la adolescencia: la singularidad entre los derechos y los hechos. En *Discursos Institucionales. Lecturas Clínicas* vol. II (p. 17-22), Buenos Aires: Letra Viva.

Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. En *Actualidad Psicológica*, XXVI (239). Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_subjetividades_de_epoca.pdf

Strauss, A. y Corbin, J. M. (1994). Grounded Theory Methodology. En Denzin, N. y Lincoln Y. (Comp.), *Handbook of Qualitative Research*. California: SagePublications.

Soares, R. H., Ferreira de Oliveira, M. A., Leite K. C., Gouveia Nascimento, G. C. (2017). Medidas legales de atención en salud mental para adolescentes en conflicto con la ley. *Interface (Botucatu)* 21 (60). Doi: [dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0636](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0636)

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2nd Ed). Newbury Park: SagePublications

Pérez, E. (Ed.). (2014). *Psicología Institucional*. Buenos Aires: Edulp. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/42516/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Unicef (2006) *Adolescencia y Participación. Palabras y Juegos*. Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescencia%20y%20Participaci%C3%B3n.pdf>

Notas

¹ La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada en el 2010 en Argentina. Desde el paradigma de derechos humanos define a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, garantiza la atención y los derechos de cada usuario dentro de los que incluye a las personas con uso problemático de drogas. Propone un enfoque comunitario por fuera del ámbito de la internación, desde un equipo interdisciplinario, y prohíbe la creación de manicomios. A diez años de su sanción aun hoy su aplicación no es total a causa del desfinanciamiento en salud y sectores poderosos que la rechazan.

² El Centro de Prevención de Adicciones (CPA) es un servicio específico para dar respuesta a los problemas vinculados a los consumos de sustancias que depende del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.

³ Los centros sociocomunitarios son dispositivos con modalidad de atención ambulatoria para adolescentes de 16 a 18 años de edad que estén atravesando un proceso penal ante el Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil. Dependen del Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia.

⁴ El programa "Autonomía Joven" es un programa que depende del Organismo de Niñez y Adolescencia de la Pcia. De Buenos Aires. Se gestiona en articulación con municipios y organizaciones no gubernamentales, y tiene como objetivo favorecer el desarrollo y la consolidación de proyectos de vida de las/los jóvenes institucionalizados en el territorio de la Pcia. De Buenos Aires.

⁵ El programa "Envión" es un programa que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Pcia. de Buenos Aires. Se gestiona en articulación con municipios y está destinado a chicos entre 12 y 21 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

⁶ Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada en el año 2005.

⁷ Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niño, sancionada en la Pcia. De Buenos Aires en el año 2005.

⁸ Utilizada coloquialmente, la palabra "sanata" hace referencia a un curso inconexo, en apariencia serio, coherente y contundente.

Red argentina de arte y salud mental: “una puerta a la libertad”

Procesos históricos, transformaciones y sentidos desde los aportes de la arqueología y reflexividad crítica.

Natalia Gómez

Lic. y Prof. en Psicología (UBA);
candidata a Magister en Ciencias
Sociales y Humanidades en
Universidad Nacional de Quilmes,
Investigadora UBACyT - Fac. de
Psicología - Grupos consolidados
dirigido por Mag. Cristina
Erausquin, delegada Regional
Patagonia en Red Argentina de
Arte y Salud Mental, El Brote, San
Carlos de Bariloche.

gomez__natalia@hotmail.com

Alberto Sava

Artista, Docente Teatral y
Psicólogo Social; fundador
y presidente honorario, Red
Argentina de Arte y Salud Mental
y fundador del Frente de Artistas
del Borda.

albertosava@speedy.com.ar

Resumen

El presente artículo pretende problematizar la práctica de la Red Argentina de Arte y Salud Mental (RAASM) en la compleja trama de relaciones del dispositivo manicomial construido históricamente, algunas de cuyas huellas arqueológicas se advierten en el contexto actual en las voces de la/os participantes que transitan el “adentro” y el “afuera” de un hospital monovalente y en las leyes de salud mental sancionadas en este siglo. Dichos rastros registrados del “adentro” y el “afuera” producidos en documentos desde mediados de siglo XIX en un hospital monovalente.

Los objetivos son: a) Reconstruir parte de la historia de la RAASM. b) Analizar transformaciones y sentidos en la existencia de la RAASM. La metodología que utilizamos es el encuadre arqueológico planteado por Foucault (2013) y la técnica de reflexividad de investigación de Guber (2004).

Las reflexiones finales nos permiten afirmar que la RAASM si bien es atravesada y se tensa en las tramas construidas

históricamente sobre el dispositivo manicomial, es una práctica que en las producciones artísticas, encuentros y reflexiones colectivas hace posible que acontezcan otras creaciones y experiencias posibles en comunidad. Además, estas experiencias son viables y tienen impacto en la comunidad en tanto la política pública fortalezca este tipo de prácticas en Red, a nivel nacional e internacional.

Palabras claves: arte - salud mental - desmanicomialización - comunidad.

Abstract

This article tries to problematize the practice of the Argentine Network of Art and Mental Health (RAASM) in the complex web of relationships of the historically constructed asylum device, some of whose archaeological traces are noticed in the current context in the voices of the participants that pass the “inside” and the “outside” of a monovalent hospital and in the mental health laws sanctioned in this century. Such recorded traces of the

“inside” and the “outside” produced in documents since the mid-nineteenth century in a monovalent hospital.

The objectives are: a) Rebuild part of the history of RAASM. b) Analyze transformations and senses in the existence of RAASM. The methodology used is the archaeological framework proposed by Foucault (2013) and the research reflexivity technique of Guber (2004).

The final reflections allow us to affirm that the RAASM, although it is crossed and tensed in the historically constructed frames of the mental hospital, it is a practice that in artistic productions, meetings and collective reflections makes it possible for other creations to occur and possible experiences in community. In addition, these experiences are viable and have an impact on the community as long as public policy strengthens these types of practices on the Net, nationally and internationally.

Key words: art – mental health - desmanicomialización - community.

Introducción

El presente artículo se enmarca en el Proyecto de Tesis: “Las grietas del muro. Procesos de subjetivación “adentro” y “afuera” de un hospital monovalente”, aprobado por la Universidad Nacional de Quilmes para defensa de la titulación en Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades, tesis dirigida por Susana Isabel Murillo (Gómez, *en preparación*). A su vez, por la participación de ambos autores en la Red Argentina de Arte y Salud Mental (en adelante, RAASM).

La RAASM nuclea a la mayoría de las experiencias artísticas en el campo de la salud mental pública y comunitaria de nuestro país desde 1995. Su lema fundacional es arte y desmanicomialización.

Problematizamos la práctica de la RAASM en la compleja trama de relaciones del dispositivo manicomial construido históricamente. El dispositivo tensiona algunas construcciones como los binomios: razón-irracional, alienado-alienado delincuente, normal-anormal, salud-enfermedad. A su vez, hay múltiples prácticas en momentos determinados que acontecen en el hospital monovalente. Las prácticas consideradas “alternativas” o de “resistencias”, surgidas desde mediados del siglo XX, al dispositivo se enlazan en procesos de transformación

del monovalente en relación a los otros niveles de salud, otras conceptualizaciones de salud mental y disciplinas, como el arte. En este sentido, la RAASM construye experiencias en la intersección de los procesos de “desmanicomialización” y el arte como herramienta de transformación social y en salud mental desde 1995.

Los objetivos son: a) Reconstruir parte de la historia de la RAASM. b) Analizar transformaciones y sentidos en la existencia de la RAASM.

Así, pretendemos explorar una parte de los procesos contruidos en prácticas de intersección en arte, salud mental y comunidad, así como, revistar un pasado que transformó aspectos del hospital monovalente y donde se reconocen huellas arqueológicas del “adentro” y el “afuera” que se incluyen en la actual Ley Nacional, entre las más destacables, donde los sujetos con padecimiento psíquico son escuchados e inscriptos como sujetos de derecho.

Marco conceptual

La creación de la RAASM en 1995 la consideramos en un contexto “macrosocial” donde el neoliberalismo intenta gobernar los procesos de subjetivación con estrategias que refuerzan al individuo en soledad, centrado en sí mismo y en la competencia, donde los éxitos

y fracasos van a depender de esas “habilidades” del “sí mismo”. Es un nuevo intento de gobernar a las poblaciones en general y a la pobreza en particular, que trata de borrar los lazos sociales a través de la intensificación de “la cultura del malestar” mediante la construcción de la incertidumbre y los fetiches que, frente a ella intentan modular el deseo (Murillo, 2012; 2013; 2018).

En tanto la RAASM es una organización que nuclea prácticas entre el arte y salud mental, consideramos el dispositivo manicomial como una compleja trama de relaciones de poder que tiende a romper con los regímenes de verdad que atraviesan nuestros cuerpos y limitan nuestras relaciones sociales por medio de técnicas, prácticas y enunciados configurados en procesos históricos (Foucault, 1964).

Asimismo, consideramos al sujeto como un ser social, que emerge con otros, desde y para otros en una trama histórica siempre cambiante, propia del “mundo del hombre” y en relación con la naturaleza (Marx, 1845; 1982). Así, pensamos el arte en construcción en dicho proceso de relaciones sociales que interactúan con el desenvolvimiento político, jurídico, filosófico, etc., y que reaccionan en la base económica (Marx, Engels, 2009, pag. 54-58) y el lugar del artista como agente de cambio en la transformación de la realidad (Pichon-Rivière, 1993; Sava, 2006; 2019, cap. 34).

Metodología

La metodología que utilizamos parte del encuadre arqueológico planteado por Foucault (2013) en el intento de problematizar las transformaciones y composiciones de los documentos considerados como monumentos en prácticas de arte, salud mental y comunidad. Esta conceptualización de los documentos nos permite el análisis en tramas, en series de series de documentos; en relación a prácticas concretas en tanto no son material inerte; en sentido estratégico, inscriptos en tiempo y espacio y en tanto, posibilita interrogar las condiciones de circulación y articulación entre sí; e ilumina algunos aspectos de la realidad, parte del pasado, presente en nuestros cuerpos.

Estos documentos nos permiten interrogar la materialidad de una práctica concreta: la RAASM. Para ello, analizamos conclusiones de Festivales, síntesis de reuniones, bases de participación de Festival, comunicados de prensa, registros audiovisuales, observación participante y entrevistas. Los documentos, observaciones participantes y entrevistas corresponden al período 1989-2019 y se interrelacionan con trabajos teóricos y las leyes de salud mental, para pensar algunas “capas arqueológicas”. Así, las dimensiones de análisis que se consideran con la selección de documentos son la interrelación de procesos culturales, académicos, jurídicos y subjetivos para anali-

zar algunas continuidades, discontinuidades y rupturas en los procesos.

Tendremos en cuenta nuestras implicancias desde la técnica de la reflexividad de investigadores como proceso propio de la investigación social (Guber, 2004). Así, explicitamos la perspectiva teórica – política en la que nos posicionamos para problematizar las relaciones de poder, la selección de documentos desde la práctica en sí. Los resultados son construidos en la dimensión interdisciplinar por la específica formación y experiencias de los autores en arte y salud mental.

Solicitamos consentimiento informado a los sujetos implicados, como recaudo ético.

Resultados

A. Reconstrucción de la historia de la RAASM

La RAASM se gesta desde los Festivales organizados por el Frente de Artistas del Borda (en adelante, FAB). El FAB surgió en noviembre de 1984, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), como organización independiente con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social, para “salir” del manicomio, cuestionar el imaginario social de la locura y en pos de la desmanicomialización (Sava,

2019, cap. 34). El FAB se ubica en el Hospital monovalente Borda pero no depende del mismo. Desde 1989 creó y organizó el “Festival Latinoamericano de Artistas Internados en Hospitales Psiquiátricos”.

Así, la Red se conformó orgánicamente los días 19 y 20 de mayo de 1995 con las delegaciones de Chaco, San Luis, Entre Ríos, Capital Federal, Río Negro, Buenos Aires y Salta. Es una asociación civil, sin fines de lucro, con personería jurídica, integrada por personas internadas y ambulatorias y coordinadores de los Talleres Artísticos en Hospitales monovalentes y Centros de Salud Mental oficiales y comunitarios del país (Sava, 2019, cap. 34).

Se compone por Comisión Directiva y delegada/os por cada regional. Las regionales son: Centro (CABA y Buenos Aires); Cuyo (Córdoba, La Rioja, San Juan, San Luis, Mendoza); Litoral (Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Santa Fe, Chaco, Formosa); Norte (Santiago del Estero, Catamarca, Tucumán, Salta, Jujuy); Patagonia (La Pampa a Tierra del Fuego). Para su organización, se mantienen reuniones presenciales y virtuales. Dado que la RAASM no es financiada, se buscan diversos medios para su funcionamiento por su alcance nacional e internacional. Al 2020, la Red tiene una presencia activa y constante de participantes de Paraguay. Un proyecto que rige desde los inicios es la reunión fundacional de la Red Latinoamericana

de Arte y Salud Mental, idea refrendada en el 14º Festival en el año 2018 (RAASM, 31 octubre 2019, pág. 1).

Al año 2020, la Red organizó catorce Festivales: cuatro organizados por el FAB en CABA (Tres: 1º, 3º, 4º,) y Misiones (Uno: 2º); y a partir del 5º hasta el 14º como RAASM en Mar del Plata-Chapadmalal (Nueve: 5º, 6º, 7º, 8º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º) y Córdoba (Uno: 9º) (1). Los festivales fueron reconocidos y declarados de interés cultural por organismos internacionales y nacionales (RAASM, 9 de junio 2018, pág. 1).

También, realizó “Jornadas Nacionales Simultáneas de Arte y Salud Mental” (6 y 7 de agosto 2010; 12 y 13 octubre

2012) “Encuentros Regionales de Arte y Salud Mental”, “Encuentro de Arte, Derechos Humanos y Desmanicomialización” (18 al 21 noviembre 2010, CABA), “1º Foro y Encuentro de Arte por la Desmanicomialización “Hacia Un 2020 Sin Manicomios”” (25 al 30 de abril 2017, Córdoba) (Sava, 2019, cap. 34) y otras actividades que se construyen de forma colaborativa en los diversos territorios.

Todas las provincias del país participaron al menos en un Festival, salvo Catamarca, Jujuy y Formosa y se presentaron otros países como Uruguay (5 Festivales), Paraguay (4), Chile (3), Brasil (2), Cuba (2), Italia (2), Ecuador (2), Costa Rica, Panamá y Holanda (1).

Regional Festival	1°	(1939)	2°	(1991)	3°	(1993)	4°	(1995)	5°	(1997)	6°	(2000)	7°	(2003)
Centro	7	CABA, Buenos Aires	-	-	-	CABA, Buenos Aires	7	CABA, Buenos Aires	7	CABA, Buenos Aires	14	CABA, Buenos Aires	-	CABA, Buenos Aires
Cuyo	2	Córdoba, Mendoza	-	-	-		3	Córdoba, San Luis	3	San Juan, La Rioja, Mendoza	3	San Luis, San Juan	-	Mendoza, San Luis
Litoral	1	Entre Ríos	-	-	-		4	Chaco, Entre Ríos	3	Chaco, Corrientes, Entre Ríos	2	Chaco, Misiones	-	Corrientes
Norte	2	Salta, Tucumán	-	-	-		1	Salta	-		2	Tucumán	-	
Patagonia	-		-	-	-		1	Río Negro	2	La Pampa, Río Negro	1	Río Negro	-	Río Negro
Otros Países	3	Brasil, Cuba, Uruguay	-	-	-	Brasil, Costa Rica, Uruguay	3	Cuba, Uruguay	1	Italia	2	Panamá, Uruguay	-	Chile
Subtotales	15		-	-	26*	*	19		16		24		11**	**

Fuente: * RAASM en Síntesis de la Historia de los Festivales (12 de julio de 2013, redes sociales, <https://www.facebook.com/red-argentina-de-arte-y-salud-mental-página-oficial/>). ** Conclusiones del 7º Festival, *archivo personal* de Alberto Sava.

Regional Festival	8°	(2005)	9°	(2006)	10°	(2009)	11°	(2011)	12°	(2013)	13°	(2015)	14°	(2018)
Centro	-	-	4	CABA, Buenos Aires	7	CABA, Buenos Aires	14	CABA, Buenos Aires	10	CABA, Buenos Aires	7	CABA, Buenos Aires	9	CABA, Buenos Aires
Cuyo	-	-	5	Córdoba	-	-	2	Córdoba	3	Córdoba	3	Córdoba	1	Córdoba
Litoral	-	-	2	Chaco, Corrientes	3	Chaco, Entre Ríos	2	Chaco, Entre Ríos	8	Chaco, Entre Ríos, Santa Fé	7	Chaco, Corrientes	5	Chaco, Corrientes
Norte	-	-	1	Salta	2	Salta, Santiago del Estero	3	Salta, Santiago del Estero, Tucumán	4	Salta, Santiago del Estero, Tucumán	2	Salta, Santiago del Estero, Tucumán	4	Salta, Santiago del Estero, Tucumán
Patagonia	-	-	3	La Pampa, Río Negro	1	Neuquén	4	Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego	4	La Pampa, Neuquén, Río Negro	11	La Pampa, Neuquén, Río Negro	11	Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro
Otros Países	-	-	2	Chile, Italia	1	Chile	1	Paraguay	2	Ecuador, Paraguay	3	Ecuador, Paraguay	5	Holanda, Paraguay, Uruguay
Subtotales	-	-	17		14		26		31		33		35	

Fuente: Prgramas realizados para cada Festival, *archivo personal* de Alberto Sava. **Tabla:** Elaboración propia. Se contabilizaron como delegación, cada grupo según la actividad. Es decir, dos grupos de un mismo Hospital, cuentan como dos delegaciones, en tanto tienen procesos propios. Hay casos, donde es un sujeto, también cuenta como delegación en tantorepresentante.

B. Transformaciones y sentidos en la existencia de la RAASM

Los Festivales son experiencias que posibilitan el análisis de la existencia de la RAASM, en tanto la misma surge de esos encuentros.

La organización de los Festivales implica en primer lugar la conformación de una comisión compuesta por integrantes de la Red. Desde sus inicios, se garantiza el alojamiento, la comida y los espacios para los espectá-

culos, talleres y otras actividades, a través de la gestión de recursos públicos. No obstante, desde el primer Festival se advierte en algunos programas y conclusiones que hubo delegaciones que no participaron por dificultades económicas, entre ellas, el transporte es oneroso para delegaciones numerosas, dado que la movilidad está cargo de cada delegación. En el 14° Festival del año 2018, por primera vez se acotó la cantidad de días del Festival por la baja del presupuesto para la realización (RAASM, 15 de septiembre 2018) e incluso, se dificultó la gestión de la comida (RAASM, 9 de junio 2018).

En cuanto a la estructura de los Festivales: al inicio, seguido a la “inauguración”, se muestra un video que sintetiza el festival anterior (2); durante la semana, acontecen los espectáculos, muestras audiovisuales, exposiciones permanentes de plástica, fotográfica y escultura, radios abiertas y mesas debate donde participan todas las delegaciones inscriptas. También se invita a artistas con espectáculos, *performances* o instalaciones cuya trama se vincula con salud mental, a grupos artísticos para realizar talleres con una técnica o disciplina específica y a funcionaria/os vinculada/os al ámbito de salud mental; en el “acto de clausura”, se entregan los certificados y se leen las conclusiones.

Inicialmente, se llamó “Festival Latinoamericano de Artistas Internados en Hospitales Psiquiátricos” (1989). A partir del 6º (2000) se modificó su nombre a “Festival y Congreso Latinoamericano de Artistas Internados y Externados de Hospitales Psiquiátricos” y desde el 11º (2011), “Festival y Congreso Latinoamericano de Arte “Una puerta a la libertad” - No al manicomio”. Dadas estas transformaciones de sentidos, las tomamos como puntos de fuga para problematizar la existencia de la RAASM en relación a otras huellas arqueológicas del dispositivo manicomial.

En relación al primer nombre del “Festival Latinoamericano de Artistas Internados en Hospitales Psiquiátricos”, destacamos que se crea para que los “artistas locos” muestren sus producciones artísticas y se encuentren para debatir sobre la desmanicomialización:

Dijo un artista usuario: “Aquí estamos con nuestra música, con nuestras poesías, con el teatro, con el mimo, con la danza, con la plástica...con el arte y también con nuestras propuestas. ¡Buenos Aires despierta!, ya te estamos despertando, con nuestro grito: “Basta ya de marginados”. (Sava, 2019, cap 34)

Este primer foco de la actividad, prioriza la participación activa de los sujetos “internados”, desde el arte y lo político: “Basta ya de marginados”, expresó el “artista usuario” o para hablar de “desmanicomialización”, en términos de Sava. En el programa del primer Festival aparecen estas ideas como objetivo de “los organizadores”:

Promover la actividad artística de internados en Hospitales Psiquiátricos considerando que el arte como mediador terapéutico, permitirá al sujeto internado mostrar su creación, y de esa manera posibilitar lazos sociales. Intentar con el arte romper el aislamiento y el silencio, y hablar a través

de su arte (pintura, poesía, teatro, títeres, música, mimo, etc...) permitiendo con su producción su rehabilitación y reinserción social.

Al mismo tiempo, este Festival deberá ser un momento de integración cultural, donde artistas internados puedan encontrarse durante un tiempo para hablar, comunicarse y encontrar propuestas sobre la problemática de los “Hospitales Psiquiátricos en Latinoamérica”. (FAB, 1989, pág. 2)

Esta experiencia arremete en acto con un posicionamiento que subvierte el lugar del “loco/a” entre aquellos sentidos históricos: “sin razón”, “objeto”, “alienado”, “enfermo mental” (Gómez, *en preparación*). Convoca desde la propia práctica al “loco/a”, a la participación, con su voz, su escucha y en relación con otra/os. Este sentido político de la convocatoria, permanece desde los surgimientos de la Red. En las Bases de Participación convoca a delegaciones, un 70% integradas por artistas y talleristas y un 30% de acompañantes, técnicos y profesionales (RAASM, 2 de octubre 2018, pág. 2).

Si bien, los Festivales se originaron por una idea de la disciplina artística donde la producción de la/os artistas es mostrada ante un “público”, también fortalece que

“la/os artistas loca/os” participen en el proceso artístico, creador y de forma presencial en debates y discusiones sobre los Hospitales monovalentes y su realidad concreta en procesos de salud mental. A contramano de las estrategias neoliberales, que inciden en la ruptura de lazos sociales, un público “modelado” y la competencia individual (Murillo, 2013, 2018), la Red surgió con prácticas en el ejercicio del derecho colectivo a través de la participación, el encuentro y la formación.

También, en estas convocatorias hay otra apuesta política, se invita a delegaciones del ámbito público y comunitario. Desde los comienzos, en 1989 priorizó estas invitaciones. En el programa del primer Festival, todas las delegaciones pertenecían a Hospitales psiquiátricos públicos y el FAB, como única organización que no es programática del monovalente. Por ello, permanece la insistencia en la amplia participación de sujetos que acuden o acudieron a salud mental, grupos e instituciones que crean procesos de desmanicomialización desde el acceso público a la salud y en relación con y/o desde la comunidad. Estos sentidos se entrecruzan con tres de los principales objetivos actuales:

Convocar y reunir a todas las instituciones, grupos e individuos que tengan como dirección fundamental de su pensamiento y su práctica el

proceso de desmanicomialización, y la defensa del Hospital y la Salud Pública y gratuita, en el marco de una sociedad más justa.

Entendemos por desmanicomialización que tengan al arte y la creatividad como sostén ineludible de su práctica, entendiéndolos como instrumentos válidos en el abordaje de las problemáticas en salud mental, para la rehabilitación y la resocialización de las personas con padecimiento mental en pos de la transformación social hacia un sistema de salud digno e inclusivo.

Insertar en la comunidad esta problemática para una resolución en conjunto con la misma. (RAASM, 4 octubre 2017, pag.1-2)

En este sentido, de convocatoria al ámbito público, cabe destacar que, Vicente Galli como Director en la Dirección Nacional de Salud Mental, entre 1984 y 1989, propone cambios en las políticas públicas hacia la promoción, prevención y Atención Primaria de la Salud en Salud Mental (Chiarvetti, 2008, pág. 176-177). Estas políticas nacionales, impactan de forma efectiva en la desmanicomialización producida en Río Negro con el cierre del monovalente ubicado en Allen, el proceso de reforma descentralizado, en comunidad, sustentado en

el modelo de salud mental comunitaria y la Ley provincial 2440 (1991) (Cohen, Natella, 2013). Estimamos que estas políticas públicas en términos nacionales conservan huellas arqueológicas del Hospital monovalente ya que, desde los inicios del Hospicio de las Mercedes, el Dr. Meléndez y el Dr. Cabred proyectaban la concreción de la gestión nacional en relación a la *alienación* así como también remiten a las huellas en las propuestas del Dr Carrillo a mitad de siglo XX desde el Ministerio de Salud en relación a la descentralización, prevención y el trabajo con familias en salud mental (Gómez, *en preparación*). También, mencionamos como antecedentes en política pública el Programa Nacional de Salud Mental en 1967 y el Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en 1968.

Si bien en la historia del Borda desde comienzos de siglo XX se desplegaron discontinuidades en actividades artísticas (Gómez, *en preparación*), con la creación del FAB el arte toma un papel relevante dado que Sava observaba que en el manicomio había artistas “internados” que dibujaban, cantaban, escribían y prácticas que se vinculaban a su propia formación en la disciplina artística y creación del teatro participativo. Desde allí, Sava retomó la conceptualización de Pichon-Rivière del lugar del artista como “agente de cambio” (2019, cap 34). Las intervenciones de Pichon-Rivière fueron novedo-

sas respecto de las prácticas conocidas al interior del Hospicio (1936-1949) por su foco en el aspecto social y la actividad de los grupos de sujetos con padecimiento psíquico. Por lo que, consideramos a esas prácticas como rupturas y a la vez como huellas arqueológicas de muchas otras prácticas, que pueblan las memorias e historia del “adentro” del dispositivo manicomial y que han sido invisibilizadas.

