

Lic. Clara Weber Suardiaz

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

2014

La transformación en las políticas de salud mental

2010-2014

**-Análisis de la situación de la Provincia de Buenos
Aires-**

Tesis Presentada para la obtención

del Título de Magister en Trabajo Social

Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata

bajo la Dirección de la Mg. Mariela Mendoza

Comisión Evaluadora

.....

.....

.....

.....

RESUMEN

Este trabajo de indagación presenta algunos análisis sobre la transformación de la política de salud mental en la Provincia de Buenos Aires en el periodo 2010-2014. Desde una modalidad descriptiva y exploratoria se establecen algunas coordenadas para leer el campo de la salud mental.

A partir de ello, interesa exponer cómo las actuales políticas en salud mental en el sector público han sufrido modificaciones a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) en el año 2010. Así como también presentar las perspectivas vigentes en el escenario de transición entre las lógicas manicomiales y las lógicas de autonomía en el campo de las políticas en salud mental.

Los insumos para el presente análisis fueron producidos a través de entrevistas realizadas a profesionales de la salud, funcionarios, crónicas elaboradas de eventos de discusión y documentos oficiales.

De esta manera, se arriban a algunos indicios respecto a las configuraciones de la política actual, que en el capitalismo contemporáneo, anclan sus lógicas en la filantropía y el voluntarismo. Fetichizando el discurso de los derechos humanos y apelando a nociones de lo Nuevo, que producen borramientos de la historicidad presente en los procesos sociales.

ABSTRACT

This paper presents some analysis of inquiry on the transformation of mental health policy in the Province of Buenos Aires in the period 2010-2014. From a descriptive and exploratory research some coordinates are set to read the field of mental health.

From this, the interested in exposing how current mental health policy in the public sector have been modified since the enactment of the National Mental Health Law (26.657) in 2010. As well as presenting current perspectives on stage off transition between insane logic and the logic of autonomy in the field of mental health policy.

The inputs for this analysis were produced through interviews with health's professionals, officials, chronic elaborate from events of mental health and official documents.

In this way, arrive at some indication regarding the settings of the current policy, which in contemporary capitalism, anchor their logic in philanthropy and voluntarism. Fetishizing the discourse of human rights and appealing to notions of the New, producing avoidance of historicity present in social processes.

Agradecimientos

Tengo tanto que agradecer que necesitaría un capítulo entero...por lo cual esta tesis es un poco mía y un poco de aquellos que aún sin saberlo ayudaron a darle forma.

En primer lugar, esta tesis no hubiera sido escrita si no hubiera contado con el apoyo, la escucha atenta y la generosidad de mi directora y amiga, Mariela Mendoza, quien orientó la dirección, tanto de mis preguntas, como de mis respuestas, con el interés puesto en la producción de saber.

A Susana Malacalza, quien me enseñó a ser docente, a pensar la política, me presentó a Castoriadis! y me dio un lugar en esta facultad. Al equipo de maestría que junto a Susa, supo esperar mis tiempos, por entender y aceptar mis procesos.

A los compañerxs de la cátedra de Trabajo Social IV: Verónica Cruz, Adriana Marconi; Luciana Ponziani; Marina Cabral; Guillermo Chirino; Esteban Fernández; Elisa Garrote; Mariana DiElsi; Leticia Ferrey, Julia Pandolfi, Lourdes Huentequero, Mercedes Contreras y Fran Gulino; que en los espacios colectivos fuimos construyendo discusiones que atraviesan este trabajo.

A los estudiantes de TS IV y del Seminario de Salud Mental que con sus inquietudes nos obligan a nuevas búsquedas teóricas y actualizaciones.

A Pilar Fuentes, fundamentalmente por su generosidad y por la confianza que siempre me manifestó en cuestiones académicas y personales, quien con su insistencia me dio ímpetu para finalizar este trabajo.

A las compañeras del Grupo de Estudios de Políticas Públicas y Salud Mental: Laura Andreoni; Natalia Rochetti; Noelia Rodríguez; Carolina Chabat y Roxana Zunino, con quienes compartimos el ideal de que otra salud mental es posible.

Especialmente a Noelia López y Jacqueline Torres, que en su lucidez han acompañado las reflexiones sobre el campo de manera única y brillante.

A los compañeros de Casa de Pre-Alta, Antonela Garbet; Mariana Tundidor; María Pérez Duhalde; Evangelina Crespi y Alberto Justo y Laura Lago, que me enseñaron que hacemos todo mal y a veces hacemos algo bien; pusieron a prueba lo que sé y me enseñaron mucho más.

A todos los Cisnes, que en los peores momentos, con su arte hacen frente a la lógica manicomial.

A mi familia de adopción platense Laura Zucherino, Hernán, Mariela y el Colo, que han hecho que mi extranjería desaparezca. Sus aportes teóricos y comentarios, valen más que 100 seminarios.

A mi familia, Florencia, Diana y Simón que soportaron mis estados de ánimos conforme el proyecto avanzaba o retrocedía.

Al abuelo Lorenzo y a la abuela Rosa, que sin llegar a la universidad, y desde un pueblito minero, supieron defender las ideas con su cuerpo y dignidad. A mi abuelo Roberto que me regaló un taladro cuando me vine a estudiar, para que no dependiera de nadie y a la abuela Porota que me mandaba encomiendas! ¡Estaban