A la vez, se enlazan con las prácticas y enfoques comunitarios que se desarrollaron en el “afuera” en las décadas del sesenta y setenta (Gómez, *en preparación*). El FAB, como experiencia desmanicomializadora, se creó en el “adentro” y prioriza el vínculo con el “afuera”, con la comunidad. Por lo que se pueden enlazar con aquellas prácticas y enfoques comunitarios anteriores a la dictadura cívico-militar de 1976, proceso que intentó “desaparecer” aquellas prácticas transformadoras en vínculo con lo social y comunitario (Goldenberg en Lanús, comunidades terapéuticas, grupos operativos, Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, entre otras).

En relación al segundo cambio de nombre del “Festival y Congreso Latinoamericano de Artistas Internados y Externados de Hospitales Psiquiátricos”, en el año 2000, en el FAB se visibilizó que participaban sujetos que habían sido “externados” del Hospital y otros que

se atendían de forma “ambulatoria” (*observación participante*, Alberto Sava). Por ello, al nombre original se le agrega “artistas internados y externados”. Para este 6º Festival, Sava comentó:

(...) es un lugar de encuentro y de aprendizaje. No sólo ha servido para ver espectáculos sino que ha sido motivo de reflexión (...). Algunos pensamos que los manicomios, los hospitales psiquiátricos y los asilos no deben existir, otros que deben transformarse y modificarse y otros piensan que deben seguir como están, no es nuestro caso.

(*La Capital*, 17 de diciembre de 2000).

Para este contexto del año 2000, destacamos que los intercambios, el aprendizaje y las reflexiones son parte fundamental en la participación activa de toda/os la/os participantes. Incluso, Sava también menciona: “No hemos venido únicamente a mostrar lo bueno que hacemos, sino a intercambiar experiencias de los lugares donde vivimos”. Una fortaleza que tiene la RAASM es que, al participar delegaciones de diversos territorios, permite complejizar el análisis con puntos en contacto y líneas de fuga, tensando el abordaje en salud mental entre una perspectiva integral y/o “nacional” y/o “latinoamericana” con las especificidades conceptuales y los

procesos de trabajo en relación a territorios y comunidades contextuales.

La realización de los talleres, encuentros y Festivales dan cuenta de que las prácticas desarrolladas en la RAASM implican la coexistencia de diversos enfoques conceptuales construidos en la historia de psiquiatría. Como menciona Amarante (2009) las discusiones en psiquiatría impactan luego de la Segunda Guerra Mundial en diversos grupos, los que proponen transformaciones como “reformas psiquiátricas” y la “Antipsiquiatría” y la “Psiquiatría Democrática”, que procuran cambios radicales (pág. 39-59). Cuando surgió el FAB, su posición política se vinculó con la experiencia de Franco Basaglia en Trieste, Italia, que llevó adelante cambios fundamentales en los dispositivos de salud mental. En términos de Amarante (2009) el proyecto Basaglia está en diálogo con la Psiquiatría Democrática. Incluso, en el 5º y 9º Festival, participaron integrantes de la experiencia de Trieste. En el 9º asistió Carlos Misculín, creador y director de *La Accademia della Follia*, quien estuvo internado en Italia (RAASM, 22 de septiembre de 2019, página web <https://www.facebook.com/permalink.php?story>).

También, cabe destacar que el 6º Festival se desarrolló en un contexto muy particular, pues en el año 2000 se

sanciona la Ley 448 en CABA que, promueve el derecho a la salud mental con cambios en el enfoque hacia la promoción de la salud mental, la reinserción social y comunitaria, la intersectorialidad y abordaje interdisciplinario (art. 2º). Resignificando el proceso de la RAASM, consideramos que la práctica intenta construir algunos de los procesos que la Ley 448 promueve. Incluso, en las conclusiones del siguiente Festival (7º en 2003), destacamos la importancia del vínculo con otros movimientos que vivenciaron experiencias límites, donde la salud mental se piensa más allá del manicomio y en relación con los derechos fundamentales como establece la Ley 448: “Fue un acierto la realización de la mesa sobre “Contexto social de la Salud Mental” en la que participaron la Asoc. Madres de Plaza de Mayo, representantes de movimientos sociales, asambleas barriales y trabajadores desocupados y piqueteros”. Seguido, hay un posicionamiento claro: “Consideramos que, desde la especificidad de nuestra lucha, somos parte del mismo camino por la dignidad de las personas, los derechos humanos, el trabajo y la libertad”, además, se realizó una marcha por la Ciudad de Mar del Plata y participaron sólo 11 delegaciones por las dificultades económicas que vivenciaron todos los sectores sociales, post década del noventa.

En cuanto, al tercer cambio de nombre del 11º Festival, en el año 2011, se decidió como Festival y Congreso

“Una puerta a la libertad - No al manicomio” en una reunión de Comisión Directiva y Delegada/os de la Red (*observación participante*, Alberto Sava). Precisamente, en la historia de la RAASM las expresiones “Una puerta a la libertad” y “No al Manicomio” aparecen de forma explícita: en las conclusiones del 7º Festival (2003) se escribe la frase “Una Puerta a la Libertad” como parte del título del Festival; en las conclusiones del 8º Festival (2005), aparece como objetivo el foco en la desmanicomialización y “no al manicomio”. La expresión original es de una mujer que estuvo internada en un monovalente, lo dice en el 1º Festival en 1989 (2) y Alberto Sava le pidió permiso en aquel momento para referirla.

Para el contexto del 11º Festival (2011), en el año 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (en adelante, LNSMyA). La Ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos e instituciones monovalentes y orienta hacia la sustitución de los mismos (art. 27). En esa clave entendemos que esta expresión “No al Manicomio”, se reafirma en un contexto donde a nivel nacional se buscan procesos de sustitución en las prácticas de salud mental. Es relevante que este posicionamiento político se gestó desde los comienzos del FAB, en relación con la participación activa de los sujetos con padecimiento psíquico, en diálogo con enfoques artísticos, comunitarios y

con la experiencia de desmanicomialización en Trieste, en continuidad con la creación de la RAASM la cual en proceso, debate y reflexiona sobre la problemática en los Hospitales Psiquiátricos y abre a otra/os actores para el diálogo en Arte y Salud Mental. Entendemos que la práctica y proceso de la RAASM está en consonancia con la LNSMyA.

Incluso, la participación de múltiples actores en las prácticas de la RAASM, se pueden observar en los programas de los Festivales. Por ejemplo, en las mesas de discusión destacamos que, desde el primer Festival (1989), las temáticas como arte y desmanicomialización son las que convocan y persisten en relación a los actores que componen dichas mesas: sujetos que atravesaron/atrazan alguna situación de salud mental, profesionales, delegaciones inscriptas, artistas y funcionaria/os invitada/os. Si bien, hay cambios en términos de estrategias (mesas de discusión, mesa debate y mesa redonda) en todos los casos moderada por coordinador/a, las temáticas se organizan según las experiencias y acuerdos de participación en los diversos espacios del Festival. Así, puede leerse la importancia de los debates en las conclusiones. Desde el 7º al 11º Festival, se creó otro espacio, el Foro, para debatir sobre arte y desmanicomialización y en 2017 se organizó específicamente esta modalidad en Córdoba. Aun, en el 10º Festival hay

dos mesas debate que desglosan y complejizan las temáticas: “Dispositivos desmanicomializadores” y “Derechos Humanos y salud mental”.

Desde 1989, hay mesas específicas entre los profesionales donde “los enfermeros hablan”. En las huellas arqueológicas del hospital monovalente se hace evidente que enfermería es una disciplina con propias tensiones en cuanto a la profesionalización y que ha sido desjerarquizada como “técnico o administrativo” en el año 2019 en CABA (Gómez, *en preparación*). La/os enfermera/os son trabajadora/es que están todo el día en el Hospital, conocen el cotidiano de los sujetos que están internados y con intervenciones valiosas en la promoción, cuidado y atención en salud.

En cuanto a los sujetos que atravesaron/atraviesan alguna situación de salud mental las mesas variaron sus nombres, constatados en los Programas: “Mesas de discusión con artistas internados de la delegación (...)” (1989); “los artistas internados y externados hablan” (2000); “Los talleristas hablan. Mesa redonda” (2006); “Mesa debate: los artistas internados y externados hablan” (2009); Asamblea Permanente de Usuarixs de los Servicios de Salud Mental (en adelante, APUSSAM) (2011); “Los artistas usuarios: qué saben y qué piensan sobre la Ley Nacional de Salud Mental junto a Adela

Segarra (Diputada nacional, y ex integrante de la Comisión de Salud que elaboró la ley 26.657) y Fernando Fabris (ex integrante del Equipo de Arte del Hospital Melchor Romero)” (2013); APUSSAM (2015) y “Mesa debate: los artistas usuarios hablan. Participan integrantes de las delegaciones” (2015; 2018). De 1989 al año 2000, en adelante, implicó el cambio de nombre como la titulación del Festival incluyendo “externados”. Pero desde el año 2013, se modificó por el término “usuario” (3). Cabe resaltar que en el año 2011 participó la APUSSAM, organización donde los propios sujetos se denominan de dicha manera. También, en 2011, participó Leonardo Gorbacz, uno de los autores de la LNSMyA (2010). Por lo que es significativo que se incluye un debate específico con los “usuarios” en relación a dicha Ley. Esta Ley, inscribe como sujetos de derecho a “personas con padecimiento mental” a nivel nacional (Cap IV, art. 7).

Reflexiones finales

A partir de la práctica de la RAASM es que la consideramos como una organización que se entrama en las huellas arqueológicas del dispositivo manicomial y a la vez, en las rupturas en tanto crea otras experiencias posibles entre arte, desmanicomialización, comunidad y salud mental.

Creemos que es parte de las rupturas del dispositivo manicomial, en tanto, desde el inicio con la creación de los Festivales, destacó la palabra de los sujetos que padecen psíquicamente, su participación activa desde el arte y las expresiones propias en lo político en relación a las problemáticas de salud mental y su realidad concreta. En segundo lugar, en la revalorización del acceso a la salud pública y gratuita y la participación de la comunidad con las invitaciones específicas para estos sectores. En tercer lugar, la amplia participación de los actores convocados enriquece la multiplicidad por la diversidad territorial, la interdisciplina, la intersectorialidad y la visibilidad de multiplicar la problemática y abordaje de salud mental en la comunidad, en consonancia con la Ley 448 (2000) y LNSMyA (2010).

Desde la reflexividad crítica consideramos que algunos análisis y resultados posibles son co-construidos desde la interdisciplina. Si bien, la RAASM se tensa entre las construcciones históricas en relación al “loco”, el manicomio y la “locura”, se cree que otras experiencias posibles pueden gestarse en estos encuentros y reflexiones sostenidos desde la política pública y en Red a nivel nacional e internacional.

Referencias Bibliográficas

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma en el sistema de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII*, pag. 173-182.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Ed digital: Titivillus.

Foucault, M. (2013). *La arqueología del saber*. (1969) (2ª ed.) (trad. Garzón del Camino) Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Gómez, N. (*en preparación*). Las grietas del muro. Procesos de subjetivación “adentro” y “afuera” de un hospital monovalente. Tesis dirigida por Susana Isabel Murillo, proyecto de tesis aprobado por la Universidad Nacional de Quilmes.

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano*. (1991). Buenos Aires: Editorial Legasa.

La Capital (17 de diciembre de 2000) Concluye hoy el Congreso de Artistas Internados en los Hospitales. (Diario). Mar del Plata.

Marx, K. (1845). *Tesis sobre Feuerbach*. Versión soviética B. Bueno, G. [filosofía] Recuperado de <http://www.filosofia.org/cla/ome/45tesfeu.htm>

Marx, K. (1982). *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*. México: Grijalbo.

Marx, K., Engels, F. (2009). *Sobre el arte*. Buenos Aires: Claridad.

Murillo, S. (2012). *La cultura del malestar*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0Bwxc0Qar5QHgcE5FWFhEeE14Ym8/view>

Murillo, S. (2013). *La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones*. En Voces en el Fenix. 4 (22) Pag. 70-77.

Murillo, S. (2018). *Neoliberalismo: Estado y procesos de subjetivación*. En Entramados y perspectivas, 8 (8), pág. 392-426.

Pichon-Rivière, E. (1993). *El Proceso creador. Del psicoanálisis a la psicología social (III)*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

RAASM (9 de junio 2018) Comunicado de prensa: ASUNTO: “14 Festival y Congreso latinoamericano de Arte – Una Puerta a la Libertad – No al Manicomio”. PDF.

RAASM (15 de septiembre 2018). Circular N° 5. 14° Festival y Congreso de Arte “Una puerta a la libertad” - No al manicomio” PDF.

Sava A. (2006). *Desde el Mimo Contemporáneo al Teatro Participativo*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Colección Sin Telón.

Sava A. Comp. (2008). *Arte y desmanicomialización. Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina*. Bs As: Ediciones Artes Escénicas.

Sava A. comp. (2008). *Frente de Artistas del Borda: una experiencia desmanicomializadora. Arte, lucha y resistencia*. Bs As: Madres de Plaza de Mayo.

Sava, A. (2019). Arte y desmanicomialización. Intervención y transformación en salud mental desde el Teatro Participativo. (cap. 34). En Trimboli, A. (dir.), *El Fin del Manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Buenos Aires: Noveduc.

Notas

¹ Pueden observarse los afiches de los Festivales en el video "Historia en Red" de la RAASM. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=P5g-CjnHKksE>

² Los videos son producidos por Norberto Govetto, realizador cinematográfico, amigo de Alberto Sava, quienes trabajan conjuntamente en diversos relevamientos filmicos.

³ Usuario: del latín *usuarius*, "uso de algo". Aquí, sería "usuarios" del "bien" salud mental. El neoliberalismo y el mercado refieren al uso de "bienes o servicios" sean educativos, de salud, tecnológicos, etc, en detrimento del Estado, políticas públicas y derechos sociales.

Agradecimientos

A toda/os la/os compañera/os talleristas, coordinadores y colaboradores de la Red Argentina de Arte y Salud Mental. A Susana Isabel Murillo por su apoyo, lectura, sugerencias y correcciones.



De las representaciones sociales a las prácticas profesionales en Salud Mental. La formación universitaria de los profesionales de salud.

Sergio Esteban Remesar

Licenciado en Psicología. Especialista y Maestrando en Metodología de la Investigación Científica. Doctorando en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Quilmes.

sergioremesar@yahoo.com.ar

Victoria Alejandra Vidal

Licenciada en Psicología. Magister en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda Universidad Nacional de Quilmes.

victoriaavidal@yahoo.com.ar

Leticia Grippo

Lic. en Psicología. Magister en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes.

leticia grippo@gmail.com

Carolina Yael Acuña

Lic. en terapia Ocupacional. Especialista en Patologías y Terapéuticas de la Niñez Maestranda en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes.

carolina.acu@outlook.com

María Fernanda Sabio

Profesora de Enseñanza Media y Superior en Filosofía. Dra. En Medicina. Universidad Nacional de Quilmes.

mariafernandasabio@gmail.com

Sara María Daneri

Licenciada en Terapia Ocupacional. Maestranda en Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Nacional de Quilmes.

saramdaneri@gmail.com

Aurora Susana Álvarez

Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Quilmes.

aurosusana@gmail.com

Xochil Sardu

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Quilmes.

xsardu@gmail.com

Martina Dumrauf

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Quilmes.

martinadumrauf@gmail.com

Romina Anabel Sabaliauskas

Estudiante Lic en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Quilmes.

sabaliauskasromina@gmail.com

Resumen

En el año 2010 se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual cambia la perspectiva en salud mental, ya que pasa de un paradigma manicomial, de encierro a uno de derechos, no obstante, persisten discursos, representaciones y prácticas ligadas al viejo paradigma. Las instituciones universitarias, los docentes y los estudiantes construyen, crean y recrean sus representaciones sociales e instauran dispositivos que tienen efectos sobre los saberes y las prácticas de los futuros profesionales.

En el presente artículo proponemos desarrollar algunas reflexiones de los resultados obtenidos y los vínculos entre dos procesos de investigación, uno finalizado y otro en proceso en la Universidad Nacional de Quilmes entre los años 2015 y 2021. El primero indagó sobre las representaciones del cuidado de la salud mental en estudiantes de carreras de salud; y el segundo, que se encuentra actualmente en desarrollo, sobre las representaciones sociales sobre la Salud Mental en los docentes universitarios de esas carreras.

Palabras claves: Representaciones Sociales - Salud Mental - Formación Profesional - Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Summary

In 2010, the National Mental Health Law N° 26.657 was enacted, which changes the perspective on mental health, since it goes from an asylum paradigm, from confinement to one of rights, however discourses,

representations and practices related to the old paradigm. University institutions, teachers and students construct, create and recreate their social representations and establish devices that have effects on the knowledge and practices of future professionals.

In this article we propose to develop some reflections on the results obtained and the links between two research processes, one completed and the other in process at the National University of Quilmes between 2015 and 2021. The first inquired about the representations of care of the mental health in students of health careers; and the second, which is currently under development, on the social representations of Mental Health in university teachers of these careers.

Keywords: Social Representations - Mental Health - Vocational Training - National Law Of Mental Health N° 26.657.

Introducción

Durante los años 2015-2019 realizamos una investigación en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), sobre las representaciones del cuidado de la salud mental en estudiantes de carreras de salud¹. En ese proyecto nos propusimos indagar y describir las representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad atención y cuidado de la salud mental que posee el colectivo de estudiantes, y luego comparar los contenidos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 con las representaciones de los estudiantes y las propuestas en los planes de estudio de las carreras y los programas de las materias. Los resultados de esta investigación que presentaremos más adelante, nos llevaron a preguntarnos acerca de las representaciones sociales sobre la Salud Mental en los docentes universitarios de esas carreras, proyecto que se encuentra actualmente en curso². En este trabajo nos proponemos desarrollar algunas reflexiones de los resultados obtenidos y los vínculos entre ambos procesos de investigación.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la formación universitaria

En el año 2010 se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual cambió la perspectiva en sa-

lud mental, ya que pasa de un paradigma manicomial, de encierro a uno de derechos. Este último, promueve la inclusión de las personas con padecimiento psíquico a partir de un enfoque social comunitario y de respeto a la autonomía de las personas, lo que la enmarca en una perspectiva ética novedosa dentro de la Salud Mental. La salud mental involucra actores sociales, saberes y disciplinas diferentes, cuya articulación es fundamental para que el proceso de transformación que se pretende sea posible. Para ello, la formación de los profesionales es central. Las instituciones universitarias, en su papel de formadoras de nuevos profesionales, deben ser promotoras de los cambios propuestos por la ley. En ese sentido, las modificaciones que la ley propone deben estar plasmadas en los planes de estudio y ser llevadas a la práctica cotidiana por los docentes, quienes deberían adherir a la perspectiva ética que la ley impulsa. Las instituciones universitarias, los docentes y los estudiantes construyen, crean y recrean sus representaciones sociales e instauran dispositivos que tienen efectos sobre los saberes y las prácticas de los futuros profesionales, por lo que las universidades deben responder a la demanda de la sociedad. Para ello, el artículo 33° de la ley establece:

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de

los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país. (art. 33 Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2013).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 introduce una nueva manera de pensar las prácticas de cuidado. Este proceso de cambio, se incluye entre las temáticas de las políticas públicas vinculadas con la salud en general, y la salud mental en particular. Las políticas públicas, relacionadas con la educación, son uno de los niveles centrales que tendrá incidencia sobre los modelos de cuidado que piensen, planteen y lleven adelante los estudiantes de las carreras de salud. Son el campo sanitario, por medio de la formación académica, el sentido común y las instituciones de salud entre otros, quienes producen los conceptos de salud-enfermedad y los criterios para afrontarlos, sin perder de vista los contextos socioeconómicos históricos y políticos. En esto se hacen visibles los desafíos que implican para do-

centes y estudiantes de las carreras de salud abordadas modificar las concepciones de cuidado en salud mental y trasladar esta concepción a sus prácticas. Es por las interrelaciones descritas que las recomendaciones del Plan Nacional de Salud Mental y el documento Recomendaciones a las universidades públicas y privadas, artículo 33° de la Ley Nacional N° 26.657 sostienen la necesidad de trabajar en la modificación de las creencias y representaciones de los/as estudiantes de las carreras de salud, quienes, en tanto futuros profesionales, tendrán a su cargo las prácticas de atención y serán los responsables de llevar adelante las modificaciones de los dispositivos de prevención y tratamiento acorde a la normativa.

En dicho artículo se plantea también que la formación de los profesionales debe hacer “especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales (...)” (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/10). La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, señala en el mismo documento, en el capítulo “Enfoque de Derechos”, que es preocupante la vigencia de representaciones sociales sobre salud mental estigmatizantes que se confunden e hibridan con marcos teóricos y se aplican sin precaución al diagnóstico y/o tra-

tamiento del sujeto con padecimiento mental produciendo efectos iatrogénicos. Por eso recomienda a las universidades la realización de una reflexión sobre las mismas con estudiantes en el marco de la formación (CONISMA, 2014). Es en este contexto de la demanda a las universidades, que cobran relevancia los proyectos de investigación abocados a estudiar las representaciones sociales sobre la salud mental en las comunidades académicas que conforman las carreras de salud.

Sobre la metodología de trabajo

En ambos proyectos, la estrategia utilizada es de tipo cualitativa, con un diseño exploratorio y descriptivo. Para la obtención de la información, con el propósito de explorar las representaciones sociales sobre el cuidado de la salud mental en los estudiantes de las carreras de salud, se tomó un muestreo no probabilístico por cuotas de las carreras de Terapia Ocupacional, Enfermería y Psicología de diferentes universidades de modo de garantizar la mayor heterogeneidad posible en torno a carreras, zonas de residencia, instituciones, edades y sexo de los participantes. La misma quedó conformada por 120 estudiantes.

Utilizamos una estrategia múltiple para la recolección, sistematización y análisis de los datos en base a entrevis-

tas semidirigidas, técnicas gráficas (dibujos que fueron acompañados por narraciones breves), método de asociación de palabras (Abric, 1994) con análisis de documentos. Desde el marco metodológico planteado se utilizó análisis de contenido, análisis del discurso, la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967; Whetten 1989, Pandit 1996), el método comparativo constante. La codificación de datos se realizó siguiendo la enumeración y las reglas de recuento propuestas por Bardin (1986).

Se trabajó en base a las categorías Salud, Enfermedad, Atención y Cuidado de la salud mental. A partir del cruce y análisis de los datos arrojados por los relatos, los dibujos y la asociación de palabras sobre el término inductor “Cuidado de la salud mental”, pudimos identificar núcleos temáticos referidos al rol de la sociedad, el dispositivo, las personas y significados personales, los vínculos y redes de apoyo, la perspectiva profesional, el lugar del tratamiento, control y prevención como cuidado.

Para la investigación actual el universo de unidades de análisis está delimitado por docentes de universidades públicas y/o privadas del AMBA que se encuentran actualmente dictando clases en alguna de las siguientes carreras: Lic. en Enfermería, Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Psicología, Medicina y Lic. en Trabajo Social. El muestreo se realiza por bola de nieve, a través de

S. E. Remesar | V. A. Vidal | L. Grippo | C. Y. Acuña | M. F. Sabio
S. M. Daneri | A. S. Álvarez | X. Sardu | M. Dumrauf | R. A. Sabaliauskas.

los contactos de los docentes del equipo (ya que tienen amplia inserción en diferentes universidades y carreras), pedido de colaboración de los directores de carrera de diferentes universidades y por las redes sociales. Si bien se trata de un muestreo no probabilístico, accidental y por bola de nieve, el tamaño de la muestra estará dado por la saturación teórica (Valles, 2005).

Al momento de esta publicación nos encontramos realizando entrevistas en profundidad y grupos focales utilizando plataformas en internet debido al aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) que desde marzo del año 2020 se encuentra en vigencia con motivo de declararse la pandemia por la Covid-19.

En cuanto a las variables y ejes de análisis para el universo de docentes son: concepciones explícitas e implícitas en las definiciones, creencias y prejuicios sobre la salud mental, marcos teóricos y epistémicos en los que se inscriben, incumbencias profesionales y niveles de atención predominantes en las prácticas profesionales orientadas a la Salud Mental presentes en las representaciones. Se tiene en cuenta el conocimiento declarativo sobre la salud mental, objetos y entidades relacionados a él, su significado, mitos de la vida cotidiana, argumentos, sistemas morales y convicciones ideológicas, prácticas cotidianas asociadas. Además, se toman variables de caracterización

como: edad, sexo, título de grado, ocupaciones (otras actividades realizadas además de la docencia), prácticas profesionales implicadas en la salud mental, años de antigüedad en el ejercicio de la profesión, carrera en la que dictan asignaturas, tipo de gestión de la universidad a la que pertenece (pública-privada).

Las categorías de análisis para esta investigación son las que surgen del artículo 33° de la Ley 26.657 y las “Recomendaciones a las Universidades Públicas y Privadas” de la CONISMA y los contenidos específicos para las carreras de Enfermería, Medicina, Psicología, Trabajo Social y Derecho. En base a la sugerencia en las Metas de Comprensión, Experiencias durante el aprendizaje y Descriptores de desempeño al finalizar la formación, explicitados en los “Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental. Anexos disciplinares”. Estos ejes son: ENFOQUE DE DERECHOS; INCLUSIÓN SOCIAL; INTERDISCIPLINA/ INTERSECTORIALIDAD y SALUD PÚBLICA³.

La perspectiva teórica de las representaciones sociales

Las Representaciones Sociales expresan siempre una construcción de los sujetos involucrados, no son un “reflejo” de la realidad externa, son una organización significan-

S. E. Remesar | V. A. Vidal | L. Grippo | C. Y. Acuña | M. F. Sabio
S. M. Daneri | A. S. Álvarez | X. Sardu | M. Dumrauf | R. A. Sabaliauskas.

te, siempre en un contexto socio histórico determinado, implican elaboración e interpretación. Denise Jodelet las define como “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social” (Jodelet, 1986:473). Entrañan una realidad interpretada desde la idiosincrasia y las creencias de las personas activas constructoras de las mismas. Al respecto, Abric señala que

“No existe a priori la realidad objetiva, toda realidad es representada, es decir apropiada por el individuo o el grupo, reconstruida en su sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores dependientes de su historia y del contexto social e ideológico que lo rodea. Y es esta realidad apropiada y reestructurada lo que constituye para el individuo o el grupo la realidad misma” (2001:12).

Las leyes son representantes, también, de la cultura de un determinado orden social, como producciones de carácter simbólico altamente legitimado que juega y se solapa con otras producciones simbólicas como mitos, leyendas, narraciones de experiencias creencias populares, proveyendo elementos para la construcción y recreación de representaciones sociales, se llevan adelante a través de un lenguaje compartido y de espacios de diálogos comunes.

Las representaciones sociales se caracterizan por ser una forma de conocimiento del sentido común por oposición al pensamiento científico, aunque su fuente suelen ser las teorías científicas difundidas en el entorno al que se pertenece. Se elaboran socialmente, se construye a partir de las experiencias (o relatos de estas) modelos de pensamiento y la información circulante de distintos orígenes. Implica un conocimiento práctico que permite dar sentido a fenómenos, objetos sociales o sucesos inicialmente incomprensibles. En su base está la posibilidad de interactuar con los otros y dominar, de alguna manera, el entorno. Como lo expresan ambos autores las representaciones sociales son formas de expresión práctica del pensamiento que posibilitan la comunicación y la interacción con el entorno y los sujetos, son producto del “status social” y de la personalidad de los sujetos en dicha interacción (Jodelet, 1986; Abric. 2001).

Para Jodelet:

“Las representaciones sociales constituyen formas de pensamiento práctico que se orientan hacia la comunicación, comprensión y el dominio del entorno social. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica” (Jodelet, 1986: 474).

Tal como plantea Abric,
“(...) las representaciones no son más que un elemento de un sistema en el cual las ‘prácticas impuestas’ por el status social y la personalidad de los sujetos están en interacción. En otros términos, rechazamos todo esquema mecanicista en el cual la representación sería el elemento causal explicativo único del comportamiento”.
(Abric, 2001:12).

Las representaciones sociales además de orientar la conducta a través de la selección y filtrado de las informaciones le permiten avalar y explicar sus prácticas y toma de posiciones frente a sí mismo y a otras personas. Saber acerca de las representaciones sociales de los estudiantes de carreras de salud sobre la salud mental y las formas de cuidar de quienes padecen permite anticipar actitudes, comportamientos y prácticas.

Las mismas se crean en grupos reflexivos, tal y como lo mencionan Wolfgang Wagner y Francisco Elejabarrieta (1994) “un grupo reflexivo es un grupo que es definido por sus miembros, en el que sus miembros conocen su filiación y tienen criterios disponibles para decidir qué otras personas pertenecen también al grupo” (Wagner & Elejabarrieta 1994).

Este proceso de construcción de representaciones sociales sobre salud mental, atravesada por la ley supone comportamientos prescritos y proscriptos, pautas propias de interacción, niveles jerárquicos, ejercicio explícito e implícito del poder derivadas del contexto universitario y del entorno socio histórico específico. Las representaciones sociales están en estrecha relación con los contextos socio culturales e institucionales en que se producen. Y es desde ella que los futuros profesionales justificarán la toma de posición y conductas adoptadas a este respecto. Conocerlas permite construir anticipaciones y expectativas.

Las RRSS del cuidado de la Salud Mental en estudiantes

De la investigación realizada sobre los estudiantes surgen datos que permiten dar cuenta de los cambios que la formación les imprime en las carreras que fueron analizadas. En los primeros años los y las estudiantes ingresantes presentan una fuerte presencia del paradigma manicomial, piensan el cuidado en salud mental con una lógica de estigmatización hacia las personas sufrientes en ese ámbito, una lógica que lleva implícitos prejuicios y etiquetamiento. Esta presencia de la patologización, el etiquetamiento y la discriminación de las personas con sufrimiento psíquico puede ser atribuida

S. E. Remesar | V. A. Vidal | L. Grippo | C. Y. Acuña | M. F. Sabio
S. M. Daneri | A. S. Álvarez | X. Sardu | M. Dumrauf | R. A. Sabaliauskas.

a la reproducción del saber del sentido común de su entorno inmediato (familia, amigos y medios masivos de comunicación). Presumiblemente construidas muy tempranamente y fuertemente asociadas a las identidades sociales valoradas por sus grupos de pertenencia más próximos, y cargadas de contenido afectivo. Es importante señalar que este tipo de representación social sobre “el loco peligroso” es la de mayor presencia en la sociedad en su conjunto. Si bien los y las estudiantes ingresantes en sus primeros años no ignoran el paradigma de los derechos en salud mental, aparece en un lugar mucho menor que el anterior, con lo que se puede suponer que la perspectiva de derechos no pertenece fundamentalmente al entorno cercano donde desarrollaron su ontogénesis sino a un entorno no asociado directamente con su identidad social. La formación que se lleva adelante en el grado de las tres carreras, en los espacios analizados; implican un proceso de microgénesis y como tal, oportunidades para que se inicien debates, diálogos, deconstrucciones y en suma el cuestionamiento del sentido común sobre el sufrimiento psíquico y los modelos de abordaje en salud mental. Se trata del encuentro con un grupo nuevo (docentes universitarios) portador de conocimiento científico que interpela el pensamiento de sentido común. Más específicamente la formación apunta a la introducción de la perspectiva de abordaje comunitario en salud

mental según establece la ley. El período de microgénesis es relativamente breve para las temporalidades de modificación de las representaciones sociales, sin embargo, si observamos las representaciones sociales encontradas en el cuarto año de las carreras de salud podemos ver que surgieron ideas nuevas, ausentes al inicio. En los años finales de las carreras, el paradigma de derechos ocupa el primer lugar en importancia en relación al cuidado. Aumenta considerablemente el lugar que se le otorga a la perspectiva social sobre el cuidado, en el que no sólo incluyen aspectos legales de igualdad ante la ley, son también una posición crítica sobre el rol de la sociedad en la inclusión, un justo acceso a todos los servicios de salud y la rehabilitación en un entorno comunitario. No obstante, ello, con bajo nivel de aparición, persisten representaciones asociadas al paradigma manicomial.

Los resultados obtenidos en la investigación realizada con los y las estudiantes de carreras de salud plantean la necesidad de reflexionar sobre las representaciones sociales de los actores fundamentales encargados de la formación de estos en las universidades: los y las docentes. ¿Qué vínculos existen entre las representaciones sociales sobre el Cuidado en Salud Mental en docentes universitarios de carreras de salud y las representaciones sociales halladas en estudiantes de carreras

de salud? Esta pregunta sobre los vínculos entre las representaciones de los y las estudiantes y de los y las docentes se juega en el plano del discurso, del lenguaje. El lenguaje es el lugar donde se expresa el poder simbólico. Para Bourdieu (2001), el lenguaje es el espacio privilegiado para la lucha política, y es el lugar donde la ley y sus concepciones se pondrán en juego. El lugar donde se instaurarán las formas concretas de pensar y hacer el mundo. La ley, con su forma de clasificación, se contrapone a otras clasificaciones posibles. Las clasificaciones sociales, generadas desde el *habitus*, organizan la percepción de la vida y tienen incidencia en las representaciones dominantes.

De las RRSS de los y las estudiantes a las RRSS de los y las docentes como objeto de indagación

Siguiendo la línea de sentido que estamos presentando, los y las docentes pondrían en juego un poder simbólico que puede traducirse en la capacidad de los sujetos de actuar en el mundo a través del lenguaje. Asimismo, las representaciones sociales se construyen y circulan en los contextos sociales, fundamentalmente a través de categorías del lenguaje, se plantea que analizar prácticas discursivas de docentes es la fuente más adecuada para su determinación. Lo que los docentes digan, las metáforas, y las analogías que utilicen permitirán revelar la existen-

cia de sus representaciones sociales, con las que ordenan, esquematizan y comparten la idea de salud mental y las prácticas en torno a ella. En su obra pionera, “El psicoanálisis, su imagen y su público”, Serge Moscovici (1979), muestra como una teoría científica, al difundirse en un grupo determinado, puede sufrir modificaciones en ese proceso, y su lenguaje pierde su sentido original, comienza a formar parte del sentido común. Este mismo proceso puede atribuirse a la letra de la ley en relación a la concepción de salud mental, es posible, y por lo tanto pasible de indagación, que una vez difundida sufra, o no, procesos de “traducción” y “complementación” con saberes previos de distinta índole, lo que traería aparejado simplificaciones o distorsiones.

Las y los docentes, constituyen un grupo reflexivo, ya que puede ser definido por sus miembros, conocen su afiliación y deciden qué personas pertenecen al grupo y quiénes no. Los miembros de este grupo elaboran en su práctica diaria las prácticas semióticas, las reglas, justificaciones y razones de las conductas que son pertinentes a este grupo. El rol social “docente universitario” constituye una identidad que se elabora en el largo proceso desarrollado en el ámbito institucional, da cuenta de tiempo compartido y de una interacción social que implica adoptar comportamientos, actitudes, emblemas y prácticas y un estilo discursivo distintivo.

Es posible señalar la existencia de una compleja relación de interacción y construcción recíproca, en este caso docentes, estudiantes y universidad se ven involucrados y entrelazados por el contexto. En este sentido, la complejidad del contexto social e institucional afecta las percepciones y representaciones sobre salud mental en docentes.

En el proyecto que iniciamos esperamos encontrar diferencias en las representaciones sociales de los docentes según el saber disciplinar específico en el que se formaron, si cuenta o no con experiencia propia en el campo de la salud mental y el tiempo que lleve en el ejercicio de la profesión. La teoría de las representaciones sociales en esta investigación se convierte en un escenario propicio para la reflexión, discusión y construcción de sentidos en torno a la ley, a la docencia universitaria y las políticas públicas.

La importancia de la transformación de las representaciones sociales, se debe a que en estas radican los comportamientos y prácticas. Implican una visión moral del mundo, ya que definen lo esperable, lo correcto y lo intolerable en cada contexto, por lo que es de esperarse que orienten las prácticas de los trabajadores de la salud.

Las representaciones sociales de las y los docentes se transmiten en el aula, incluso de manera no intencio-

nal. De este modo, la posición ética de los docentes es uno de los soportes de la implementación de la ley. El Estado, a través de los mismos y en nombre de la sociedad, propone las formas de pensar y de actuar en relación a quien padece en salud mental.

Un punto relevante de los principios éticos que iluminan el paradigma centrado en derechos es que parte de su transmisión se da a partir del curriculum oculto; es decir, que el docente no es del todo consciente de estar transmitiendo prácticas y representaciones, además de contenido teórico. En varios artículos sobre educación en salud se ha descrito cómo la manera tradicional de las clases (y no solo lo que se dice de manera conceptual en ellas), en las que la autoridad y la jerarquía se encuentran claramente señaladas, inciden luego en la relación que los futuros profesionales tendrán con sus pacientes. Esto es parte de la construcción de las representaciones sociales. Casi resulta un sinsentido impartir clases en las que se pretenda transmitir conceptualmente el respeto por la autonomía como uno de los principios que deben iluminar la relación del profesional con sus pacientes, cuando en el aula sucede todo lo contrario.

A lo anterior, debe sumarse la complejidad de la Salud Mental y las representaciones sociales existentes en torno a ella. Son puntos trascendentes para respetar la

S. E. Remesar | V. A. Vidal | L. Grippo | C. Y. Acuña | M. F. Sabio
S. M. Daneri | A. S. Álvarez | X. Sardu | M. Dumrauf | R. A. Sabaliauskas.

autonomía de las personas; reconocer la competencia de un paciente, su derecho a contar con información adecuada para tomar una decisión, ya sea solo o asistido por otros, la necesidad de no coaccionarlo con amenazas u ocultando datos relevantes para él. En el caso de la Salud Mental, esto es puesto en tela de juicio una y otra vez por parte de muchos profesionales de la salud que deben atender a estos pacientes. La salud mental no hace referencia a una entelequia, sino que se trata de un ámbito amplio que abarca muchos padecimientos y matices dentro de ellos. Si bien no se puede pensar en un paciente “ideal”, homogéneo y definible de manera acabada, como si hubiera un modelo que ilumine el accionar de los profesionales, el problema central se encuentra en el “etiquetado” de estos pacientes. Esto último parece quitarles toda posibilidad de agencia, y resulta moralizante y estigmatizante. Así la perspectiva de derechos es violada frecuentemente, cuando se ignora la posibilidad de autogobierno de estas personas.

Es imposible respetarla si se parte de un paradigma manicomial; paradigma que favorece el etiquetado negativo (por lo tanto, moralizante) como mostró David Rosenhan (1973) en su experimento sobre la validez del diagnóstico psiquiátrico, por lo que se puede producir un daño y violar, de esta manera, el principio de no maleficencia. Con esto no queremos afirmar que to-

dos los pacientes sean iguales y que ninguno requiera internación, pero sí la necesidad de modificar el paradigma hacia uno basado en los derechos, que garantice que cuando ocurren las internaciones, sean voluntarias o absolutamente inevitables y respetando los tiempos de internación sólo en el momento crítico.

A partir de estas inquietudes sobre la perspectiva ética de los docentes, que va unida a los distintos paradigmas en salud mental y que se ve reflejada, no solo en lo teórico sino también en el curriculum oculto y las representaciones sobre la Salud Mental que se transmiten en el aula, nos planteamos algunos interrogantes que fueron el punto de partida para una nueva investigación.

Reflexiones finales

En este trabajo, hemos presentado algunos resultados de una investigación finalizada sobre las representaciones sociales de las y los estudiantes y que dio lugar a un nuevo proyecto de investigación que se encuentra en curso en la que nos proponemos conocer las representaciones sociales de los docentes de las carreras de salud. Consideramos que ambas representaciones sociales entrarán en interacción y que el posicionamiento ético de los y las docentes es primordial para configurar estas representaciones. Este posicionamiento ético, in-

S. E. Remesar | V. A. Vidal | L. Grippo | C. Y. Acuña | M. F. Sabio
S. M. Daneri | A. S. Álvarez | X. Sardu | M. Dumrauf | R. A. Sabaliauskas.

cide en el curriculum oculto que se imparte en el aula, incluso de manera no intencionada.

En esta línea, pensamos que nuestros objetivos nos permitirán comprender mejor las representaciones sociales de los y las docentes encargados de la formación de los futuros profesionales, quienes cumplen un rol fundamental en la construcción y transformación de las representaciones sociales de los y las estudiantes. Al mismo tiempo, contribuirán a señalar que no sólo la inclusión de las recomendaciones que acompañan la ley de salud mental en los planes de estudio de las carreras de salud son imprescindibles como cimientos teóricos para la modificación de las representaciones sociales de los y las estudiantes, sino también, la formación continua y contextualizada del cuerpo docente.

Referencias Bibliográficas

Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México D.F.: Ediciones Coyoacán. Agencia de Calidad de la Educación.

Abric, T. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.

Bardín, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
CONISMA (2014) *Artículo 21, Anexo I, Acta 6/14 de la CONISMA*. Argentina: Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación.

Bourdieu, Pierre (2001). *¿Qué significa hablar?* Economía de los intercambios lingüísticos, 3ª edición, Akal, Madrid.

CONISMA (sin fecha). *Recomendaciones a las universidades públicas y privadas. Artículo 33º Ley Nacional Nº 26.657*. Argentina: Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación.

Decreto Nº 603/2013. *Reglamentación de la Ley Nº 26.657*. Buenos Aires, 28 de mayo de 2013. Fecha de publicación: B.O. 29 de mayo de 2013.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.

Jodelet, D. (1986). *La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría*. En: Moscovici, S. "Psicología Social II". Ediciones Paidós: Barcelona.

Ley N° 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Boletín Oficial de la República Argentina, 03/12/2010, Año CXVIII, Número 32.041

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Recomendaciones para Universidades públicas y privadas relacionadas con el artículo 33° de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26.657*. Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en Salud Mental*. Argentina.

Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

Pandit, N. (1996). La creación de la teoría: una aplicación reciente del método de la teoría fundamentada, *The Qualitative Report*, vol.2, 4.

Remesar, S.E. (director); et al (marzo 2015-abril 2019). *Representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la Salud Mental en estudiantes de carreras salud*. Universidad Nacional de Quilmes. Programa de Investigación: "Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socio-culturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos." Directora: Dra. María Cristina Chardon (01/05/2015 - 30/04/2019) PUNQ EXPTE 1387/15.

Rosenhan, D.L. (1973). «On being sane in insane places». *Science* (New York, N.Y.) 179 (70): 250-8

Valles, M. (2005). Metodología y tecnología cualitativas: actualización de un debate, desde la mirada más atenta en la obra de Barney Glaser. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 9, 145-168.

Wagner, W., y Elejabarrieta, F. (1994). *Representaciones sociales*. En Morales, JF (Ed.), *Psicología social* (pp. 12-45). Madrid, España: Mc Graw Hill.

Whetten, D. (1989). "What constitutes a theoretical contribution?", *Academy of Management Review*, n° 14.

Notas

¹ “Representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la Salud Mental en estudiantes de carreras salud” (Remesar – 2015/2019).

² “Representaciones sociales sobre la Salud Mental en docentes universitarios de carreras de salud” (Remesar – 2019/2021).

³ ENFOQUE DE DERECHOS: Normativas; Principio de no discriminación; Capacidad Jurídica; Ética; Modelo Social de la Discapacidad; Perspectiva de género; Revisión de discursos hegemónicos sobre adicciones. INCLUSIÓN SOCIAL: Interculturalidad; Participación comunitaria; Colectivos Sociales vulnerados; Accesibilidad; Dispositivos sustitutivos del monovalente; Adultos mayores.

INTERDISCIPLINA/INTERSECTORIALIDAD: Interdisciplina; Intersectorialidad; Relación Salud-Justicia; Comunicación y Salud Mental; Revisión de los procesos de patologización y uso inapropiado de medicamentos.

SALUD PÚBLICA: Salud/Salud Mental; Gestión; Epidemiología; Realidad local; Determinantes sociales; Promoción de la Salud Mental; Enfoque comunitario y clínica de la subjetividad; Abordaje de consumos problemáticos; Intervenciones en la infancia.



Consejo Consultivo Honorario

Un actor clave para la implementación de la Ley 26.657

Marcela Bottinelli

Consejera por la Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria Departamento de Salud Comunitaria UNLA. Presidenta del CCHSMYA.

mmbottinelli@yahoo.com.ar

Silvia Faraone

Consejera por el Grupo de Estudio de Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

silfaraone@gmail.com

Melina González Barragán

Consejera por la Junta Interna de ATE del Ministerio de Salud de la Nación.

melinabarraganbarragan@gmail.com

Norma Montenegro

Consejera por la Asociación Civil "Los Abuelos del Francés".

montenegronorma@yahoo.com.ar

Tatiana Moreno

Consejera por la Red Experiencia Santa Fe.

tatianamoreno@hotmail.com.ar

Iris Valles

Consejera por la Red Experiencia Santa Fe. Vicepresidenta del CCHSMYA.

irisvalles@hotmail.com

Solana Yoma

Consejera por el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

solanayoma@gmail.com

Con la participación de las/os consejeras/os que desde las comisiones aportaron activamente a esta publicación.

Resumen

En este artículo presentamos e historizamos brevemente la trayectoria del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, dependiente de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. Fue creado en 2014 en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y está integrado por representantes de sectores académicos, organizaciones profesionales y de personas usuarias y familiares, organismos de derechos humanos y sindicatos. Su conformación y la dinámica a través de la cual trabajó en forma continuada, aún en gestiones que intentaron desconocerlo, le permitieron ubicar los problemas existentes en el campo de la salud mental, así como los obstáculos y avances sostenidos. De la misma forma, en la actualidad, se ocupa del impacto de la pandemia y la creación de estrategias innovadoras para responder a las condiciones que requiere la situación, así como la interpelación

sobre el alejamiento del horizonte del cierre de los manicomios, previsto para 2020.

Palabras claves: Ley 26.657 - Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones - Derechos Humanos.

Abstract

In this article we briefly present the history and trajectory of the Honorary Advisory Council on Mental Health and Addictions, depending on the Inter-ministerial Commission on Mental Health and Addictions Policies. It was created in 2014 within the framework of the National Mental Health Law 26.657 and is made up of representatives of academic sectors, professional organizations, users and families, human rights organizations and labor unions. Its conformation and the dynamics through which it worked continuously, even in efforts that tried to ignore it, allowed it to locate the existing problems

in the field of mental health, as well as the obstacles and sustained advances. In the same way, at present, it deals with the impact of the pandemic and the creation of innovative strategies to respond to the conditions that the situation requires, as well as the question about the distance from the horizon of the planned closure of the asylums by 2020.

Keywords: Law 26.657 - Honorary Advisory Council on Mental Health and Addictions - Human Rights.

El Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA), dependiente de la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), fue creado en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 (LNSM), y de acuerdo a lo dispuesto por su Decreto Reglamentario 603/2013. Para lograr una cabal perspectiva de los alcances y actuación del CCHSMYA, resulta pertinente conocer previamente el espíritu de la LNSM y así conocer los detalles de su creación y el alcance de las distintas comisiones que lo componen en la actualidad.

La Ley Nacional de Salud Mental y el entramado normativo de derechos

La LNSM surgió a partir de luchas históricas por la transformación del campo de la salud mental. Como sabemos, las disputas de poder tensionan saberes, prácticas y valores que enmarcan aspectos ontológicos, epistemológicos, teóricos y metodológicos, y en este caso muestran que los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados se entranan histórico-socialmente con sus determinantes y requieren una mirada crítica e integral que deconstruya las discusiones para comprender los sentidos y valoraciones en juego. No obstante, la redacción de la LNSM fue un proceso participativo en el que se involucraron organizaciones sociales y de

derechos humanos, asociaciones profesionales, organizaciones de personas usuarias y familiares, espacios académicos, entre otros.

Su texto se entrama en un marco normativo de leyes ampliatorias de derechos –conocidas muchas de ellas en Argentina como “leyes 26 mil”– y se articula con normas internacionales que, a partir de su inclusión en el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, reconocen a la salud como responsabilidad del Estado. A su vez, se encuentra en sintonía con compromisos internacionalmente asumidos desde la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) hasta la actualidad en materia de salud, salud mental, derechos humanos, discapacidad y derechos de las/os usuarias/os, entre otros. En ellos se incluyen compromisos explícitos sobre las formas de tratamiento, internaciones y trato digno, como los asumidos en la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU, 1991), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), el Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). Del mismo modo, retoma experiencias y antecedentes de transformación en el campo de la salud mental internacionales (como la experiencia italiana) y nacionales (desde el desarrollo

de Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús hasta la actualidad), incluyendo experiencias territoriales como las de ATAM2 y antecedentes legislativos tales como los de la Ley 2440/1991 de Río Negro, la Ley 448/2000 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley 10.772/1991 de Santa Fe.

Entre los ejes centrales de la LNSM se destaca el fuerte posicionamiento hacia los derechos humanos, en los que se reconoce a las personas como sujetos de derechos y se rompe con el sintagma “locura=peligro”, se promueve la desestigmatización, la despenalización, la despatologización y desmedicalización de las diversidades y sufrimientos de la vida cotidiana, incluyendo la problemática de adicciones en el campo de una salud integral. Esto implica garantizar el acceso a la atención y medicación cada vez que sea necesario, con la internación como último recurso, y abordar los cuidados de manera integral, interdisciplinaria, intersectorial y en comunidad. A su vez, se determina la necesidad de que exista información, participación y el consentimiento informado en los procesos de atención, así como la participación social de los diversos actores involucrados en la formulación de los servicios y políticas de salud mental.

En síntesis, la LNSM tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las

personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Incluye por igual a nativos y extranjeros (de acuerdo a lo establecido en el art. 8 de la Ley 25.871/2003) y a las personas con uso problemático de drogas (legales e ilegales), pues las adicciones se consideran parte integrante de las políticas de salud mental. Sostiene además el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios.

La construcción del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones como un actor social

Como vimos, la LNSM promueve explícitamente la implementación de una participación comunitaria, la interdisciplina y la intersectorialidad. El art. 2 de su Decreto Reglamentario determina que se forme un consejo consultivo de carácter honorario con la potestad de presentar proyectos de declaración o resolución, que tenga como objetivos realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones, contemplar las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representa, en el marco de la legislación vigente, y realizar las observaciones que crea per-

tinientes acerca de las políticas que se llevan adelante. El mismo debe conformarse con 30 representantes de organizaciones de usuarios y familiares, sindicatos, organismos de derechos humanos, organizaciones y colegios de profesionales, espacios académicos y redes, garantizando el alcance federal y ajustes razonables en los procedimientos para promover la participación de todas/os. Asimismo, se articuló su implementación en el Plan Nacional de Salud Mental 2013.

A la convocatoria de la CoNISMA para conformar el primer CCHSMYA, de actuación en el período 2014-2018, se postularon más de 40 organizaciones de todo el país. A través de una subcomisión creada ad hoc, se realizó la evaluación de todas ellas considerando criterios como la historia y compromiso de la organización con la temática de la salud mental y los derechos humanos, la calidad de los avales presentados, el nivel de representatividad de la organización, la distribución federal, la antigüedad de la organización, el alcance de sus actividades y el tipo y calidad de actividades desarrolladas.

La convocatoria, los postulantes y la nómina final con los integrantes del CCHSMYA fueron publicados en el *Boletín Oficial de la República Argentina* y se comunicaron a universidades, direcciones provinciales de Salud Mental y demás actores. Finalmente, el 10 de octubre

de 2014 y en el marco del Día Mundial y Nacional de la Salud Mental, asumieron formalmente las/os consejeras/os y se llevó a cabo la primera sesión plenaria.

Desde entonces, la dinámica del CCHSMYA se sostiene a través del trabajo en comisiones y en sesiones plenarios a realizar cada tres meses, donde se deciden todas las acciones del Consejo, o sesiones extraordinarias por motivos especiales o urgentes. Como la normativa lo indica, funciona con un reglamento interno y designa a sus autoridades: presidenta/e, vice-presidenta/e y secretaria/o. En el primer período, la CoNISMA designó un secretario Técnico Administrativo que oficiaba de enlace permanente.

El trabajo en las comisiones se basa en establecer los temas para su desarrollo sobre el que cada una de las organizaciones que la conforman presenta propuestas, sugerencias y demandas a través de sus consejeras/os representantes. En reuniones internas periódicas se generan espacios de discusión sobre las problemáticas específicas, se ordena una agenda interna y se organiza el trabajo a partir de esos ejes. Las propuestas, ya sean para presentar declaraciones, pedidos de informe o recomendaciones, son luego elevadas a las reuniones plenarios del CCHSMYA para su votación y posterior publicación y envío por los canales formales de circulación.

Las comisiones de trabajo del periodo 2014-2018 fueron: Inclusión social y vida sustentable en la comunidad; Interdisciplina y trabajadores de la salud mental; Salud mental y diversidad; Acceso a la salud; Comunidad, cultura, arte y comunicación. Y algunas de las líneas de trabajo fueron, por ejemplo, aportes al documento “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”, para evitar leyes por patologías y a la reglamentación de la Ley 27.043/2014, conocida como “Ley TEA”. Asimismo, se profundizó en el seguimiento de instancias gubernamentales de todo el país de aplicación de la normativa vigente y la aplicación de la LNSM, así como en las recomendaciones a universidades, expresando el repudio a distritos y provincias que vulneran derechos fundamentales. A su vez, se realizó el seguimiento del Estado en procesos de externación e inclusión social en dispositivos sustitutivos al manicomio y se impulsó el cumplimiento del art. 7 de la LNSM. Por último, respecto del eje arte, cultura y comunicación, se promovieron diversos proyectos que sitúan al arte y a distintas estrategias de comunicación como pieza clave al interior de procesos de atención en salud mental.

En 2015, con el cambio político del Gobierno Nacional y varios provinciales, se produjo una falta de conti-

nuidad evidente en las políticas y un desconocimiento de las acciones previamente realizadas. El Decreto de Necesidad y Urgencia 908/2016 creó la Cobertura Universal de Salud, que operaba fundamentando diferentes corrimientos: de la lógica de derechos garantizados por el Estado a la de financiamiento, coberturas y responsabilidad individual, de la lógica de la salud integral a la de patologías identificables, de la lógica participativa a la de agencias de decisión y control, como la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET). Consecuentemente, se generaron cambios en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), se cambió por decreto la dependencia de la CoNSIMA desde la Jefatura de Gabinete al Ministerio de Salud, con lo cual se desarticuló y socavó su potencialidad operativa, y se degradó el Ministerio de Salud al rango de Secretaría.

En este marco, las propuestas emergentes sostenían perspectivas teóricas y ontológicas distintas que generaron graves problemas en el proceso de implementación de la LNSM y el marco normativo de derechos, con políticas sociales de retroceso en función de los derechos reconocidos y con fuertes impactos en lo subjetivo, intersubjetivo, individual y social. Los cambios en la conformación y modificación de la dependencia de CoNISMA y la falta de convocatoria al CCHSMYA durante un año y medio,

fueron resistidos con el compromiso de todas/os las/os consejeras/os que continuaron sus funciones honorarias. El CCHSMYA se convirtió en uno de los actores que resistía y difundía los embates a la LNSM y los intentos de derogación de su Decreto Reglamentario.

A partir de la fuerte presión social, se generó un cambio en la DNSMYA; se convocó nuevamente al CCHSMYA y se intentó cubrir las acciones básicas requeridas por la LNSM en lo que quedaba de gestión. En diciembre de 2018 se llamó a una convocatoria para conformar el CCHSMYA 2019-2023. Esta asumió en marzo de 2019¹ y se formaron las siguientes comisiones: Trabajo, trabajadores y formación; Derechos humanos; Estrategias, dispositivos y prácticas; Intersecciones en salud mental.

A partir del cambio político en diciembre de 2019 se realizaron reuniones con las nuevas autoridades donde se reafirmó el compromiso con el cumplimiento de la LNSM y todos sus componentes, incluyendo la adecuación hasta la sustitución definitiva de los monovalentes, la restitución de la CoNISMA y su dependencia en Jefatura de Gabinete, así como el trabajo federal y participativo.

En marzo de 2020, todavía con todas las metas relegadas, el trabajo se vio interceptado por la declaración de la pandemia por la Covid-19, que trastocó todas las

formas de funcionamiento y obligó a formas virtuales de trabajo, al mismo tiempo que necesitó una mayor frecuencia en las reuniones donde la tarea se vinculó mayormente a la urgencia que demandó esa coyuntura, aunque sin dejar de sostener el trabajo por la plena implementación de la LNSM. Así, los integrantes del CCHSMYA transitaron el desafío de aprendizajes tecnológicos, acompañamientos y ajustes a las formas de funcionamiento que respetaran la institucionalidad del organismo, pero a la vez fueran acordes a lo que la situación demandaba, incluyendo un fuerte trabajo en la comunicación, información y formación.

En lo que sigue presentamos una síntesis de las principales líneas de trabajo que sostiene el CCHSMYA desde cada una de las comisiones y los desafíos vigentes en su actual conformación.

Comisión “Derechos Humanos”

Esta Comisión se asume en el marco de la democratización del saber bajo la convicción de que su rol es la profundización de la garantía de los derechos humanos que la LNSM establece. En este marco, consolida el diálogo permanente con organizaciones similares que abordan la problemática de la salud mental.

Los derechos humanos hacen alusión a la dignidad humana como inherente a su condición, como el bien máximo a garantizar tanto en su reconocimiento, su ejercicio pleno y su reparación, con protección jurídica, en caso de su vulneración. Entonces estamos en condiciones de afirmar que la LNSM es el instrumento por excelencia para la garantía de derechos de las personas con sufrimiento psíquico. Pero también debemos entender esta norma en el marco de la Constitución Nacional (Ley 24.430/1994), el Código Civil y Comercial (Ley 26.994/2014) y otras leyes especiales que se articulan y le dan contenido e incluso profundizan su texto, generando avances sobre algunos de sus aspectos fundamentales. Al respecto y solo para citar un ejemplo, el art. 41 del Código Civil y Comercial establece que “toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones”, con lo cual remite a la LNSM pero también a la Ley de los Derechos del Paciente (Ley 26.529/2009), y a los Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejoría de la atención en Salud Mental (ONU, 1991), entre otros. Además, este artículo, al facilitar un diálogo permanente entre estas normas, establece que la internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede solo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esa sección, lo que constituye un paradigma superior protectorio.

La LNSM se imbrica en toda esta potente estructura normativa y el CCHSMYA, el organismo creado para formular propuestas orientadas a su plena implementación, es el espacio donde trabajar en ese sentido. En este marco, la Comisión acompaña y profundiza estos aspectos y se constituye como responsable del análisis de aquellas situaciones en las cuales los derechos humanos de las/os usuarias/os están en juego. Sus acciones también alcanzan momentos específicos en los que la LNSM marca el rumbo a seguir en cualquier corrección que deba realizarse como respuesta a situaciones críticas como las que nos toca vivir a raíz de la pandemia. Esos ajustes deben ser operativos y con la propuesta de llegar a los fines y objetivos que la norma plantea, sin retroceso alguno respecto de la garantía de los derechos de las/os usuarias/os. En este sentido presta atención más meticulosa a la hora de evitar que se filtren actitudes tutelares, que en nombre del “cuidado” despojan al sujeto de cualquier grado de autonomía posible. Además, las formas de cuidado de las/os usuarias/os deben ser siempre no represivas y no abandonicas.

Con el principio rector de la defensa de los derechos de las/os usuarias/os se ha focalizado la acción de la Comisión en los siguientes temas:

Los riesgos que ha traído la pandemia para todas las personas, pero particularmente para aquellas

que ya estaban en alguna condición de vulnerabilidad psicosocial, obligaron a hacer ajustes en el tratamiento y también a ser precisos y celosos del cuidado de sus derechos humanos. La Comisión abordó esta situación, elevando al plenario la solicitud de informes correspondientes y siempre velando por la garantía de derechos de esta población. Ninguna acción sanitaria puede violar las normas.

Otra profunda preocupación que se viene abordando en la Comisión es la falta y/o mala información que se tiene sobre la LNSM y lo que esto implica. Este desconocimiento llega a las/os profesionales, usuarias/os y a la población general. Basta recordar episodios que se hicieron públicos en los cuales los medios masivos de comunicación realizaron un tratamiento que violó, en todos los casos, una información integral, desde la perspectiva de derecho y perpetuó representaciones negativas y estigmatizantes, de manera contraria a lo propuesto por las guías de tratamiento mediático responsable de la salud mental enmarcadas en la LNSM (INADI, 2011; DNSMyA, 2013; Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual, 2014).

Además, la Comisión tiene una preocupación central por la problemática de los derechos de las/os usuarias/os con

consumo problemático, establecidos en la LNSM por el artículo 4. Entendemos que este campo ha heredado lo peor del campo manicomial. Por un lado, porque las personas con consumo problemático son siempre asociadas a la peligrosidad o la delincuencia y, por otro, por la existencia de ciertas modalidades de abordaje (por ejemplo, algunas comunidades terapéuticas) como nuevas instituciones totales invisibilizadas como tales. Aquí dejamos abierto un debate en torno al Código Penal (Ley 23.737/1989), que penaliza la tenencia de drogas ilícitas para consumo personal con prisión, lo que colisiona con los lineamientos de la LNSM, que reconoce derechos y promueve respuestas innovadoras para esta problemática.

Desde la Comisión, entendemos que la construcción de la LNSM con vistas a garantizar los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento psíquico necesita la construcción de actores capaces de transformar profundamente el campo. Su plena implementación requiere de todas/os nosotras/os, el camino ha comenzado, pero aún falta mucho. Es tarea de todos legitimar y construir un urgente proceso de cambio.

Comisión “Dispositivos, estrategias y prácticas”

El nombre de la comisión remite, en principio, a la categoría “dispositivo”, que no solo hace referencia a

espacios físicos concretos y equipos de trabajo, sino también a prácticas y estrategias respetuosas de los derechos humanos.

Por esto, se consideró necesario incluir en la agenda de trabajo aquellos aspectos que resultan significativos y urgentes para alcanzar la plena implementación de la LNSM en dispositivos, prácticas y estrategias, y se planteó como objetivo principal el relevar, discutir y proponer acciones en ese sentido. En esto se tienen en cuenta tanto dispositivos, estrategias y prácticas en marcha como las que deberían desarrollarse, en tanto es una forma de poner evidencia la coexistencia de paradigmas en disputa en el campo de la salud mental.

Algunas de las líneas de acción o temas prioritarios se vinculan a: visibilizar experiencias que se llevan adelante conforme el enfoque de la LNSM; promover y acompañar dispositivos, estrategias y prácticas que se encuentran en desarrollo; identificar las situaciones de vulneración de derechos, barreras y obstáculos que se producen en dispositivos existentes de distintas jurisdicciones, lo cual impide el pleno y respetuoso desarrollo de los mismos; realizar declaraciones, pedir informes a las autoridades pertinentes y realizar recomendaciones sobre distintas situaciones trabajadas en la comisión.

Consideramos que constituye un recurso importante hacer visible aquellas experiencias que efectivamente se desarrollan en el marco de la LNSM, y en caso de existir, reconocer las amenazas que sufre su continuidad, así como generar el apoyo a las potencialidades de dispositivos en progreso. Nos referimos a que en ocasiones no se tienen en cuenta o están invisibilizadas experiencias locales, de equipos pequeños o de baja escala, pero que sin embargo tienen carácter instituyente, en tanto inciden en las vidas de las personas con padecimientos psíquicos y las comunidades que tienen la oportunidad de alojar las vicisitudes de sus integrantes en lugar de excluirlas, para abrir paso y consolidar transformaciones.

Debemos considerar que los dispositivos instalan el modo en que se conjugan objetivos y esfuerzos en el campo del accionar en salud mental y, por tanto, promueven y facilitan, o directamente obturan, el horizonte de los derechos; deben ser pensados críticamente en clave de su complejidad en tanto pueden enmascarar prácticas manicomiales por fuera del “manicomio”, por lo que se deben abordar desde una aproximación a los procesos transformadores y desinstitucionalizadores que prioricen los abordajes comunitarios con perspectiva de derechos. Asimismo, disponen formas de ejercer y distribuir el poder: cuando están en orden con la normativa priorizan el progresivo nivel de decisión de

las personas con padecimiento mental sobre sus propias vidas. En ese sentido, sostener y multiplicar políticas de desarrollo y cooperación comunitaria se constituye en una línea fundamental para la implementación de la LNSM.

Ahora bien, los objetivos de esta Comisión, si bien el foco de las actividades llevadas adelante se encuentra dirigido a los dispositivos, estrategias y prácticas, se sostienen en una función más profunda y originaria: alentar la discusión sobre la trama de significados, sentidos y discursos sociales sobre la salud mental. Entendemos que el acople “padecimiento mental y peligrosidad”, sentido históricamente condensado, refuerza prácticas de violación de derechos. Por lo tanto, se torna fundamental sostener acciones que operen directamente para lograr una desarticulación de ese sentido naturalizado, a partir de la implementación de prácticas sustitutivas a la lógica manicomial y respetuosas de derechos.

Comisión “Trabajo, trabajadores y formación”

Esta comisión se conformó partiendo de la premisa de que las/os trabajadoras constituyen un actor necesario en el proceso de discusión, planificación y ejecución de políticas para la plena implementación de la LNSM. Esto, además, teniendo en cuenta que muchas de las aso-

ciaciones y organizaciones de trabajadores de la salud mental han cuestionado y denunciado las condiciones irregulares de contratación, tercerización o subcontratación, y las bajas remuneraciones de las/os trabajadoras, lo que los lleva a buscar múltiples opciones de empleo para poder acceder a un salario digno. En este contexto surge un gran desafío, porque la implementación de la LNSM es impostergable y una deuda de todas/os. Para ello, es necesario reformular lógicas y procesos de trabajo, de organización, de representación y de formación. Pensar lo impensado. La pandemia vino a desnaturalizar y visibilizar prácticas que permanecían ocultas y forzó a construir nuevas formas de organización, partiendo de categorías diferentes. Porque, en definitiva y retomando a Mario Testa, “La ideología se hace evidente en el lugar donde se pone el cuerpo y no exclusivamente en el discurso que se sostiene” (Testa, 1994).

En el excepcional contexto signado por la pandemia, la Comisión logró conciliar espacios de encuentro con las nuevas modalidades de trabajo, a fin de continuar aportando a la implementación de la LNSM. Se realizaron sugerencias a las recomendaciones formuladas por el Ministerio de Salud de Nación y otros organismos que así lo solicitaron en lo que respecta a protocolos y dispositivos para servicios y hospitales de salud mental en concordancia con la reglamentación de la LNSM. Con

el mismo objeto, se avanzó en la producción y comunicación de declaraciones, pedidos de informes y de acciones concretas, debido a las diferentes situaciones que surgieron en un escenario de mucha exigencia y exposición para quienes trabajan en el sector salud. Además, se solicitó la participación de actores institucionales en los comités de crisis y se trabajaron documentos sobre cómo repercuten las condiciones laborales en la salud mental de las/os trabajadoras. Es por ello que la Comisión tiene en agenda dos temas principales.

Uno de los puntos se refiere a pensar la formación, que tiende a estar asociada a capacitaciones puntuales en relación a cuestiones urgentes o de coyuntura, como una dimensión estratégica para la implementación de la LNSM, en el sentido de la construcción de conocimientos y prácticas sobre una agenda de trabajo común con los actores intervinientes. El otro tema se relaciona con la necesidad de contar con información sobre los planes de adecuación y los procesos de trabajo en curso a partir de la incorporación de las organizaciones y representaciones de trabajadoras y personas usuarias a las mesas de discusión y planificación. En este sentido, resulta necesario construir indicadores que permitan realizar un monitoreo y evaluación de la situación en cada una de las jurisdicciones y a su interior. Eso permitirá redactar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental

y Adicciones que consolide la experiencia y proyecte nuevas líneas de acción.

Comisión “Intersecciones en Salud Mental”

Antes de profundizar en los objetivos y tareas que se desarrollan en esta Comisión, resulta preciso explicitar a qué nos referimos cuando hablamos de “interseccionalidad en salud mental”. Diversos autores plantean que esta noción, proveniente del movimiento feminista, implica considerar que las diferentes fuentes estructurales de desigualdad (racial, sexual, de género, etnia, generación, capacidad, clase social) se articulan en la emergencia de modalidades agravadas de exclusión, padecimiento e inequidad (Brah, 2012; Platero Méndez, 2014). A su vez, se sostiene que las diferentes lógicas de poder imperantes, como el manicomio, el patriarcado, el capitalismo, el adultocentrismo, el racismo y el capacitismo, están también entrelazadas. Bajo estos supuestos, consideramos que una verdadera transformación en salud mental implica cuestionar estas lógicas de poder en su conjunto al tiempo que atender y abordar las referidas fuentes estructurales de desigualdad, para poder avanzar en políticas públicas realmente inclusivas de esta diversidad de situaciones y problemáticas. En primer lugar, sostenemos que incorporar una mirada interseccional en las políticas de salud mental supone

problematizar la existencia de un sujeto hegemónico (hombre, blanco, de clase media y mediana edad) y contemplar las particularidades de personas y grupos que se encuentran en situaciones de mayor vulneración y que suelen quedar ausentes de la discusión.

En esa línea, la agenda de trabajo de la Comisión contempla problemáticas sobre infancias y adolescencias, géneros y diversidades, y personas mayores. En el primer caso se vinculan a las situaciones de abuso y maltrato en la niñez; a su medicalización y patologización; a las internaciones de niñas/os y adolescentes por motivos de salud mental, así como al consumo en este grupo poblacional. En lo que respecta a géneros y diversidades, seguimos de cerca y con mucha preocupación la situación de violencia de género en instituciones de salud mental y el agravamiento en las vulneraciones de derechos de las mujeres internadas en los grandes monovalentes, así como el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad psicosocial y el acceso a la salud y a la salud mental de las personas trans. Finalmente, en relación a las personas mayores, nos preocupa la situación de geriatrización, medicalización y maltrato que permea los abordajes en este campo, sumada a la falta de apoyos y de continuidad de cuidados para promover su inclusión activa en la comunidad.

Al mismo tiempo, consideramos que el principal desafío para las políticas públicas radica en trascender los abordajes fragmentados que contemplan cada una de estas problemáticas en sectores o dependencias estatales aisladas, y apostar por diseños institucionales que permitan abordar de manera integral las relaciones recíprocas entre estas diferentes estructuras de desigualdad. A partir de ello, desde la Comisión elaboramos una “Recomendación sobre la conformación y dependencia de la CoNISMA”. En dicho documento reforzamos la importancia de restablecer a la CoNISMA en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros y ampliar su conformación inicial. Así, además de los ministerios previstos por el Decreto 603/13 (Salud, Educación, Trabajo y Desarrollo Social) y de aquellos incluidos como miembros invitados en gestiones anteriores (ministerios de Justicia y Derechos Humanos, Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia [SENAF], Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR], Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [INADI] y Agencia Nacional de Discapacidad [ANDIS]), sugerimos incorporar entre sus integrantes al Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades, a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancias del Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y al Ins-

tituto Nacional de Asuntos Indígenas, con el objeto de fortalecer el abordaje intersectorial e interseccional en las políticas de salud mental.

Finalmente, desde la Comisión realizamos un esfuerzo constante por incorporar la mirada interseccional en todas las discusiones y producciones del CCHSMYA para avanzar en la plena implementación de la LNSM mediante acciones afirmativas tendientes a garantizar los derechos de todas/os y especialmente de aquellas personas y grupos que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Participación de personas usuarias: relato en primera persona

Norma Montenegro, representante de la Asociación Civil Los Abuelos del Francés en el CCHSMYA describe brevemente su participación: “Desde que fuimos elegidos para participar trabajamos en forma honoraria y comprometida para hacer efectiva la plena implementación de la LNSM. En el CCHSMYA hacemos declaraciones, recomendaciones, pedidos de informe y revisamos propuestas para dar a conocer todos los temas relacionados con la salud mental, las adicciones y los derechos humanos en usuarias/os, infancias, adolescencias y jóvenes, y también nos propusimos hacer visibles a las personas adultas ma-

yores y veteranos de Malvinas. Como dice la bandera que nos representa como CCHSMYA, creemos que ‘sin salud mental no hay salud’ y que nadie debe vivir en un hospital. Al participar directamente en el CCHSMYA, las/os usuarias/os podemos aportar nuestras experiencias, discutir las y formar opinión. Personalmente, me ayudó a crecer y a creer que esta es otra forma de ejercer nuestros derechos y de mejorar nuestra calidad de vida”.

Reflexiones finales

A 20 años de la Declaración de Caracas, 10 de la sanción de la LNSM y cinco de la reforma del Código Civil, retomamos la necesidad de ampliar la federalización del proceso de implementación de la LNSM. Al haberse reconocido graves inequidades territoriales, la función de rectoría de la DNSMYA es imprescindible para impulsar las políticas públicas necesarias, junto a una CoNISMA dependiente de la Jefatura de Gabinete y con la integración de nuevas estructuras ministeriales que promuevan y garanticen los derechos, el cuidado integral de la salud/salud mental y la vida digna para todas las personas. A su vez, insistimos en la necesidad de que todas las autoridades y responsables articulen adecuadamente en tiempo y forma sus acciones para garantizar los derechos, evitar la vulneración y revictimización de las personas.

Como dijimos, la pandemia hizo necesario atender a los problemas actuales de la urgencia, pero también dejó en evidencia todas las deudas históricas impostergables respecto de garantizar los derechos de las personas, que se recrudecen y reeditan en la situación actual. Los datos y los diversos hechos trascendidos muestran que las personas en situación de encierro en diferentes tipos de instituciones (como hospitales de salud mental e instituciones que abordan la problemática de las adicciones, de adultos, niñas/os y adolescentes, así como geriátricos, hogares, instituciones de menores y cárceles) y las personas que sufren diferentes vulnerabilidades (en paradores y barrios sin acceso a condiciones mínimas de vida digna) nos interpelan y muestran en carne viva la necesidad de acciones concretas y articuladas. Estamos frente a una responsabilidad social, profesional y estatal que requiere de toda nuestra atención y cuidado, del es-

fuerzo de toda la comunidad y de cada una/o de las/os involucrada/os, pero es responsabilidad de los diferentes niveles de Estado y sus instituciones implementar y hacer cumplir esos derechos.

Así, el desafío radica en encontrar formas de abordaje de las urgencias sin dejar de sostener y cumplir la LNSM y los marcos normativos de derechos para todas las personas en este contexto particular de emergencia sanitaria. Es imperioso profundizar las articulaciones de actores e instancias en el seguimiento de lo que se está realizando y respecto a las condiciones de ejercicio de los derechos; firmes en la consideración de que la implementación de la LNSM debe garantizarse y es nuestro compromiso defenderla, por la dignidad de todas/os y la salud de usuarias/os y trabajadoras/os. En este contexto el CCHSMYA se consolida como un actor clave.



Referencias Bibliográficas

Brah, A. (2012). "Pensando en y a través de la interseccionalidad", en *La Interseccionalidad en debate. Actas del Congreso Internacional "Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior"*. Berlín: Lateinamerika-Institut der Freien Universität. Disponible en: <https://bit.ly/3kLluOe>

Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual (2014). *Guía para el tratamiento mediático responsable de la salud mental*. Buenos Aires: Eudeba.

Decreto 603/13. Reglamentación de la Ley de Salud Mental 26.657. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>

DNSMyA (2013). *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios de comunicación*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

INADI (2011). *Buenas prácticas en la comunicación pública*. Informes INADI: Salud Mental. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.

Ley 448/2000. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <https://bit.ly/2ZQxpUk>

Ley 2440/1991. Ley de Salud Mental de Río Negro. Disponible en <https://bit.ly/2zzfPK4>

Ley 10.772/1991. Ley de Salud Mental de Santa Fe. Disponible en <https://bit.ly/3gx2cLU>

Ley N° 23.737/1989. Código Penal. Disponible en <https://bit.ly/3efQILT>

Ley 24.430/1994. Constitución Nacional. Disponible en <https://bit.ly/2HNU0ds>

Ley 25.871/2003. Política Migratoria Argentina. Disponible en <https://bit.ly/3kOmF0k>

Ley 26.529/2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en <https://bit.ly/3kOtUFQ>

Ley 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/2XL2V3k>

Ley 26.994/2014. Código Civil y Comercial. Disponible en <https://bit.ly/3jNXN7E>

Ley 27.043/2014. Abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA). Disponible en <https://bit.ly/3kNl4YD>

ONU (1991). *Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejoría de la atención en Salud Mental.* Disponible <https://bit.ly/2Gf47r8>

ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Disponible en <https://bit.ly/3jIEbSA>

OPS/OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* Disponible en <https://bit.ly/3ed4ZJq>

OPS/OMS (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud.* Disponible en <https://bit.ly/3gDqmEm>

OPS/OMS (2005). *Principios Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia).* Disponible en <https://bit.ly/3ewfma5>

OPS/OMS (2010). *Consenso de Panamá.* Disponible en <https://bit.ly/3ekrRGX>

Platero Méndez, R. (2014). “Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad”, en *Quaderns de psicologia*, vol. 16 (1), 55-72.

Testa, M. (1994). “Dimensión social del cuerpo”. Viedma, Primera Conferencia Nacional de Salud Mental.

Notas

1 Las organizaciones que actualmente conforman el CCHSMYA son: Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús; Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA); Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA; Red Experiencia Santa Fe; Cátedras de Salud Pública y Salud Mental I y II, Facultad de Psicología, UBA; Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA); Asociación Psicoanalítica Argentina (APA); Forum Infancias; Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires; Sociedad Argentina para el Estudio de los Consumos Problemáticos de Sustancias; Asociación Argentina de Salud Mental (AASM); Federación de Centros Barriales de la Familia Grande Hogar de Cristo; Asociación de Reducción de Daños de la República Argentina (ARDA); Asociación Civil Intercambios; Conferencia Basaglia Argentina; Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM); Red Estratégica para el Desarrollo Social (REDES); Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba; Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la CABA (ATOGBA); Asociación de Psicólogos del Gobierno de la CABA; Asociación de Profesionales de Servicio Social del Gobierno de la CABA; Unión de Personal Civil de la Nación; Junta Interna de Delegados y Delegadas de ATE; Asociación Médicos de la República Argentina (AMRA); Asociación Manos Abiertas y Solidarias (AMAS); Asociación Civil Los Abuelos del Francés; Confluir, Usuarios en Acción por el Derecho a la Salud Mental; Cooperativa de Trabajo La Huella; Asociación Argentina de Padres de Autistas (APADEA).

Tres décadas desde la Declaración de Caracas, un hito para celebrar

Itzhak Levav

Ex-Asesor de Salud Mental,
Organización Panamericana de la
Salud, Washington DC, USA.
Universidad de Haifa, Haifa, Israel.

tuncho_levav@yahoo.com

Benedetto Saraceno

Ex-Director de Salud Mental y
Abuso de Sustancias, Organización
Mundial de la Salud, Ginebra.
Universidad de Nova Lisboa,
Lisboa, Portugal.

Resumen

Tres décadas atrás, en noviembre de 1990 tuvo lugar en la ciudad de Caracas, Venezuela, la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que fuera convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y auspiciada por múltiples organizaciones e instituciones regionales e internacionales.

Desde esa fecha, las direcciones de salud mental de los países de América Latina están implementando los principios de la Declaración de Caracas, adoptada en la citada Conferencia, junto con las dictadas por las convenciones internacionales pertinentes. La Declaración postula reorientar la atención psiquiátrica de manera que ésta no se limite al hospital monovalente como única modalidad asistencial, sino que mude el centro de gravedad a la comunidad y abra un rango amplio de alternativas asistenciales. Al intentarlo, la Declaración ha buscado orientar

a los países a fin de que provean una atención más equitativa, basada en los mejores conocimientos científicos existentes, respetuosa de los derechos humanos, íntimamente ligada a la atención primaria de la salud, descentralizada, accesible, continua y preventiva. Las líneas programáticas sentadas por la Declaración fueron aprobadas por los Cuerpos Directivos de OPS/OMS.

Palabras claves: Declaración de Caracas - Derechos Humanos - Promoción de Servicios con base en la comunidad.

Abstract

In November 1990, a number of countries of Latin America adopted what it became known as the Caracas Declaration. The main issues referred by it included: a critique of the dominant and centralizing role played by the mental hospital in mental health care delivery; the safeguard of the personal dignity

and human and civil rights of the service users; the need that services be based on rational and technically appropriate criteria; to ensure that service users remain in their communities; that the national legislations be redrafted to assure the observance of the human and civil rights of persons with mental disorders and to the promotion of community-based services that guarantee the enforcement of these rights; and that training in mental health relies on a service model that is community-based.

Years later, the Governing Bodies of the Panamerican Health Organization/ World Health Organization made it an official component of the mental health policy of the region.

Key words: Caracas Declaration - Human Rights - Promotion of community-based services.

En noviembre de 1990 tuvo lugar en la ciudad de Caracas, Venezuela, la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Esta fue convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) y auspiciada por múltiples organizaciones e instituciones regionales e internacionales.

Desde esa fecha, las direcciones de salud mental de los países de América Latina están implementando los principios de la Declaración de Caracas (ver Apéndice), adoptada en la citada Conferencia, junto con las dictadas por las convenciones internacionales pertinentes. La Declaración postula reorientar la atención psiquiátrica de manera que ésta no se limite al hospital monovalente como única modalidad asistencial, sino que mude el centro de gravedad a la comunidad y abra un rango amplio de alternativas asistenciales. Al intentarlo, la Declaración ha buscado orientar a los países a fin de que provean una atención más equitativa, basada en los mejores conocimientos científicos existentes, respetuosa de los derechos humanos, íntimamente ligada a la atención primaria de la salud, descentralizada, accesible, continua y preventiva.

Posteriormente, las líneas programáticas sentadas por la Declaración de Caracas fueron aprobadas por los Cuerpos Directivos de OPS/OMS.

La necesidad de reestructurar la atención obedeció a diversas razones, las que fueran examinadas en publicaciones anteriores (González *ibid*; Levav *et al.*, 1993) pero que se mencionan a continuación a fin de presentar una relación completa de los desarrollos.

Precisamente los objetivos de este artículo comprenden el examen de las «bases para la acción», los ejes estratégicos que se eligieran para implementar la iniciativa y algunos mínimos aspectos del estado actual de su puesta en acción. Cabe mencionar que, en la Conferencia, amén de los profesionales de la salud mental, participaron técnicos, parlamentarios y juristas latinoamericanos, españoles e italianos, cuyas contribuciones basadas en la reforma psiquiátrica local fueron recogidas en las deliberaciones y en la publicación oficial que las resumiera (González *et al.*, 1991).

Bases para la acción

Bases Epidemiológicas

Las necesidades de atención en salud mental en las poblaciones de América Latina fueron entonces abrumadoras, según fueran reveladas en una revisión de los estudios epidemiológicos realizados en varios países de la región (Levav *et al.*, 1989), y confirmadas posteriormente de manera más detallada (Rodríguez *et al.*, 2009).

Por ejemplo, un estudio multicéntrico realizado reveló tasas de prevalencia con un rango de 19% a 34% en cuanto un grupo de trastornos psiquiátricos que según los investigadores requerían atención (Almeida Filho *et al.*, 1993). Otro estudio, realizado en Chile y que, al igual que el anterior, perteneció a la tercera generación de la epidemiología psiquiátrica reveló que la tasa de prevalencia de vida fue de 33.7% en cuanto al grupo de trastornos psiquiátricos identificados por medio del DIS-*Diagnostic Interview Schedule* (Vicente *et al.*, 2002; Robins *et al.* 1981). Aunque los estudios epidemiológicos realizados en la niñez fueron contados, fue posible estimar que en América Latina había no menos de 17 millones de niños con trastornos psiquiátricos que requerían intervención. Este panorama epidemiológico coincidía con los datos de una publicación, para entonces reciente, del Banco Mundial (Banco Mundial, 1993) que echaba definitivamente por tierra la idea errónea de que los países en desarrollo eran aventajados en comparación con los países industrializados en cuanto se refiere a la morbilidad psiquiátrica. (Datos análogos fueron confirmados tiempo más tarde por Rodríguez *op. cit.*).

Frente a tamaña magnitud de las necesidades, que se estimaran que irían en aumento con motivo de los cambios demográficos que se pronosticaban en los años venideros, permitían concluir que la atención de salud

mental tal cual estaba caracterizaba, mal podía responder a las necesidades antes aludidas. Este panorama, ya de por si preocupante, se revestía de aun mayor gravedad al considerar la «transición» epidemiológica en curso en los países, así como el peso de los trastornos emergentes. En efecto, en la región se podían identificar dos procesos distintos, por un lado se estaba produciendo la lenta reducción de las enfermedades infecto-contagiosas (dicho con la mayor reserva en razón de los esporádicos recrudecimientos, tal como la epidemia del cólera en Perú y otros países o el dengue, en países de Centro América, y la actual pandemia del Covid-19) mientras que por otro lado aparecieron cargas producidas por el SIDA amén por las conductas violentas en todas sus expresiones, sea por género sea por edades.

Obviamente, la posición insular del hospital monovalente no permitía -ni permite- llenar el papel destinado a cumplir por parte de su personal de las variadas disciplinas y profesiones de la salud mental -que a veces constituye todo o la mayoría del recurso con que cuenta el sector público.

Arriesgando repeticiones, comenzaba a ser obvia que la mera respuesta de la atención confinada al hospital monovalente era tanto insuficiente como obsoleta.

Bases político-culturales

Muchos países de América Latina fueron oprimidos por dictaduras militares que se caracterizaron por el atropello a los derechos humanos. El reemplazo de la mayoría de ellas por regímenes democráticos en la década del 80 conllevó un surgimiento de los reclamos de las poblaciones para que dichos derechos fueran restituidos en todos los ámbitos. El estado de la atención de salud mental fue objeto de una apreciación crítica desde esta perspectiva, llevando a la conciencia colectiva la insatisfacción por la situación que se atravesaba y por rendir a la voluntad por mejorarla. En la Conferencia de Caracas, orientados por las declaraciones de organismos internacionales y asociaciones profesionales, los participantes discutieron por vez primera la relación entre derechos humanos y atención en salud mental resultando en la formulación de un cuerpo de recomendaciones que concluida la Conferencia comenzó a implementarse en los países, con el solidario apoyo de instituciones líderes de salud mental de España e Italia.

Bases y antecedentes de atención comunitaria

América Latina, a la sazón, había sido testigo de experiencias de atención comunitaria en salud mental. Probablemente las más significativas y permanentes la cons-

tituyeron los ejemplos de atención de las personas con trastornos psiquiátricos en los hospitales generales, entre otros, en los servicios liderados por los Dres. Carlos A. Seguin y Javier Mariátegui, en Lima, Perú; y el Dr. Mauricio Goldenberg, en Lanús, Argentina. Estas modalidades de cuidado psiquiátrico demostraron localmente la posibilidad de atender a personas con trastornos psicóticos por fuera de los hospitales monovalentes. Otras experiencias que indicaron la factibilidad de la atención ambulatoria, de una lista incompleta, la constituyeron, entre otras, la extensión del cuidado en salud mental por medio de la atención al nivel primario en Cali, Colombia, liderado por el Dr. Carlos León en los marcos de un estudio de la Organización Mundial de la Salud, y el involucramiento de los promotores de salud en el control del alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos en el modelo original desarrollado por el profesor Marconi en Chile (González, op. cit).

En fechas próximas a la Conferencia, los profesionales latinoamericanos que buscaban nuevas aperturas apelaron a los modelos europeos de reforma como en España, Italia y, en menor grado, en Suecia.

En resumen, estos antecedentes sirvieron para persuadir a los insatisfechos de la atención manicomial que otras formas eran factibles y que existían tecnologías disponibles en los ámbitos locales. Para precisar aún

más, la crítica al hospital monovalente y su superación por procesos de humanización y extensión a la comunidad, fue la contribución específica que hicieron los técnicos de España e Italia que participaron en la Conferencia de Caracas. En relación a este antecedente de la Reestructuración se conjugaron dos vertientes principales, la experiencia latinoamericana que se apoyaba en la acción comunitaria desde los centros de salud y de salud mental, y la europea, que buscaba reemplazar al hospital monovalente poseedor de alternativas de atención psiquiátrica en la comunidad.

Políticas de salud

El movimiento de descentralización de la atención en salud mental coincidió con el movimiento centrífugo que de manera análoga comenzaba a evidenciarse en los servicios de salud en general. Este movimiento era producto de una respuesta concebida por los países, y apoyada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, a fin de superar problemas de accesibilidad, cobertura, equidad, participación social y eficiencia de los servicios y al reconocimiento que los servicios altamente especializados de los hospitales no tenían, y aún carecen de oferta suficiente, la capacidad para dar la respuesta múltiple y cambiante de las necesidades de salud mental de las poblaciones.

Respuesta a la Conferencia. La Declaración de Caracas subsume los principios básicos de la Iniciativa. Para implementar ésta se formularon diferentes estrategias (ver a continuación) y se movilizó un cuerpo, solidario y competente, de asesores europeos y latinoamericanos que pudieran orientar y apoyar a los países en esa implementación, en parte novedosa, y resistida en países con culturas centralizadoras, y donde la impronta de largas dictaduras obstaculizaba los esfuerzos de cambio social.

Estrategias de implementación

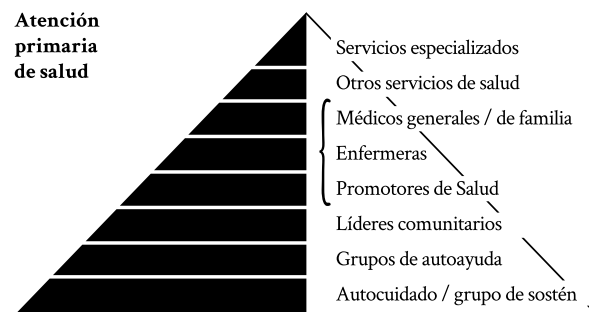
La iniciativa se apoyaba (y apoya) en estrategias varias que se complementan, que cuentan con capacidad de potenciarse y que cuya capacidad técnica escala con el tiempo. En ausencia de conocimientos precisos acerca de cuál debía ser la contribución relativa de cada una de ellas para afectar un cambio, tanto profesional como social y cultural, se hizo necesario avanzar en ejes diversos de manera simultánea. Por consiguiente, OPS/OMS colaboró técnicamente con los países en todos los ejes. A continuación, se los detallan a grandes rasgos incluyendo la consideración de los componentes que los integraran y aún integran.

Mejoramiento de la atención en Salud Mental

Los componentes de este eje son varios y comprenden:

1. El establecimiento o fortalecimiento de la red de atención en la comunidad. Esto está representado en la Figura 1 que la describe en forma de pirámide donde el nivel inferior implica mayor cobertura, mientras que el superior denota un mayor grado de especialización:

Esquema piramidal de distribución de funciones en programas de Salud Mental en la comunidad



Fuente: Levav, 1992.

2. Redistribución de los recursos. Esto implica tanto la reasignación presupuestaria como la distribución del personal, de manera que toda la red pueda operar interconectada y eficazmente; 3. Humanización del trato

de los/as usuarios/as y apoyo a las familias. La iniciativa implicaba –e implica– una dimensión ética. Esta mención solo sirve para señalar este tipo de compromiso que el proveedor asume en relación a los usuarios; y 4. Garantía de la calidad técnica de la atención. Para lograrlo se estimulaba y estimula a los países tanto a adoptar normas consensuadas y probadas de atención, como a establecer sistemas de monitoría por parte de comités de constitución múltiple (v. g. técnicos, personal de apoyo, usuarios).

Promoción y monitoreo de los Derechos Humanos de los pacientes mentales y sus familias

Tal como se aludiera arriba, la Conferencia de Caracas estableció un cuerpo de recomendaciones, cuya implementación requiere de acciones variadas, entre otras: 1. La sensibilización del público y autoridades sanitarias, ya que el cumplimiento de los derechos humanos implicaba desde decisiones de políticas públicas hasta la divulgación de las condiciones imperantes en las instituciones y la sociedad en su conjunto; 2. Movilización de grupos profesionales y de usuarios y familiares, ya que todos estos deben llenar papeles complementarios en la garantía de la existencia y cumplimiento los derechos; 3. Monitoría, dado que el cumplimiento de los derechos no sólo comprende la prescripción de los mis-

mos sino el establecimiento de sistemas que aseguren su ejercicio; y 4. Promoción de leyes, que los objetiven públicamente y establezcan los sistemas de monitoría y evaluación de los derechos.

Adecuación de los programas de formación del personal

Esta constituye una estrategia fundamental por cuanto la iniciativa requiere de recursos humanos, científica y técnicamente capacitados, para operar dentro de la red asistencial citada antes, así como demostrar las actitudes apropiadas para interactuar con los usuarios, familiares y comunidad en general dentro de marcos participativos y democráticos: 1. Adaptación de los programas de enseñanza de pre, post-grado y de educación continua de todas las disciplinas y profesiones de la salud de acuerdo con los postulados y procedimientos propuestos por la Declaración; 2. Traslado de la sede de enseñanza de los hospitales monovalentes, donde se imparte en la actualidad con casi exclusividad en muchos países, a los servicios en la comunidad; y 3. Capacitación de los agentes comunitarios involucrados en algún punto del derrotero de la atención psiquiátrica (ejemplo, personal de policía, líderes comunitarios, tales como los religiosos).

Movilización de profesionales y comunidad

Por medio de esta estrategia se buscaba y se busca integrar a todas las partes involucradas en las acciones de promoción, implementación y defensa de los principios de la Declaración así como del fomento de una cultura más comprensiva y tolerante de las necesidades de las personas afectadas por trastornos mentales. La atención en comunidad implica la desestigmatización del usuario y su familia e, incluso de las instituciones y personal de la salud mental:

1. Disseminación de información sobre los trastornos mentales y los recursos de prevención, control y rehabilitación psicosocial;
2. Divulgación de experiencias innovadoras de atención; y
3. Promoción de políticas públicas, entre otros propósitos, tendientes a facilitar la reintegración plena del/de la usuaria/o en los distintos grupos sociales que integrara o a integrar.

Involucramiento de los usuarios y las familias

Esta es una estrategia que asegura una atención participativa, donde las partes tienen derechos y deberes mutuamente acordados. Se trata no sólo de obtener

consenso, sino también de involucrar a estos actores -razón de ser de la atención- en todo momento de las intervenciones comenzando con la definición de problemas hasta la monitoría y evaluación de las acciones: 1. Estímulo y facilitación del establecimiento de asociaciones y grupos de usuarios/as y familiares; y 2. Incorporación de los/as mismos/as en todos los espacios y momentos administrativos y gerenciales pertinentes.

Actualización de la legislación

Esta estrategia fundamental tenía y tiene como propósito proporcionar un ancla legal a los cambios promovidos por la Declaración, así como un marco de protección de los derechos humanos, comprendiendo: 1. La sensibilización de legisladores, juristas y afines; 2. Revisión de la legislación existente y estímulo a la formación de grupos de trabajo encargados de la formulación de anteproyectos de ley que sigan o inicien discusiones públicas al respecto, tal como fuera el proceso que culminó con la ley 26.657 de salud mental en Argentina.

Logros y barreras

Los principios de la Declaración de Caracas son de cierta compleja formulación y su implementación lo es aún más. Se la interpretó a lo largo de los tiempos y se

la ejecuta de manera diversa en los distintos países de América Latina respondiendo, entre otros factores, al tipo, organización y nivel de desarrollo de los servicios de salud mental. Una vez superada la barrera ideológica, que ha llevado a algunos sectores especialmente profesionales a oponerla, sin necesariamente haber realizado un previo y exhaustivo estudio objetivo de las propuestas y de las opciones que se promoverían como alternativa, es por demás obvio que la complejidad de la Declaración ha hecho y hace difícil el pasaje del discurso a la acción. Hay barreras que se han delineado como presentes en casi todos los países. Estas surgen, por ejemplo, de los temores de repetir el proceso de deshospitalización de los Estados Unidos de Norte América con las cohortes de *usuarios sin techo* deambulando desamparados por las calles de las grandes ciudades. A esos temores se agregan razones objetivas ligadas con la ausencia de una capacidad técnica adecuada que permita enfrentar los múltiples desafíos científicos y técnicos que genera la atención comunitaria.

Conclusiones

A tres décadas de la Conferencia de Caracas es posible afirmar que los países poseen, junto con las convenciones internacionales de derechos humanos, un marco ético, político, científico y técnico en pos del mejoramiento

de la organización de la atención de salud mental, y la transforman en un recurso indispensable y valioso de los servicios de salud. Ejemplos pueden extraerse de la información provista por el Boletín de OPS/OMS que se publicará, bajo la conducción liderada por el Dr. Renato de Oliveira e Souza, con motivo de la observación del 30 aniversario de la Declaración de Caracas.

Referencias Bibliográficas

Almeida Fihlo N. et al. (1993). *Congreso Mundial de Psiquiatría*, Rio de Janeiro, junio de 1996.

Banco Mundial (1993). *Informe Mundial de Salud*. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (1990). Declaración de Caracas, Venezuela, 14 de noviembre.

Gonzalez R., Levav I. (Ed.) (1991). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación*, Washington, D.C., OPS (HPA/MND 1, 91.

Levav, I. (Ed.) (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*, OPS/OMS, Washington, Serie Paltex.

Levav I., Restrepo H., Guerra de Macedo C. (1993). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*. Acta psiquiátrica y psicológica de América latina, 39: 285-293.

Levav, I. et al. (1989). *Salud Mental para Todos en América Latina y el Caribe. Bases Epidemiológicas para la Acción*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107:196-219.

Rodríguez JJ., Kohn R., Aguilar-Gaxiola S. (2009). *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: its history, characteristics, and validity. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 381-9.

Vicente BP, Rioseco PS, Valdivia SB, Kohn R, Torres SP (2002). *Estudio chileno de prevalencia en patología psiquiátrica*. Revista Médica Chilena 130:527-536, Disponible en [dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007](https://doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007)

10 Años de la ley 26.657: Hacia la construcción de un diagnóstico más preciso

Leonardo Gorbacz

Psicólogo. Director Nacional de
protección de derechos de grupos en
situación de vulnerabilidad, Secretaría
de Derechos Humanos de la Nación

leonardo.gorbacz@gmail.com

Estamos transitando el décimo año de vigencia de la Ley Nacional N° 26.657, y es un buen momento para hacer balances que puedan ir un poco más allá de las sensaciones personales acerca de su cumplimiento o incumplimiento.

En efecto, durante estos años ha habido muchas voces que han alimentado la idea de que la ley de salud mental “no se cumple”, seguramente enfocando en el artículo 27 que es el que ordena la sustitución de los hospitales monovalentes en todo el país por un sistema de salud mental basado en la comunidad. Lo cierto es que esa sentencia puede convertirse en una profecía auto cumplida, cuando lo que la sostiene es el escepticismo acerca de la capacidad concreta que tenemos los argentinos para poder lograrlo.

Sin embargo, un análisis más completo del grado de aplicación de la ley nos debería mostrar un estado de situación distinto al que teníamos 10 años atrás, pero

cierto es que ello requeriría de indicadores y datos que lamentablemente hoy no tenemos, o en todo caso los tenemos de manera escasa y precaria.

Aun así, precisar lo más posible el diagnóstico es absolutamente necesario para avanzar, y eso incluye poder pensar en los avances, las deudas pendientes y los obstáculos concretos que existen para la plena implementación de la ley.

Me inclino a pensar que la realidad no está en ninguno de los extremos sino en una complejidad propia de una reforma que involucra distintas estamentos del estado (nacional, provincial, municipal), los distintos poderes (ejecutivo, legislativo, judicial), distintos organismos (salud, desarrollo social, trabajo, etc.), la seguridad social, organizaciones de la sociedad civil, familias, usuarios, colegios profesionales, entre otros/as.

Un poco de historia

La intención de reformar el sistema de salud mental no nace con la ley sino mucho antes. De ello dan testimonio experiencias provinciales como la de Río Negro en los 80, o institucionales como el programa PREA, o el Frente de artistas del Borda, la Colifata, dispositivos en hospitales generales o intervenciones comunitarias,

y un sinnúmero de experiencias que intentaron romper la lógica manicomial en distintos lugares del país. También teníamos, aun antes de la sanción de la ley nacional, leyes provinciales que buscaban de una u otra manera generar reformas en el sistema de salud mental, como es el caso de la ley 448 de CABA que sirvió de antecedente, e incluso instrumentos internacionales de salud y de derechos humanos que reclamaban la necesidad de cambios sustantivos.

También teníamos los argentinos una fortaleza construida en la adversidad: las organizaciones de derechos humanos gracias a las cuales nuestro país recuperó la democracia y la dignidad, y que desde hacía muchos años venían poniendo el foco en las graves violaciones a los derechos que se cometían en las instituciones psiquiátricas, e incluso organizando encuentros muy importantes para discutir y poner en agenda la cuestión de la “desmanicomialización”.

Lo que no teníamos claramente era una ley nacional que permitiera tener:

- a) una política nacional en materia de salud mental: recordemos que desde los 80 que Argentina no tenía siquiera una Dirección Nacional, y muchas provincias tampoco, y que a partir del

- 2010 empezaron a re jerarquizarse en muchas jurisdicciones las áreas de gestión
- b) herramientas jurídicas en legislación de fondo que fueran válidas para todo el país y que permitieran consolidar las experiencias de reforma existentes, y al mismo tiempo impulsar nuevas (por ej. la adecuación del régimen de capacidad jurídica a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad)
 - c) mecanismos claros de control
 - d) derechos específicos para las personas con padecimientos mentales, tal como lo reclamara la Corte Suprema de Justicia de la Nación en algunos fallos como RMJ
 - e) instancias de participación como los órganos de revisión o el Consejo Consultivo Honorario

Pero tal vez lo más importante es que el proceso de construcción de la ley 26.657 y su posterior sanción generaron la consolidación de un colectivo muy numeroso de organizaciones y actores que ha ido creciendo durante estos años y que ha ido ampliando el debate y la difusión de los principales aspectos de la reforma en todo el país. A tal punto que hoy es difícil encontrar ámbitos vinculados a la gestión de políticas socio sanitarias ni operadores judiciales que desconozcan la existencia de la ley y sus objetivos centrales.

Podríamos naturalizar ese hecho, pero sería injusto porque es el resultado de un trabajo colectivo sostenido en el tiempo de manera militante con un gran compromiso de muchos/as compañeros/as.

Mantener un colectivo de activismo vinculado a la transformación del sistema de salud mental no sólo permite empujar los cambios necesarios, sino también resistir embates de las corporaciones que aún se oponen. Para mencionar un hecho concreto, la intención del marcrismo durante los primeros dos años de su gestión de modificar en sentido regresivo el decreto de reglamentación 603/13 fue abortada gracias a la movilización de ese colectivo que encuentra en el Consejo Consultivo Honorario un ámbito propicio de articulación.

La cuestión del artículo 27

Construir un sistema sin manicomios fue desde un inicio un eje irrenunciable en todos los debates que precedieron a la sanción de la ley nacional. Sin embargo, como debía eso ser planteado en el texto de la norma sí fue materia de discusión.

El cierre inmediato fue una opción planteada pero descartada, porque significaba una medida insostenible, que iba a generar más desprotección e incluso podía

constituir un boomerang que retornara contra el propio movimiento de reforma. Se optó por la siguiente fórmula: prohibir en lo inmediato la creación de nuevos hospitales monovalentes con internación, y ordenar la sustitución definitiva de los existentes a través de un proceso cuya duración no fue fijada en la ley. La idea era simple: el cierre de los manicomios tiene que ser una obligación, pero al mismo tiempo el resultado de la creación de nuevos dispositivos.

El Consenso de Panamá de 2010 nos permitió ponerle fecha, en la reglamentación que vendría luego, a ese objetivo: “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”.

Las críticas anticipadas respecto a que cerrar los manicomios iba a significar dejar a las personas internadas en la calle, como si las únicas opciones para una persona con padecimiento mental fueran la institución o el abandono, nos obligaron a plantear con seriedad y precisión las garantías para que el cambio de sistema se hiciera a través de un proceso de “sustitución”, que fue precisamente la palabra utilizada en el artículo 27.

La acción de los núcleos de resistencia al cambio, sumados a la de aquellos sectores que sin oponerse frontalmente a la ley buscaron licuar sus efectos transformadores, ter-

minaron operando en el terreno de los significantes para así tener consecuencias en el plano de la realidad: así fue que se empezaron a utilizar términos como “humanización”, “adaptación”, “adecuación”, pero centralmente, se empezó a instalar la idea de que la ley 26.657 buscaba, no cerrar los manicomios, sino transformarlos.

En rigor, la posibilidad de que los hospitales monovalentes cumplan con la ley (es decir, que sean sustituidos), está dada por las condiciones que se generan a su alrededor y que, en buena medida, no dependen de ellos: la habilitación de un nuevo sistema de atención de salud mental y en particular de los episodios agudos, que prescinda del hospital psiquiátrico, y la creación de dispositivos con apoyos que permitieran la inclusión social de personas cuya internación crónica les hizo perder los recursos económicos y sociales necesarios para vivir en la comunidad.

Digo “en buena medida” porque experiencias como las recientes externaciones producidas en el Hospital Cabred (provincia de Buenos Aires), muestran que en ocasiones no se trata de generar nuevos recursos (que siempre se necesitan y son bienvenidos) sino también de utilizar de otra manera los ya existentes. En un país como la Argentina, con una importante cobertura de seguridad social (pensiones, jubilaciones), la inteligen-

cia de la gestión en salud mental debiera permitir identificar los recursos con que ya cuentan las personas y trabajar para que los mismos se apliquen a garantizar sus derechos.

En ese sentido recordemos que el censo de personas internadas en hospitales monovalentes realizado en el año 2019, encontró que “respecto a los ingresos económicos, el 69% de las personas refirió percibir algún ingreso. De este grupo, el 27% refirió administrar sus ingresos mientras que el resto refirió que eran administrados por un tercero”.

Luego de las elecciones del año 2019 y antes de dejar el gobierno, la gestión macrista dictó la resolución 3250/19 de la Secretaría de Salud, mediante la cual estableció pautas y plazos para la sustitución definitiva de los manicomios.

En definitiva: el macrismo, que degradó el ministerio de salud en secretaría, desfinanció todo el sistema, desarrolló equipos, intentó una derogación vía decreto de la ley de salud mental, no financió prácticamente ningún programa federal, nos dejó (cuando ya estaba de salida) las instrucciones y los plazos con los que debía cumplirse la ley para ser aplicados por el gobierno electo.

Esa Resolución tiene una factura técnica inobjetable pero una función política inconfesable: tapar lo que no se hizo en 4 años y marcarle la cancha al espacio político que, cuando le tocó gobernar, con aciertos y errores, construyó junto con la sociedad civil el andamiaje legal y las instituciones necesarias para una transformación con enfoque de derechos.

En definitiva y para concluir respecto de la aplicación del artículo 27 de la ley:

- a) el plazo fijado por la reglamentación esta incumplido
- b) la responsabilidad de ese incumplimiento es centralmente del Estado, pero claramente quien menos ha trabajado para generar las condiciones de posibilidad ha sido la gestión 2015-2019
- c) la resolución 3250/19 de la secretaría de salud trastoca el sentido del plazo del 2020, pretendiendo que la mera presentación de proyectos cumple con el objetivo trazado

Lo que necesitamos ahora no es tanto de resoluciones sino de planes, programas y recursos concretos tanto desde el estado nacional como desde las provincias para construir los dispositivos que permitan terminar con los manicomios.

Y también, centralmente, de la decisión política de los niveles más altos posibles, porque no es lo mismo gestionar un sistema que transformarlo radicalmente. Y en salud mental estamos en etapa de transformación y no de gestión de lo existente.

Los otros aspectos de la ley

No todo se reduce al cierre de los hospitales monovalentes, aunque seguramente ese sea el indicador fundamental de avance.

La posibilidad de contar ya con varias provincias con su órgano de revisión, y que eso permita un control especializado y con enfoque de derechos de cada internación involuntaria que se genera, es un avance importantísimo que tenemos que poder valorar.

Eso ha permitido (aunque nos faltaría tener indicadores confiables para poder medirlo) una reducción de los tiempos de internación y el cese, en algunos casos, de prácticas violatorias de derechos. Antes no existían prácticamente controles reales de las internaciones involuntarias, sino meros trámites que no alcanzaban a garantizar ningún derecho. Es esperable que esta nueva posibilidad, traccionada por el Órgano de Revisión Nacional en base a estos años de experiencia, se construya

como un nuevo saber que se transmita a los equipos de control de internaciones que se vayan conformando en todo el país.

El cambio de rol que ha sufrido el sistema judicial en el campo de la salud mental también se ha ido consolidando de manera exitosa, y la disminución de las internaciones judiciales o las trabas que solían existir para externar, con el consecuente empoderamiento de los equipos de salud, también han sido un avance concreto.

Por otra parte, la modificación del régimen de capacidad jurídica, consolidada por el nuevo Código Civil y Comercial, en la medida en que su correcta aplicación se vaya extendiendo, nos permite generar mejores condiciones para que las personas con padecimientos mentales puedan ejercer sus derechos y evitar abusos intolerables.

El fortalecimiento de la interdisciplina, para quienes arrancamos en el campo de la salud mental hace 3 o más décadas, es evidente y modifica de raíz las intervenciones y los informes que dan lugar a la toma de decisiones importantes. Otro avance claro.

Con la creación de CoNISMA (comisión nacional interministerial de salud mental y adicciones) en 2013 se avanzó en la creación de una agenda intersectorial muy

importante: planes de adecuación para la formación de profesionales, pautas de intervención en materia de seguridad, protocolos para evitar la medicalización de las infancias, entre otros. Luego la gestión macrista lo desarmó.

Nos quedan sí algunas discusiones incluso en el plano legal: el régimen de inimputabilidad del código penal, el código electoral (que excluye a las personas declaradas incapaces), y la ley 23737 de estupefacientes (por cuanto penaliza la tenencia para consumo personal).

Para concluir: atravesamos una crisis sanitaria sin precedentes que ha puesto al tope de la agenda la cuestión de la salud y la preservación de la vida. Naturalmente, todo el resto de las políticas quedan subsumidas en esta etapa a esa prioridad innegable. Sin embargo, subsumir

una política a otra no necesariamente implica demoras o postergaciones, menos aun cuando se trata también de una política de salud.

Los avances que en este corto lapso ha hecho la nueva gestión de la provincia de Buenos Aires, muestran que el peso de la decisión política es decisivo, y que aún en este contexto de pandemia se pueden hacer progresos en la aplicación de la ley consistentes con la política de emergencia sanitaria vigente.

Tenemos lo que resta de este 2020 para consolidar un diagnóstico más preciso de estos 10 años, y fijar pautas claras y concretas para lograr la aplicación plena de la ley nacional de salud mental en todo el país.



A diez años de la ley 26.657. Lo explicable de lo inexplicable

María Graciela Iglesias
Secretaría Ejecutiva Órgano de
Revisión Nacional de la Ley de
Salud Mental 26.657.

25 de noviembre de 2010

Un llamado a defender la ley, el senado colmado por la sociedad civil con las banderas argentinas, al grito de Derechos Humanos y fin de un sistema asilar.

Llega el día de la promulgación con el protagonismo de las personas usuarias y usuarios de salud mental.

Más tarde viene la reglamentación y el llamado de la Corte Interamericana que específicamente plantea “(...) Los representantes solicitaron la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental”.

(Ley 26.657) de 25 de noviembre de 2010, considerando que “Los avances en materia de derechos que plantea la mencionada ley, son al día de hoy una mera promesa...”¹: Este reclamo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia que condena al Estado Argentino, fue un catalizador para la reglamentación de la Ley Nacional.

Año 2013

Es el año de la reglamentación de la ley 26.657 e implementación de los Organismo de la ley² y con ella el Órgano de Revisión Nacional. Este nace con la misión de incidir en la transformación del entorno con el fin de garantizar el ejercicio pleno de derecho de las personas con discapacidad psico-social.

Con el razonamiento anterior podremos concluir que existe una primera armonización con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2008) en la ley de Salud Mental 26.657 cuando refiere en su definición que la salud mental es un proceso que implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales.³ La ley provoca un cambio en abordajes, prácticas y sentido que llevan jurídicamente, de modo imperativo y necesario, a retomar el mandato convencional de reallizar los ajustes legislativos necesarios.

En ese orden el Órgano de Revisión tiene como cimiento la organización de un sistema o mecanismo específicos de control de derechos.⁴ Cuenta también entre sus antecedentes el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) al mencionar la creación de “Órganos específicos” de control o

supervisión específicamente creados para supervisar o vigilar un concreto tipo de derecho o de violación de derechos humanos.⁵

Sin embargo destacamos que la existencia de uno o varios órganos específicos destinados a controlar o supervisar determinados tipos de derechos concretos, no impide que ante una violación de ese tipo concreto de derechos, se pueda acudir a mecanismos más genéricos de control o supervisión (como podrían ser, por ejemplo, el Consejo de Derechos Humanos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos o la Comisión interamericana de derechos humanos, entre otros), en vez de acudir a esos otros mecanismos más específicos.

Precisamente la elección de los mecanismos de denuncia o protección a utilizar o de los organismos a los que acudir (de entre los diferentes disponibles, en cada caso) es una elección que le corresponde a la víctima que alega haber sufrido una violación de sus derechos que deberá tener en cuenta las ventajas y desventajas que, en cada caso concreto, ofrece cada uno de dichos organismos o mecanismos de denuncia o protección. Etimológicamente control proviene de las voces *con*-*tro*-*lar*. Es un galicismo que sustituye al término *tutela*, del que se infiere que el control del poder Público equivale por un lado a un autotutela del Estado y por otro

la integración de la sociedad civil garantiza un control eficaz sobre la política pública en salud mental.⁶

El control debe comprenderse como una actividad de revisión, examen o inspección o, en un sentido más amplio que abarque la facultad de impedir o intervenir las decisiones por parte del órgano que ejerce el control e incluso la posibilidad de aplicar sanciones. Precisamente los países deben determinar la composición y el número de miembros de los órganos cuasi-judiciales de acuerdo con las funciones que se les hayan asignado y a la disponibilidad de recursos financieros y humanos. De todos modos, dadas las consideraciones legales y sanitarias con las que debe lidiar un órgano cuasi-judicial, es recomendable que esté constituido al menos por un profesional del derecho con experiencia y por un profesional de la salud con experiencia. Además, es conveniente que forme parte del órgano una persona no profesional, a fines de representar la perspectiva de la comunidad. En vista de la gravedad de las decisiones que el órgano debe tomar, también sería apropiado incluir personas cuya “sabaduría” sea respetada en la comunidad.⁷

También es importante señalar que la actividad a controlar y la oportunidad en que el control se ejerce, que se aplica sólo sobre actividades realizadas, se verifica el llamado control posterior. Respecto a este tipo de con-

trol se resalta que, en el mismo, el sujeto y el objeto de control son ajenos ya que el órgano que controla no participa en el acto controlado, lo cual puede traducirse en imparcialidad y objetividad en la función de controlar.

El control previo tiene muchos detractores que piensan que no es posible controlar la actividad precedente y también existe el llamado control concomitante.

No obstante, el control es una función regulada constitucionalmente, cuya finalidad es garantizar que las limitaciones impuestas a la actuación los órganos del Poder Público se mantengan. El control como función posee una especificidad que se traduce en los siguientes aspectos: El Control es diverso; se realiza a través de técnicas jurídica y políticas distintas (sanción, interpelación, censura, etc.).

Da lugar a una terminología propia o específica, cuando se habla de autorización, aprobación, evaluación, supervisión, inspección, examen, etc. Los mecanismos de control suelen ir conectados o concatenados entre distintas instancias ya distintos niveles para producir sinergias en todo el entramado sistémico del aparato público. Ocasiona una relación jurídico-política entre el ente control y el controlado.⁸

En el 2020

En cuanto al artículo 27 de la ley 26.657⁹ al señalar a la adecuación y sustitución de un modelo de Atención que a treinta años de la Declaración de Caracas¹⁰ subraya que se continúa reclamando por una atención basada en la comunidad y afirmado en los Derechos Humanos de las Personas.

A estos efectos destacamos el último fallo de la Corte Constitucional de Colombia que armoniza la capacidad jurídica de las personas con la desinstitucionalización y con el modelo de atención. Para ellos toma en cuenta la reforma del Código Peruano: "... La segunda medida que destaca –en consonancia con el modelo comunitario y de atención ambulatoria– ha sido la derogación del artículo 578 del Código Civil que regulaba el internamiento involuntario de las personas con discapacidad. Dicha medida ha sido adaptada de acuerdo con el enfoque social, y a partir del compromiso del Estado peruano con la Convención de las Naciones Unidas en la materia (artículo 14) en el sentido de que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, gozan del derecho a la libertad y que la existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso la privación de la libertad. Además, a partir de la consideración de que la hospitalización, como parte del tratamiento del pacien-

te, debe ser la última ratio, esto es, en la medida de lo posible, debe evitarse el método intramural..."¹¹.

En síntesis: A diez años de la sanción de la Ley 26.657 queda por formular una única pregunta ¿Qué es lo que se sigue discutiendo?, ¿dónde radica la resistencia? Luego de responder a los interrogantes pareciera que la única posibilidad es la DECISION UNICA de acciones que den cuenta que diez años de la ley 26.657 solo resta: poner manos a la obra.

Notas

¹ Corte interamericana de derechos humanos caso furlan y familiares vs. Argentina sentencia de 31 de agosto de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

² La Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA).

³ Art.3: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

⁴ CIDH, Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, 111º período extraordinario de sesiones, del 4 de abril de 2001.

⁵ Mecanismos de la ONU de aplicación de los derechos humanos. Disponible en <https://www.escri-net.org/es/recursos/mecanismos-onu-aplicacion-derechos-humanos>

⁶ Declaración de Alma Ata, 1978 OMS/OPS.Art.4 El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

⁷ Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: Sí a la atención, no a la exclusión © Organización Mundial de la Salud, 2006, 77.

⁸ León Flore Jorge Alfredo sEl ejercicio del Control Preventivo en las Contrataciones Estatales: las Veedurías Círculo de Derecho Administrativo 03file:///C:/Users/Dra%20Iglesias/Downloads/14021-55828-1-PB.pdf

⁹ ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

¹⁰ DECLARACION DE CARACAS, Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990.

¹¹ Corte Constitucional de Colombia. Agosto 2020. Pleno. Sentencia 476/2020EXP. N.º 05048-2016-PA/TC LAMBAYEQUE ODILA YOLANDA CAYATOPA VDA. DE SALGADO.



De los principios a la acción

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro
del Consejo Consultivo
Honorario de la Maestría y el
Doctorado en Salud Mental
Comunitaria. Departamento de
Salud Comunitaria. Universidad
Nacional de Lanús.

Resumen

El artículo intenta analizar las dificultades que se presentan para concretar los principios básicos de la Reforma psiquiátrica contenidos en los documentos internacionales, especialmente la Declaración de Caracas, y la Ley Argentina de Salud Mental y Adicciones. Sigue un resumen de las acciones necesarias para hacer realidad las propuestas y los principios enunciados.

Summary

The article attempts to analyze the difficulties that arise to specify the basic principles of the Psychiatric Reform contained in international documents, especially the Declaration of Caracas, and the Argentine Law on Mental Health and Addictions. There follows a summary of the actions necessary to make the proposals and principles enunciated a reality.

Los Principios

La propuesta de la revista es la de realizar una reflexión que tome como referencia la Declaración de Caracas, emitida por la Conferencia Regional en 1990 y la sanción en Argentina, en el año 2010, de la Ley 26.657 de Salud Mental y Adicciones. Sin duda ambas están basadas en el respeto a los derechos humanos de las personas bajo atención de salud mental y proponen un cambio radical en el modelo de atención: abandonar la atención centrada en la internación en Hospitales Psiquiátricos y sus consultorios externos para el seguimiento ambulatorio, avanzar hacia un modelo basado en la atención en los servicios de atención primaria y hospitales generales, con apoyo en los dispositivos creados para la rehabilitación. El eje de los Derechos Humanos y el desplazamiento de la atención del sufrimiento mental y las adicciones al primer nivel del sistema de Salud y Hospitales Generales, son los principales y fundamentales de lo que hemos dado en llamar “la reforma psiquiátrica”.

Pero vale recuperar el contexto histórico, social y jurídico, que encuadra tanto a la declaración de Caracas como a la Ley 26.657. En 1948 Naciones Unidas sancionan la Declaración Universal de Derechos Humanos, en cuyo Artículo 1º señala “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*”. A partir de

esta Declaración queda ampliamente cuestionado el orden jurídico privativo de libertad que sufrían los enfermos mentales, ya que su núcleo es la igualdad entre los humanos. Toda la legislación posterior a nivel internacional ratifica este principio. Sesenta y siete años hace que la Asamblea de la recién creada Organización Mundial de la Salud aprobara en 1953 la Recomendación del Comité de Expertos para la Reestructuración de los Servicios de Psiquiatría basados en la internación en hospitales psiquiátricos hacia modelos de cuidados de Salud Mental. Tras pocos años (1963) EEUU sanciona la llamada Ley Kennedy de creación del Programa de Psiquiatría Comunitaria, que simultáneamente se propuso cerrar grandes hospitales psiquiátricos y abrir Centros de Salud Mental bajo el programa de “Psiquiatría Comunitaria”. En la misma época el Reino Unido comienza, a través de la Seguridad Social, a implementar un programa de atención por los médicos de familia de las personas afectadas de sufrimiento mental. Simultáneamente se cierran algunos hospitales psiquiátricos y se crean clínicas para la atención ambulatoria, la más conocida en Londres, donde atienden varios psicoanalistas, la Clínica Tavistock. En los años setenta del siglo pasado Italia sanciona una ley, propuesta por la organización “Psiquiatría Democrática” que encabeza Franco Basaglia y se difunde la atención de salud mental en los servicios de las Unidades Sanitarias del primer nivel de Salud. En 1978

la Conferencia de Alma Atta incluye la atención de la salud mental en la propuesta de la “Atención Primaria de la Salud” (APS). Diferentes países de Europa siguen este camino de reforma desde 1970 hasta el presente, ya que se fue consolidando la capacidad, efectividad y eficacia de la atención de los trastornos mentales en estos Servicios del primer nivel del sistema de Salud. Poco después de la Declaración de Caracas, (1991) la Organización Mundial de la Salud sanciona los “Principios para la Protección de los enfermos mentales (Principios de Salud Mental, OMS 1991). En 1993 la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, emite la “Declaración de Viena” que incluye a los enfermos mentales entre la población cuyos derechos deben protegerse y promover. En 1999 se celebró la “Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, en la cual se refuerza el principio de igualdad para las personas con sufrimiento mental. Sumando el derecho a la intimidad, el derecho a la rehabilitación, a la resocialización y el derecho a la protección del Estado, entre otros. Este conjunto amplio de derechos de las personas con sufrimiento mental está presente en la Ley 26.657 sancionada en 2010. En esta misma dirección en Argentina se sancionaron varias leyes provinciales para la atención en Salud Mental y se intentaron desde los años ochenta distintas reformas, de las cuales la única

que sobrevivió hasta el presente fue la sancionada en la Provincia de Río Negro, que desarrolló un sistema de atención con estrategias comunitarias que abarca a toda la provincia, a la vez que logró cerrar el Hospital Psiquiátrico que existía en la localidad de Allen. En síntesis: contamos con un amplio espectro de derechos y compromisos del Estado de promover y proteger los mismos, sancionados por leyes Argentina y por diversos organismos internacionales a los que aceptó y suscribió el país. En su conjunto son la base y los fundamentos, éticos, morales, sanitarios y políticos de lo que hemos llamado “reforma o reestructuración de los servicios de salud mental”. Debemos preguntarnos de qué manera, con qué efectividad, con qué resultados, estos principios se han hecho actos concretos en la política de salud mental. Reiterando que se trata de dos cuestiones: desarrollar un modelo de salud mental basado en la atención primaria y hospital general, con apoyo social y dispositivos de rehabilitación comunitaria, a la vez que abandonar el modelo basado en la internación y el dispositivo de la atención asilar que representan los hospitales psiquiátricos tradicionales.

Las Acciones

Los principios constituyen los fundamentos que guían la política y las acciones prácticas en función de

construir una realidad concreta, pero en este proceso de construcción intervienen una suma de factores que en general no están contempladas en los principios. Cuando se trata de leyes es su reglamentación la que debe atender a estos factores que ponen en juego el poder del Estado, ya que el cambio de modelo de atención a promover requiere de acciones de diferentes Ministerios (tal como lo contempla la Ley 26.657). Desde la creación en 1957 del Instituto Nacional de Salud Mental en Argentina esta relación entre principios sancionados y acciones de realización no han logrado marchar en un mismo camino: acciones de reforma parcial de algún hospital psiquiátrico, creación de estrategias comunitarias en algunos programas locales, enfrentamientos entre quienes pujan por respetar y avanzar con los principios frente a quienes se resisten a abandonar la fortaleza de los hospitales psiquiátricos, negando en general la realidad de la transgresión de estos principios en el funcionamiento de estas instituciones. El resultado ha sido el de marchas y retrocesos constantes, salvo el Programa de Río Negro que ya mencioné. Con la voluntad, vocación militante y muchos méritos personales, equipos profesionales de Salud Mental, médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, que desempeñan su labor en hospitales psiquiátricos han intentado, siguen intentando, reformar la situación de estos Servicios. Programas de

externación de pacientes, planes de resocialización, logros de contar con alojamientos en la comunidad para personas externadas, planes de estrategias de atención comunitaria en algunos Servicios. Estos esfuerzos son muchos y debemos valorar el esfuerzo, el mérito de estos compañeros y los resultados que obtienen. Pero no cabe duda que esta línea de trabajo no logra avanzar en lo que he señalado: la creación de un nuevo modelo de cuidados y atención del sufrimiento mental en Servicios territorializados de atención primaria, hospitales generales, dispositivos de rehabilitación social, y, por lo mismo no se han podido cerrar los hospitales psiquiátricos. La experiencia mundial nos ha enseñado que donde existen estas instituciones de internación sus camas estarán siempre ocupadas con nuevos ingresos. La voluntad reformadora y ética de humanizar el modo de atención y trato a estos pacientes, por profesionales comprometidos con los principios de la reforma, no alcanza nunca a impedir los efectos institucionales sobre la vida de las personas internadas y el curso siempre presente de la cronificación. Luego de cuarenta años de reforma psiquiátrica sabemos, y no podemos ignorar, que es imposible la coexistencia de ambos modelos de atención, mientras existan abiertos los hospitales psiquiátricos las internaciones serán inevitables y el sistema de atención comunitario termina derivando a estas internaciones a los pacientes graves para cuya

atención no cuentan con los recursos necesarios (alojamiento, ingreso económico, y acompañamiento, especialmente). En síntesis: debemos aceptar que hasta que no hayamos logrado contar con un modelo de atención basado en la comunidad, (hospital general para internaciones breves y dispositivos de rehabilitación social), que aseguren una atención de calidad y eficacia, no se podrá cerrar ningún hospital psiquiátrico. Está claro que la demanda de atención de personas con trastornos mentales severos sigue estando más allá de la reforma, y esto exige contar con los Servicios que atiendan esa demanda desplazada del hospital psiquiátrico. Como veremos más adelante los dos objetivos, crear el modelo alternativo de atención y el cierre de los hospitales psiquiátricos son simultáneos, pero requieren de estrategias y tiempos diferentes.

Cómo Avanzar

Entre los años 2000 y 2004 la Organización Panamericana de la salud (OPS), convocó a un grupo de especialistas para el diseño de un Programa Comunitario de Atención para personas con trastorno psicótico (PCTP), liderado por el Profesor Francisco Torres González, de la Universidad de Granada, del cual formé parte. Quienes integramos esta Comisión habíamos fundado tres años antes una Red de Universidades de Europa y América

Latina, la “Red Maristan”, con el mismo propósito de transferir experiencia y estrategias de reforma entre Europa y A. Latina. El proyecto fue pensado sobre la base de la experiencia de los países europeos y proyectado para países de América Latina. Este trabajo permitió utilizar la experiencia de diferentes procesos de reforma europeos e intentar revisarlos para el contexto sanitario y político de América Latina. Entre las observaciones sobre diferentes países de América Latina surgía claramente que la insistencia en reformas parciales de los hospitales psiquiátricos (en general programas de externación limitados) durante más de veinte años, no se lograba avances en el cambio de modelo de atención, estas instituciones mantenían su centro entre los criterios de atención de los trastornos severos. No me puedo extender sobre las once guías de acción que presenta este programa, tomaré solo los rasgos que entiendo tienen valor para nuestra experiencia local.

Partamos de algo que nos es conocido: Argentina cuenta con una amplia cantidad de profesionales de salud mental, con experiencia clínica y calidad de formación, para cubrir la demanda de atención de trastornos que podemos llamar leves: trastornos de ansiedad, crisis de angustia, insomnio, depresión, neurosis tradicionales, etc. pero la mayor parte de los trastornos mentales severos se siguen atendiendo en los hospitales psiquiátricos

públicos. Lógicamente es esta población la que justifica la existencia y continuidad de dichas instituciones. Los pacientes de mayor poder económico suelen ser recibidos en clínicas privadas, al igual que quienes disponen de seguros de salud privados. El mayor riesgo de la cronificación y de incapacidad cae sobre los hospitales públicos, en las clínicas privadas el curso del trastorno suele ser diferente. En el primer nivel de la atención pública y los Servicios de Psicopatología con que cuentan muchos hospitales generales, suelen disponer solamente de psicoterapeutas y, en algunos, de prescripción de psicofármacos. Al no contar con la complejidad de recursos que requiere la atención del trastorno severo (alojamiento, acompañamiento, ingreso económico, rehabilitación temprana, intervención con familia, etc.) estos pacientes acuden o son derivados al hospital psiquiátrico, que en número de 42 existen en el país. Como ha ocurrido en casi todos los países durante la institucionalización psiquiátrica la condición de pobre y loco es una sola y de ella se han hecho cargo los Estados. ¿Cómo ha sido la experiencia de abordar ambos temas, el cierre del hospital psiquiátrico y la creación del modelo alternativo de atención?

En primer lugar, es necesario diferenciar ambos temas, que requieren de estrategias diferentes. La mayor parte de los hospitales psiquiátricos del país tienen una po-

blación mayor de personas de edad avanzada y alrededor de un promedio de 10 años de internación. Estas personas tienen grados de incapacidad que hacen difícil su rehabilitación para regresar a la comunidad, ya que en su esencia es un tema de discapacidad, se requiere que sea el sistema de protección social del Estado el encargado de atenderlo. Muchos países frente a esta población de edad avanzada y grados importantes de discapacidad, crearon residencias (similares a los llamados geriátricos en Argentina), donde pueden recibir cuidados de salud general y se planifican distintas actividades. Suele ocurrir que dado que estas personas reciben una pensión del Estado o jubilación pueden aportar parte de su ingreso a la Residencia. Esto permite concentrar los esfuerzos en aquellas personas institucionalizadas con mayores posibilidades de rehabilitación. Se trata de un problema diferente al de la desinstitucionalización (reconstruir una subjetividad que permita al sujeto asumir una vida en común, abandonando la subjetividad colonizada por la vida bajo las normas de la institución, en esto consiste la rehabilitación), estas personas deben ser evaluadas en su capacidad de ingresar en un proceso de resocialización, tarea que, si bien es asesorada por los psiquiatras, es esencialmente un trabajo social. Los dispositivos frecuentes de rehabilitación son la inclusión de estas personas en empresas sociales, trabajo subsidiado, organizaciones de la comunidad. Son pro-

gramas sociales especiales y no pueden desarrollarse en los servicios de atención primaria.

El otro tema clave para comenzar a construir la reforma es necesario el cierre del ingreso de nuevos pacientes y los consultorios externos del hospital psiquiátrico, es decir, suspender la atención ambulatoria y la internación en estas instituciones. Esto pone en marcha que la demanda deba ser atendida en los servicios territorializados del primer nivel, los cuales dan continuidad al tratamiento de quienes estaban atendidos en los consultorios externos del hospital psiquiátrico, agregando la atención de los nuevos casos. Siempre se trata de elaborar esta estrategia de reforma a partir de un hospital psiquiátrico, nunca se trata de cerrar todos al mismo tiempo, ya que la demanda de atención debe mantenerse en un territorio y una jurisdicción de Salud. En general se trata de una misma jurisdicción del hospital psiquiátrico y uno o más servicios de atención primaria y un hospital general del mismo territorio. Es necesario acordar con la gestión de Salud responsable de la jurisdicción la instalación de ese nuevo servicio y la disponibilidad de un número, en general bajo, de camas del hospital general. No es necesario que todos los servicios de salud mental cuenten con el nivel de especialización y recursos de un equipo para la atención de personas con trastornos severos. En función de la

demanda del territorio se puede contar con dos o tres equipos radicados en el mismo. En general se trata de proponer a los profesionales que trabajaban en el hospital psiquiátrico (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) su traslado a los centros de atención primaria, a veces mejorando su retribución, a la vez que sumar otros profesionales que ya trabajan en el servicio de atención primaria, u otros nuevos de acuerdo a la demanda de atención. Lógicamente la experiencia de estos servicios debe incorporar a la capacitación necesaria para atender estos pacientes. Es conveniente que estos mismos equipos de atención primaria puedan ser quienes respalden las internaciones breves en el hospital general, asegurando así una continuidad de los tratamientos. Un tema central es la integralidad de los recursos disponibles, esto es para que esta atención sea eficiente y eficaz debe contar con recursos sociales acordados (es decir no deben ser pedidos en cada caso que lo necesiten), estos recursos son: asistencia social para alojamiento, ingreso económico o subsidio (ha sido muy eficaz los llamados renta universal, o pensión universal, o en Francia el RMI). Son también necesarios contar con dispositivos de rehabilitación temprana (Centros de Día, Hospital de Día, etc.), que en muchos casos pueden hacerse con acompañamiento de organizaciones comunitarias, clubes de barrio, Centros vecinales, etc. La idea es sostener una salud mental comu-

nitaria y territorializada. Es obvio que el éxito de esta política que sintetizo depende de la eficiencia y eficacia en la atención de la demanda. En los países que han realizado esta reforma se menciona como “nuevo enfermo mental crónico” a los pacientes atendidos en estos servicios comunitarios, ya que no se observa, como ocurre en los hospitales psiquiátricos, la llamada “puerta giratoria”, pacientes que reingresan a la internación en cada recaída del trastorno mental. Los pacientes con trastorno mental severo suelen sufrir recaídas, pero en general pueden ser atendidos sin internación, reformulando el tratamiento o intensificándolo. Aun cuando no es tema de este escrito vale una observación: a lo largo de los años los psiquiatras han considerado que el delirio era una condición para mantener la internación, de esta manera el delirio facilitaba que ambos, el paciente y su delirio, se hicieran crónicos. La comprensión del delirio fue cambiando en base a su atención en personas que mantienen su vida comunitaria sin abandonar totalmente el delirio, este es siempre un intento de reorganizar algún sentido para la vida, construir el sostén en alguna interpretación imaginaria, luego de la catástrofe subjetiva de la psicosis.

He trabajado muchos años en la formación de recursos humanos en salud mental, esto me da certeza de que el país tiene una ventaja comparativa en cuanto a cantidad

y calidad del recurso humano capacitado para avanzar en esta reforma. Argentina, a pesar de las nuevas directrices de la Ley de Salud Mental y Adicciones, a pesar de contar con un respaldo muy amplio entre profesionales y población de los contenidos de la misma, mantiene en largo suspenso su implementación plena. Esta Ley es en su esencia devolver los Derechos Humanos y la dignidad personal a las personas con sufrimiento mental, nuestra obligación ética es asegurar que esto suceda.

Reflexiones sobre la implementación de políticas públicas en Salud Mental. A treinta años de Caracas y diez de la Ley Nacional Salud Mental.

Marcela Inés Freytes Frey
Directora de la Unidad Académica
de Salud Social y Comunitaria -
Universidad del Chubut.

mifreytesfrey@udc.edu.ar

Introducción

El objetivo de estas reflexiones, es aportar algunos ejes para la necesaria discusión sobre las políticas públicas en salud mental en Argentina. Cerca del aniversario de los treinta años de la Declaración de Caracas, y de los diez años de la promulgación de la Ley Nacional 26.657 (LNSM). Es la intención invitar a pensar sobre la tensión entre el marco normativo que define dichas políticas, su concreción en los planes, programas y acciones y la promoción de la organización de redes de atención de base comunitaria en los distintos territorios y en el atravesamiento de la perspectiva de derechos humanos. Todas cuestiones enunciadas en la Declaración y claramente definidas en la LNSM.

Desarrollo

En el año 1978, en Alma Ata, ya se había postulado a la salud como derecho humano fundamental, asociado a

políticas sociales y de salud integrales. (Alma Ata, 1978). La Declaración de Caracas (1990) a su vez, explicitó la incompatibilidad de una atención centrada en el hospital psiquiátrico con una “atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y respetuosa de los derechos humanos”. En un texto breve pero muy valioso por las definiciones y propuestas, se explicitó la necesidad de articular las estrategias de atención en salud mental con la de atención primaria, y como el eje debe estar en un modelo alternativo que se centre en la comunidad y sus redes sociales. También se destaca la necesidad de revisar críticamente el rol del hospital psiquiátrico; de que el recurso humano se forme en el modelo comunitario y de priorizar los derechos humanos y la vida en la comunidad de las personas con problemáticas de salud mental. Finalmente, se enuncia que estas adecuaciones los países las deben incorporar en leyes específicas. (Declaración de Caracas, 1990). A partir de Caracas, la necesidad de legislación en salud mental en nuestra región, fue un tema de agenda promovido por los organismos internacionales en materia de salud, generando un contexto normativo y de estándares de atención a nivel internacional que posibilitó un clima de época propicio para el proceso que implicó llegar a la sanción de la LNSM.

En Argentina el movimiento que articuló SM y DH, fue fundamental para la sanción de la LNSM. Hubo, ade-

más, experiencias que constituyeron antecedentes históricos tanto en materia legislativa como de implementación concreta de modelos alternativos de atención. La más antigua fue la Ley de Salud Mental de Río Negro (1989), a la que posteriormente se le fueron sumando varias provincias (Santa Fe, San Luis, Chubut, Buenos Aires, CABA, entre otras). Leyes que fueron acompañadas de manera muy disímil con procesos de adecuación de los sistemas de atención.

En el período comprendido entre los años 2004 y 2015, el tema de los Derechos Humanos pasa a ser un tema de Estado, por lo que se sancionan varias leyes que implicaron una ampliación de derechos de distintos colectivos que se encontraban en alguna situación de vulneración. La salud mental, entró en esta misma lógica, lo cual permitió que la lucha de los distintos colectivos que acompañaron este proceso, lograra generar suficiente presión para que el tema se incorporara en la agenda pública y tras un camino con varios obstáculos, llegar a la sanción y promulgación de la LNSM. Es notorio como la presión para lograr la Ley tuvo apoyo y acompañamiento desde el campo de los DH, pero una importante resistencia desde lo sanitario y desde ciertas corporaciones profesionales. Resistencia que se concretó en un lobby en contra de la sanción de la Ley.

En este contexto de lucha, el 10 de diciembre de 2010, la presidenta de la Nación promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (26.657). En la misma, entre otras cuestiones, se prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes, se puntualiza la necesidad de sustitución definitiva de los existentes y se incorporan los principales estándares de atención en salud mental y las normativas de derechos humanos regionales e internacionales, entre ellos, se incorpora explícitamente la Declaración de Caracas. La Ley se logra reglamentar recién en el año 2013, mediante el Decreto 603.

La tensión entre el campo de los derechos humanos y el campo sanitario, atravesó todo el proceso, previo y posterior la LNSM. Si bien la Ley regula prácticas propias del sector salud, la lógica propuesta es intersectorial y el énfasis está en la perspectiva de derechos humanos. Su implementación supone entonces políticas públicas más amplias, que incluyan las sanitarias pero que no se limiten a ese sector. La necesidad de articular respuestas para las problemáticas de las personas con problemáticas de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en un sentido amplio y la necesidad de revisar los modelos de trabajo en el ámbito sanitario en materia de salud mental, son dos cuestiones que se complementan pero que implican procesos diferentes.

Esta tensión acompañó y obstaculizó el trabajo relacionado con el campo de la salud/salud mental.

A este panorama, hay que sumarle la oposición de corporaciones profesionales y el sector privado, especialmente las clínicas privadas cuya ganancia va ligada a sostener y prolongar las internaciones por cuestiones de salud mental incluyendo las adicciones. Las presiones en contra no impidieron la sanción de la LNSM. Ley que hasta el día de hoy se menciona como modelo en términos de Derechos Humanos. Sin embargo, la plena implementación no sólo no se logró, sino que hubo un retroceso importante durante el período 2016-2019. Las fuertes luchas en relación a la ley, son un indicador de los intereses que se están tocando y que están en muchos casos invisibilizados o solapados tras discursos científicos.

A los pocos años de la sanción de la ley, empezó a tomar fuerza la idea de adecuación, pero sin destacar que la misma era con el fin de la sustitución definitiva de los monovalentes. El proceso de cierre y desarrollo de estructuras alternativas implica una transferencia de recursos a los hospitales generales y al desarrollo de dispositivos comunitarios que nunca se lograron. Aún en el caso de los hospitales monovalentes que desarrollaron dispositivos intermedios, los mismos siguieron

dependiendo financieramente del hospital. Paulatinamente se fue disociando lo discursivo y los gestos políticos de la realidad concreta de los efectores tanto del sector público como privado del sistema sanitario. Y nunca se concretó la posibilidad de una articulación intersectorial sostenida para avanzar en programas que posibilitaran el ejercicio real de derechos para el colectivo de personas con problemáticas de salud mental.

La disociación entre lo discursivo y lo práctico permitió sostener una ficción de avance en relación a políticas públicas y programas para la implementación de un modelo alternativo de atención, de base comunitaria y con fuerte anclaje territorial y articulación con la estrategia de APS. Por el contrario, la realidad es que se si bien se redujeron ciertos números de camas en los hospitales monovalentes¹, los mismos continuaron fortalecidos y no se avanzó en el desarrollo de una estructura alternativa de asistencia que permita la sustitución definitiva, adecuada a la lógica de cada territorio. La Ley fue argumento válido para posturas claramente opuestas a nivel de los hechos.

Son los sujetos los que hacen la historia, y ninguna política prescinde de la participación de los sujetos. Portadores de saber que ejercen poder. Historias e implicaciones de cada uno en el proceso político y su contexto.

Estos sujetos a través de sus relaciones y negociaciones van dando vida al proceso de construcción de los discursos políticos. (Souza: 2006) Pero estos discursos, no siempre son complementarios a los procesos de transformación de prácticas y de modificación de los sistemas y de las lógicas institucionales donde toman cuerpo el día a día de las políticas sanitarias.

En el año 2016, con el cambio de orientación política a nivel nacional, los derechos humanos, lo público y las políticas públicas en general y el tema de salud mental en particular sufrió un retroceso muy importante. Profundizando aún más la distancia entre lo discursivo y las prácticas concretas.

A 30 años de Caracas y 10 de la LNSM, y con el nuevo cambio de gestión a nivel nacional, la esperanza de volver a retomar el camino para su plena implementación, con el cierre definitivo de los hospitales monovalentes y el desarrollo de un modelo sustitutivo de base comunitaria, que ponga el eje en generar las condiciones para el ejercicio de una ciudadanía plena de las personas con problemáticas de salud mental, quedó debilitada por la pandemia causada por el COVID-19.

A modo de conclusión abierta

En este contexto de pandémica inédito en el mundo, que también golpea dentro de los monovalentes a las personas allí encerradas², lejos estamos de alcanzar la meta propuesta en el artículo 27 del Decreto Reglamentario de la LNSM: *“La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020”*.

Por el contrario, el país ha tenido un retroceso en sus políticas públicas en materia de salud y de salud mental. Retrocediendo fuertemente en el desarrollo de prácticas, programa, recursos y alternativas de intervención. Esto, en un contexto general de aumento de las desigualdades y pauperización general de la sociedad, lo

cual también impacta en la salud mental de la población. Los cuatro años de retorno a un gobierno neoliberal, generaron la necesidad de sostener posiciones más ligadas a la resistencia que a posibilidades de avance. La pandemia permitió, sin embargo, volver a poner en la agenda pública el tema del cuidado a la salud y a la salud mental. Los efectos de la pandemia nos sitúan en un contexto inédito e incierto, que es nuestro contexto actual de trabajo. Debemos entonces permitirnos pensar juntos, aprender y desaprender, para relanzar el proceso. Muchos son los desafíos y pocas las certezas, pero si es importante redoblar la apuesta y los esfuerzos desde un modelo de salud/salud mental comunitaria, para lograr la plena implementación de la Ley 25657, atravesada por el espíritu de la Declaración de Caracas.



Referencias Bibliográficas

Alcaraz, F. (2020) *Coronavirus en los manicomios: doble encierro y falta de cuidados*. LATFEM (<https://latfem.org/doble-encierro-para-quienes-viven-en-psiQuiiatricos-cuarentena-sin-fin/>)

Declaración de Alma Ata (1978)

Declaración de Caracas (1990)

Di Nella (2011) Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011). Revista Estado de Situación, Buenos Aires, 2011.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y su decreto reglamentario.

Souza, C. (2006) *A Introdução Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre.

Notas

¹ Entre 2001 y mayo de 2011, las camas monovalentes en hospitales psiquiátricos del sector público disminuyeron en un 57,6 % aproximadamente. Hacia mayo de 2011, 15 jurisdicciones poseen instituciones monovalentes de estructura manicomial, 2 no cuentan con camas disponibles para salud mental en los servicios hospitalarios del segundo nivel y 13 no disponen de camas en dispositivos comunitarios. (Di Nella: 2011).

² “Las personas bajo encierro psiquiátrico son un grupo de alto riesgo ante el eventual contagio del Covid-19. En general, son mayores de 65 años, presentan patologías previas (diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias). Y, a la vez, consumen altas dosis de medicación psicofarmacológica. La mayoría de estos tratamientos van deteriorando su salud.” <https://latfem.org/doble-encierro-para-quienes-viven-en-psiQuiiatricos-cuarentena-sin-fin/> (20/09/2020).

La Declaración de Caracas desde la perspectiva Europea

Victor Aparicio Basauri

MD, PhD

Psiquiatra. Ex-Director Regional
de Salud Mental de Asturias
(España)

vabasauri@hotmail.com

La Declaración de Caracas de 1990 sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro del enfoque de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) fue un hito que rompía, a este nivel declarativo, con un modelo institucional asilar y centralizado que no daba respuesta a la ciudadanía en el tema de la atención de salud mental (Levav & González, 1998). En Caracas se visualizó que este modelo iba unido a una situación muy deficiente de los DDHH de las personas con problemas de salud mental. La situación asistencial y de condiciones de vida de los hospitales psiquiátricos era muy deficitaria. El panorama en aquel momento no era muy halagüeño dado que apenas había experiencias innovadoras y la mayoría de los psiquiatras se refugiaban en la vertiente más biologicista con un marcado acento en defensa de las instituciones asilares monográficas. Las experiencias comunitarias de Mauricio Goldenberg en Argentina y de Juan Marconi en Chile (Saraceno, 2018) fueron casos aislados de innovación realizados con gran coraje y perseverancia que

han quedado como ejemplos de que las cosas se pueden cambiar si hay voluntad. Sin embargo, durante la conferencia de Caracas las representaciones de 12 de los 13 países que asistieron fueron muy activas en las discusiones y mostraron su entusiasmo por lo que allí se acordó, con la excepción de la Delegación de México¹. Esta Delegación se opuso a la crítica que se hacía del modelo institucional y defendía un modelo donde se proponía la modernización de las instituciones psiquiátricas clásicas, aunque sin modificar su función como instituciones monográficas, su postura se asemejaba a un “aggiornamento” del asilo. Esta discrepancia permitió un debate amplio, no exento de pasión, pero que al final permitió sacar adelante la Declaración que se iba a convertir en un punto de inflexión en el discurso de la salud mental de Latinoamérica.

Sin embargo, es importante ver los resultados del modelo que México defendió con tanta vehemencia en la Conferencia de Caracas. En 2011, es decir, 21 años después de la Declaración de Caracas se publicó el informe de la evaluación de la atención de salud mental de México realizado con el instrumento IEMS-OMS (OPS-OMS, 2011) y se vio que *“Del total del presupuesto asignado a la salud, solo 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención*

de la salud mental se encontraba en el hospital psiquiátrico y existían muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. El acceso estaba limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos se ubicaban en las grandes ciudades” (Berenson et al., 2013). Podemos decir que esta imagen de la atención de salud mental de México mostraba que el país había quedado anclado en un modelo asilar, ineficiente y centralizado, pero que además no servía para abordar los problemas de salud mental de la población y muy lejano al espíritu de la Declaración de Caracas.

En Caracas, entre otras instituciones y delegaciones, estuvieron invitadas una delegación italiana con responsables de los servicios de psiquiatría de Livorno, Parma, Reggio Emilia y Trieste, así como una delegación española de los servicios de salud mental de las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias y Valencia. Ambas delegaciones aportaron a la reunión su experiencia consolidada de cómo dar una alternativa a los hospitales psiquiátricos y cómo desarrollar un modelo comunitario de servicios de salud mental. La experiencia italiana era la pionera en la crítica de las instituciones psiquiátricas y en los procesos de desinstitutionalización. El psiquiatra italiano Franco Basaglia

había sido el adalid de estos procesos desde las experiencias de Gorizia y Trieste. Su obra más emblemática “La institución negada”, publicada en español de 1972, permitió expandir sus ideas en el mundo de habla hispana sobre cómo afrontar la alternativa a este tipo de instituciones psiquiátricas. La delegación italiana aportó a los debates su experiencia en el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, así como los procesos para crear servicios alternativos en la comunidad. En el campo legislativo fue importante debatir sobre la Ley italiana 180 de 1978 que decretaba el proceso para clausurar los hospitales psiquiátricos y también ver como se producían resistencias a los cambios desde los sectores conservadores de la psiquiatría. Estas experiencias mostraban que lo que en alguno momento se vio cómo una utopía podía llegar a ser una realidad, confiable, eficiente y respetuosa con los DDHH.

La delegación española traía en cartera sus experiencias de reforma muy influenciadas por las aportaciones italianas de desinstitutionalización, dado que entre ambos países existía un intercambio continuo sobre estos procesos de innovación que se materializaban a través de las dos organizaciones que agrupaban en cada país a los profesionales reformistas, la “Coordinadora psiquiátrica” en España y “Psiquiatría democrática” en Italia (Aparicio Basauri, 2020). Sin embargo, había pe-

queñas diferencias entre las experiencias de ambos países. El proceso de la reforma psiquiátrica en España no estaba sustentado por una ley específica de salud mental como ocurrió en Italia sino por un documento técnico realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1985 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). Tan solo en la Ley General de Sanidad de 1986 se dedicaba un artículo sencillo (artículo 20) al tema de salud mental que dejaba claro que la hospitalización de agudos debía realizarse en los hospitales generales y que había que diseñar estrategias de superación del hospital psiquiátrico (Aparicio Basauri, 1993). El inicio de la reforma psiquiátrica coincidió con la creación del Sistema Nacional de Salud, que conllevó dar un papel clave al nivel de atención primaria de salud. Además, junto a estos cambios legales y normativos, en España echaba a andar una nueva organización territorial en forma de estado autonómico que traspasó la gestión y la planificación sanitaria a las nuevas Comunidades Autónomas por lo que estas tomaron las riendas de la atención de salud mental. Este proceso de descentralización tuvo su impacto en hacer más accesibles los servicios de salud a la población.

Una de propuestas operativas finales de la reunión fue que los servicios de salud mental de Italia y España, presentes en la reunión, colaboraran con los servicios de

salud latinoamericanos en implementar los acuerdos de la Declaración de Caracas. Esa propuesta generó una actividad de cooperación importante sobre todo en la década de los noventa. Sin embargo, una pregunta que ha surgido cada vez que se ha vuelto a celebrar una conferencia en conmemoración de la Declaración de Caracas es ¿qué avances se han producido en la Región de las Américas? Una parte de la respuesta se puede encontrar en los informes de cada país derivados de la aplicación del instrumento de evaluación WHO-AIMS (WHO, 2020) sobre el sistema de atención en salud mental, así como en el Atlas de Salud Mental (WHO, 2017) que recoge periódicamente (2001, 2005, 2011, 2014 y 2017) la situación de los países sobre la atención de salud mental.

Hoy podemos ver que cada vez hay más experiencias innovadoras consolidadas en la Región de las Américas que siguen la senda marcada por la Declaración de Caracas y que son ejemplos paradigmáticos para aquellos que todavía no han iniciado un proceso de cambio. Entre estas podemos destacar la descentralización de la atención de salud mental de Panamá (Herrera, Da Costa & Aparicio Basauri, 2009), el papel de la enfermería en salud mental de Belice (Cayetano, 2009), el proceso de desmanicomialización de Río Negro (Argentina), desarrollo de la atención primaria en Cuba, la territorialización de los servicios de salud mental de

Chile, la reforma psiquiátrica de Brasil, la salud mental comunitaria de Jamaica,... etc. (Caldas de Almeida, JM. & Cohen, A. (ed.), 2008).

Sin embargo, debemos ver el panorama de la atención a la salud mental desde una perspectiva más amplia. Con este fin he ideado la utilización de una metáfora que he denominado “la mesa de cuatro patas” y que expresa la importancia de elaborar un marco sólido sobre el que se asienten las transformaciones del modelo de atención en salud mental. Las posibilidades de transformación de una estructura de salud mental dependen de “cuatro patas”; la primera el tener un modelo claro sobre la salud mental comunitaria, la segunda el desarrollar normas y leyes que permitan expandir ese modelo comunitario, la tercera la necesidad de una voluntad política que se comprometa con esos cambios y la cuarta contar con profesionales que se impliquen en dar vida a los cambios. Hoy podemos decir que la primera pata de esta mesa para el cambio, corresponde a la existencia de un modelo de salud mental comunitario que sirva de marco para los cambios. De forma general podemos decir que este modelo, viene expresado a través de los planes de acción de salud mental aprobados por la Organización Panamericana de la Salud y por la Organización Mundial de la Salud. Además, este modelo está reforzado con estrategias como el programa mhGAP de

OMS para reducir la brecha en salud mental, a través de la implicación de la atención primaria en abordar ocho condiciones prioritarias en el ámbito de los trastornos mentales y neurológicos. La segunda que hace referencia al desarrollo de normas y leyes, también ha tenido avances importantes pues a los 20 años de la Declaración de Caracas el 66% de los países tenían un plan de salud mental y un 71% lo habían formulado o puesto al día después de 2004 (Rodríguez, JJ. 2014). Cuando nos adentramos en la tercera que hace referencia a la voluntad política la situación ya no era tan halagüeña a los 20 años de la Declaración, por ejemplo podemos ver que el 67 % del presupuesto de salud mental en el conjunto de la región se dirigía a los hospitales psiquiátricos y si analizamos las camas psiquiátricas solo el 22% estaban ubicadas en los hospitales generales (Rodríguez, JJ. 2014). Es cierto que si estos datos los desagregamos por países nos encontramos con situaciones nacionales donde el 90 % del presupuesto se dirige a los hospitales psiquiátricos y en otros países que han realizado reformas donde este porcentaje está por debajo del 50% (Rodríguez & Aparicio Basauri, 2014). El cuarto elemento es el relativo al compromiso de los profesionales y posiblemente es el más delicado, pero a la vez clave para producir los cambios necesarios. La imagen que se trasmite a través de las publicaciones de salud mental de los países, de los temas de salud mental que se

imparten en las universidades o de las reuniones y symposiums que se dedican a la salud mental comunitaria, nos permite visualizar que hay un aumento importante de profesionales sensibilizados y comprometidos con este modelo comunitario. Asimismo, en aquellos lugares donde se han producido cambios significativos el liderazgo de los mismos lo han llevado psiquiatras que ocupaban puestos de decisión. En otros lugares donde no ha habido ninguna modificación del modelo asilar vemos que la resistencia y los obstáculos los han capitalizado los psiquiatras defensores de ese modelo y que a la vez han ocupado cargos de gestión y dirección en las instituciones asilares.

La metáfora de “la mesa de cuatro patas” nos ayuda a entender la complejidad de introducir cambios en la atención de la salud mental y además nos permite trabajar en la búsqueda de estrategias creativas para vencer los obstáculos y conseguir que el espíritu de la Declaración de Caracas se expanda por más territorios.

Referencias Bibliográficas

Aparicio Basauri, V. (1993). La reforma psiquiátrica de 1985. En V. Aparicio Basauri (ed.). *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid. AEN, pp.127-82.

Aparicio Basauri, V. (2020). Spain: The critical movements and the influence of Franco Basaglia and "Democratic Psychiatry". En T. Burns and J. Foot (ed.), *Basaglia's international legacy: From asylum to community*. Oxford (UK). Oxford University Press, pp. 147-60.

Berenzon Gorn, Shoshana; Saavedra Solano, Nayelhi; Medina-Mora Icaza, María Elena; Aparicio Basauri, Víctor; Galván Reyes, Jorge (2013) Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Rev Panam Salud Publica*; 33(4) 252-258,abr. 2013
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000400003

Cayetano CE. (2009). Belice: un ejemplo de atención de salud mental en la comunidad. En JJ. Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*. Washington, D.C. OPS, pp.325-31.

Herrera, J. Da Costa; G. & Aparicio Basauri V. (2009). Panamá: la descentralización de los servicios de salud mental. En JJ. Rodríguez (ed.), *Salud mental en la comunidad*. Washington, D.C. OPS, pp.333-38.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid. Servicio de publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Levay, I. & González, R. (1998). Dos movimientos paralelos: las reformas en la atención psiquiátrica en América Latina y en España. En J. García, A. Espino & L. Lara (ed). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid. Ed. Diaz de Santos, pp. 389-97.

OPS-OMS (2011). *IESM-OMS Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México* https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1

Rodríguez, JJ. (2014). Mental Health in Latin America and the Caribbean. *Int Psychiatry* 2014 Feb; 11 (1): 6-8.

Rodríguez, JJ. & Aparicio Basauri, V. (2014). Monitoring the progress of countries. En S.O. Okpaku (ed.) *Essentials of global mental health*. Cambridge (UK). Cambridge University Press, pp.416-24.

Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos globales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona. Herder.

WHO (2017). *Mental Health Atlas*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

WHO (2020). *WHO-AIMS country reports*.
https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/

Caldas de Almeida, JM. & Cohen, A. (ed.) (2008). *Mental Health Programs in Latin America & the Caribbean*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2792/9789275129067-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Notas

1 La Delegación Mexicana formaba parte del equipo del Dr. Ramon de la Fuente, director del Instituto Nacional de Psiquiatría de México.



El derecho a tener derechos (Arendt, Los orígenes del totalitarismo)

A propósito de la edición del *Derecho y salud mental*, de Alfredo Jorge Kraut.



Manuel Desviat

Psiquiatra, fue consultor de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Dirige varios cursos permanentes de salud mental comunitaria en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

desviatm@gmail.com

redaccion@atopos.es

Hasta tiempos no muy lejanos, escribe Aída Kemelmaier de Carlucci en el prólogo a *Derecho y Salud mental, una mirada interdisciplinaria* (Kraut, 2020), los juristas no mencionaban a los derechos humanos cuando acordaban los temas de capacidad de las personas y menos aún, podríamos añadir, si se trataba de discapacitados con diagnóstico de salud mental. De esto, y de la vulneración legal de los derechos humanos de los sufridores mentales, considerado como algo natural por los propios juristas, viene dando cuenta Alfredo Kraut en su ya larga trayectoria y en su más de una treintena de libros publicados. Una muestra de ello es el que acaba de aparecer en la editorial argentina Rubinzal-Culzoni, especializada en temas jurídicos, donde reúne a abogados, fiscales, profesores universitarios, jueces, psiquiatras y psicólogos en una amplia obra de más de 40 capítulos. Los procesos de desinstitucionalización y cambio asistencial llevados a cabo en todo el mundo desde la segunda mitad del siglo pasado, demostraron que la reforma de la atención a los enfermos mentales no se reducía

a un problema exclusivamente sanitario. En parte, porque el derecho a la salud es, como se señala en este libro (p. 273), un derecho inclusivo, pues comprende una serie de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y más aún en la salud mental cuyo imaginario, tanto de la concepción de “la locura” como de su tratamiento, atraviesa todo el tejido de la sociedad civil y de los aparatos del Estado.

De hecho, la necesidad de reformar la asistencia a las personas con problemas mentales surge no solo ante la ineficacia de la psiquiatría manicomial, sino ante la vulneración de los derechos humanos que se practica en estas instituciones totales, pero también en la práctica habitual de la psiquiatría, la psicología y el derecho. Tras décadas de reforma psiquiátrica, desinstitutionalización y programas comunitarios, ha podido comprobarse que no basta con el cierre de camas manicomiales y la creación de recursos alternativos en la comunidad. El estigma y la exclusión que antes se vinculaba al manicomio, ahora está presente en el diagnóstico y en la urdimbre de articulados jurídicos y normas institucionales repletos de prejuicios (peligrosidad, irresponsabilidad, imprevisibilidad) que constituyen el entramado normativo presente en la práctica profesional del derecho y los profesionales de la salud. Normas discriminatorias o, en

muchas ocasiones, interpretación sesgada de las mismas leyes que debían garantizar los derechos de las personas discapacitadas. Los débiles jurídicos son cada día más frágiles, escribe Alfredo Kraut, “las personas afectadas por padecimientos mentales constituyen el paradigma de la fragilidad; su poder de influencia es casi inexistente, y su capacidad de negociación, prácticamente nula. Sus derechos son fácilmente conculcados, comprometiéndose valores como la dignidad, la intimidad, la libertad, la salud y con ella, la vida” (Kraut, 2012, p. 64).

La sociedad y la comunidad profesional de juristas y sanitarios suelen ver como naturales, procedimientos coercitivos en la práctica de la salud mental, que, sin embargo, en sí mismos o en sus formas y abusos, están manifestando el fracaso técnico, ético y social de sus disciplinas. No hay, por mucho que se empeñen las profesiones sanitarias, entre otras, oficios éticos en sí mismos. De ahí la importancia de medidas legales que regulen determinadas situaciones que pueden conllevar limitación de derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental. La práctica de la psiquiatría enfrenta a diario a los profesionales y las instituciones con situaciones comprometidas ética y técnicamente de las que muchas veces no se tiene suficiente información, al no estar establecidas claramente las normas que las regulen. Esto hace que, en ocasiones, la forma de

garantizar los derechos de los pacientes semeja más una manera de defenderse el sistema sanitario de posibles reclamaciones, como es el caso del uso que suele hacerse del consentimiento informado.

Pues como señala Silvia Eugenia Fernández (p. 30) citando el *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental*, en el ámbito clínico, los desequilibrios de poder favorecen el paternalismo, una asimetría que desempodera a los usuarios y menoscaba su derecho a tomar decisiones sobre su salud, coartando la autonomía del sufridor psíquico cuando no limitando su capacidad jurídica y violando derechos fundamentales. Una desprotección asistencial y jurídica que se da aún en el caso de estar protegidos por leyes o normas que pueden ser ignoradas o son interpretadas de manera que no cumplen con su objetivo de cuidado y amparo. Pues los oficios de la psiquiatría y la psicología (pero también del derecho o el trabajo social), se constituyen en hipotéticos salvadores y al tiempo en gente muy peligrosa, que puede enmascarar los excesos de autoridad bajo los términos de autonomía, empoderamiento y comunidad (Colina, F; Desviat, M; Huertas, 2020,p. 85).

Es por lo que al hablar de derechos y de vulnerabilidad hay que plantear, por una parte, como hace Antonio

Madrid (2018) la cuestión de la *vulnerabilización*, término que usa para resaltar las condiciones sociales que vulneran, que hacen o contribuyen a hacer dañables a la personas y colectivos. Y, por otra parte, la accesibilidad. Accesibilidad a la atención a la salud, a las prestaciones sociales, y sobre todo al conocimiento, al conocimiento del derecho a los derechos. Pues el hecho es que hay personas que desconocen –se les ha ocultado– que tienen derechos. Los dueños de nada. Los nadie que dice Galeano.

De ahí la importancia del libro que dirige Kraut, pues para dar a conocer los derechos cívicos y humanos a la población es preciso primero que sean conocidos por los profesionales de la justicia, la salud, el trabajo social y comunitario. Es preciso que sean conocidas y *estudiadas*, incorporadas a la práctica profesional, las propuestas normativas internacionales, algunas de carácter obligatorio, como la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), aprobada en diciembre de 2006 y ratificada por una mayoría de países (España lo hizo en 2008). Relevante no solo por ser el primer Tratado Internacional de derechos humanos del siglo XXI, escribe Rey Pérez (2020), sino porque modifica el enfoque y el planteamiento desde el que se venían estudiando los derechos humanos desde la Ilustración. Un punto de vista patriarcal, supremacista, burgués, donde prima el

valor productivo, los mercados. Un mundo del que han sido excluidos casi todos, lo que obliga, si queremos dar una alternativa a esta idea de la discapacidad, a poner el primer lugar la diversidad como algo que enriquece nuestras sociedades. Esa será la gran aportación de la Convención “Si somos diversos tenemos que construir modelos sociales y políticos que no solo protejan esa diversidad, sino que la potencien, que la valoren, que les den iguales oportunidades a todos para que cada cual dentro de sus capacidades y de su libertad pueda desarrollar el plan de vida que desee y escoja” (p. 89).

Pero hay que tener muy en cuenta, que no basta con la promulgación de las normas y leyes, ni el compromiso adquirido por los Estados. Hay que vigilar su cumplimiento, las formas de ejecutar o tergiversar su desempeño. Está claro que no se cumplen plenamente las medidas que establece la Convención en ninguno de los Estados que la han firmado, como tampoco se cumplen determinadas leyes garantistas en buena parte de los países, como viene denunciando la OMS y otros organismos internacionales. Peor aún, en muchas ocasiones, la forma de garantizar los derechos de los pacientes parece más una manera de defenderse el sistema sanitario de posibles reclamaciones, como es el caso del consentimiento informado. Donde el paciente acepta todo tipo de posibles adversidades en cualquier trámite

sanitario. Pues no podemos olvidar, señala Milton Santos, la tensión permanente entre el principio de igualdad implícito en el concepto de ciudadanía y la desigualdad inherente al sistema capitalista y a la sociedad de clases (Santos, 2002, p 20). Ni tampoco, que los muros del manicomio y sus prácticas coercitivas (he ahí la tan hoy denunciada contención mecánica) están en la cabeza de muchos profesionales y en el imaginario social.

El caso es que el derecho a un trato digno, a una situación social no vulnerable, a “no ser sustituido sino apoyado” (art. 12. CDPD), el derecho a tener derechos no es una dádiva, es una conquista por la que hay que pelear de continuo y que debe estar inscrita en las leyes.

De ahí la oportunidad siempre de libros como *Derecho y salud mental* y más en estos momentos donde la pandemia de la covid-19 ha mostrado claramente la tremenda desigualdad en las posibilidades de contagio, de prevención y de atención sanitaria y de cuidados. Una vez más, por muy universales y transversales que sean estas pandemias, se comprueba que se enferma y se muere según la clase social.

Referencias Bibliográficas

Colina, F; Desviat, M; Huertas, R. (2020). Derechos humanos y sufrimiento psíquico. In A. M. Marcos del Cano (Ed.), *En tiempos de vulnerabilidad: reflexión desde los derechos humanos*. Madrid: Dykison.

Kraut, A. (2012). *Salud mental. Tutela Jurídica*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores.

Kraut, A. J. (2020). *Derecho y salud mental. Una mirada interdisciplinaria*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores.

Madrid Pérez, A. (2018). Vulneración y vulnerabilidad: dos términos para pensar hoy la gestión socio-política del sufrimiento. In A. Solé Blanch, Jordi; pié Balaguer (Ed.), *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad* (p. 56). Barcelona.

Rey Pérez, JL. (2020). La diversidad mental y los obstáculos a su pleno reconocimiento social. En: Marcos del Cano, A. (editora). *En tiempos de vulnerabilidad: Reflexión desde los derechos humanos*. Madrid: Dykison.

Santos, M. (2002). *O espaço do cidadão*. Sao Paulo: USP.



Experiencias Triestinas

Compilado por Paula Abelaira¹



Benjamín Azar Bon

Psicólogo (UNT). Egresado de la
Residencia de Psicología Clínica del
Hospital J.M. Obarrio (Tucumán).
Doctorando del Doctorado de Salud
Mental Comunitaria
(UNLA-CONICET).

benjazar88@gmail.com

**Link para descargar
Experiencias Triestinas**
<http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/05/experiencias-triestinas.pdf>

Si hablar de la obra de un autor siempre es un trabajo complejo -ya que no solo se valora lo que dice, sino también cómo, cuándo y desde dónde- la reseña de un libro como *Experiencias Triestinas*, que reúne ocho autores y tres entrevistas es, al menos, un desafío.

A pesar que podría, y por caso no estaría mal, reseñar capítulo por capítulo dando rienda suelta a la heterogeneidad que supone la escritura en conjunto, prefiero tomar la decisión de trabajar con el libro como una unidad, lo cual (y acá viene la primera valoración) no será tan difícil como parece, ya que, a pesar de la multiplicidad de autores, se conduce con una llamativa organicidad y fluidez en el devenir de sus capítulos (punto para la compiladora).

Pero, antes de adentrarnos en la reseña, veamos algo de contexto. La reforma psiquiátrica en cuestión tuvo lugar en Trieste, ciudad del noreste de Italia, durante los años sesenta y ochenta. En esta, un grupo de profesionales de la salud mental junto a voluntarios y usuarios, liderados por

el psiquiatra veneciano Franco Basaglia, produjeron un cambio inédito en el tratamiento de la locura. Los postulados de movimientos tales como la Psiquiatría del Sector de Lucien Bonnafé y la Psicoterapia Institucional de François Tosquelles, ambos en Francia; las Comunidades Terapéuticas de Bion, Main, Reichman y Jones en Inglaterra; la heterogeneidad de autores que componían la Antipsiquiatría y un clima de época de politización de la academia y las instituciones, sirvieron de condiciones de posibilidad y soporte teórico para generar un movimiento que traspasó los límites del campo de la salud mental, modificando al sistema de salud italiano y a gran parte de la sociedad en su conjunto.

Podemos resumir la *revolución basagliana* en algunos puntos, que además dan cuenta de las influencias nombradas líneas arriba:

- Cierre de los manicomios en tanto se los piensa como lugares de custodia y exclusión y no como un espacio terapéutico.
- Creación de dispositivos sustitutivos que estén emplazados a lo largo y ancho del territorio, en función de poder trabajar sectorialmente en una red organizada.
- Involucramiento de toda la comunidad con el objetivo de un cambio cultural desestigmatizante en relación a la salud mental.

- Revalorización de la palabra del usuario, en tanto puede decidir sobre su situación, dejando de ser objeto de tutela para convertirse en sujeto de derecho.

En síntesis, lo que sucedió en Trieste fue un proceso sistemático de restitución de los derechos humanos a los internados en hospitales psiquiátricos, como obligación moral pero también como estrategia clínica. Ni más, ni menos.

Si antes decía que Experiencias Triestinas habla de la reforma psiquiátrica ocurrida en los años setenta, es necesario ahora aclarar que no se centra en ella. No es un libro más sobre la reforma italiana, ni es un libro de historia. Y esto es lo realmente novedoso de esta obra. La reforma tuvo un impacto tan fuerte en el campo de la salud mental en gran parte del mundo que, al parecer, la producción sobre Trieste se detuvo en el análisis de aquello que pasó hace más de cuarenta años. Infinidad de artículos relatan las destrezas terapéuticas y políticas de Basaglia, la apertura del manicomio, el paseo de Marco Cavallo triunfante por la ciudad, el nacimiento de las cooperativas, la sanción de la Ley 180 o las resistencias corporativas de la época. Pero, ¿y ahora? ¿Cómo funciona Trieste hoy? ¿Sirvió de algo esa revuelta, o estamos ante un museo de lo que podría haber sido y, por

caso, no fue? Al menos en nuestro idioma estas preguntas encontraban pocas respuestas. Es en esta vacancia en la que se inserta el libro en cuestión.

A mi modo de ver, Experiencias Triestinas se encuentra organizado en cuatro partes:

La primera, compuesta por entrevistas realizadas por Paula Abelaira a Franco Rotelli (protagonista de la reforma, colaborador de Basaglia y, más acá en el tiempo, Director General de la Azienda Sanitaria di Trieste, entre muchos otros pergamino), Carlo Rotelli (Jefe Médico responsable de la estructura de Atención ambulatoria y domiciliaria) y Roberto Mezzina (Director del Departamento de Salud Mental de Trieste). En ellas se abordan temas tales como el inicio de la llamada Psiquiatría Democrática, los hospitales psiquiátricos judiciales, la gestión, nacimiento y aplicación de la ley 180, sus resistencias, la organización del sistema (general) de salud y cómo este se vincula con el Departamento de Salud Mental en la actualidad.

En la segunda parte ubico los dos primeros capítulos, en donde luego de una introducción a las diferentes concepciones y tratamientos de la locura a lo largo de la historia, nos adentramos en un análisis sobre la naturaleza de las instituciones, en tanto productoras de subjetividad, desde

su doble cara: “entre el amor y la crueldad”, en palabras de las autoras. A la vez se acentúa la diferencia entre desinstitutionalizar y deshospitalizar (fundamental para entender cómo políticas en apariencia similares esconden intereses opuestos) y la necesidad de comprender al manicomio más allá de la materialidad del edificio. Entre el análisis de su historia y la reflexión teórica sobre la función de las instituciones (desde el tamiz conceptual del psicoanálisis), nos empezamos a adentrar en la actualidad de Trieste, y en algo que está presente transversalmente en todo el recorrido del libro: la salud mental en Argentina.

En la tercera parte están los capítulos que van del 3 al 7, en los que ya, decididamente inmersos en la actualidad de Trieste, se describen y analizan los dispositivos y estrategias que integran el sistema de salud mental y otros que, sin ser parte de éste, tienen impacto directo sobre la prevención o tratamiento del sufrimiento mental. Se aborda entonces los Centros de Salud Mental, las Microáreas, las viviendas de convivencia, el presupuesto en salud, el proyecto terapéutico personalizado, las cooperativas sociales, los grupos de pares (Peer Support) y la aplicación de algunos de estos mismos dispositivos para el trabajo con menores Menores Extranjeros No Acompañados (MSNA) quienes, producto de haber emigrado, quedaron en una situación de vulnerabilidad absoluta.

La cuarta parte del libro, compuesta por el último capítulo, transita hallando puntos de encuentro entre la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO) y la Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657), con el escenario triestino de fondo, claro. Se centra principalmente en dos ejes para esta interlocución: el respeto por la dignidad humana y la protección de derechos y libertades fundamentales. Podríamos decir que en este capítulo se termina de explicitar una tendencia que las páginas anteriores abordaban con más timidez, y es que Experiencias Triestinas no es sino en función de las *experiencias argentinas* de cada una de las autoras y autores. En sus páginas no está presente la búsqueda de una respuesta, de una receta única, original y eurocéntrica para aplicarla a nuestra realidad. En este punto son fieles a Basaglia, que negaba la aplicabilidad de su modelo, como una fórmula, al resto del mundo. En última instancia se entiende que hay palabras que simplemente no tienen traducción.

En las páginas de Experiencias Triestinas no deja de estar presente la sensación de la enorme y difícil tarea que implica trabajar en salud mental desde una perspectiva de derechos, se percibe que la creatividad y la convicción no son prescindibles para romper las resistencias al cambio. Pero también, y al mismo tiempo, puede sentirse esa textura utópica propia de los años setenta en la que se de-

sarrolló la reforma triestina, ese *si può fare* que motoriza al deseo y hace posible el movimiento.

Por último, no puedo dejar de mencionar la coherencia con que Experiencias Triestinas representa en sí mismo aquello de lo que su contenido nos habla. Un libro que trata sobre la participación política como condición para la producción de salud mental, de la creatividad en la construcción de dispositivos y de lo comunitario como condición para producir acciones y conocimiento, no podía no ser fruto de la autogestión y del esfuerzo colectivo de sus autoras y autores para conceptualizar la práctica. En esta línea se entiende que el libro no se venda, sino que se ofrezca en internet al acceso de todos.

Un libro disponible y autogestionado no habla solo de la generosidad de quienes lo escribieron, sino de una decisión política que entiende que la participación y el cambio se juegan también allí, en cada capítulo y en cada frase.

Notas

Autoras y autores de Experiencias Triestinas: Paula Micaela Abe-laira (Comp.), Josefina Trápani, Maha Natalia Chabán, Mariana Paula Cirigliano, Agustina Tagliamonte, Mariana Casal, Nicolás Fernández Garbín y Sergio Arleo.



En la Maraña

Técnica acrílico sobre tela.

200 × 250 cm., Argentina, 1986.

Colección Museo Nacional de Bellas Artes

www.luisfelipenoe.com

El Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la Universidad Nacional de Lanús agradece al artista Luis Felipe Noe por autorizar la publicación de la obra que acompaña esta edición

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Director Claudio Loiseau

Coordinadora Andrea Michel

Equipo Iñaki Bolón García | Fátima Murphy Pupparo | Luciana Schiavi

Correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar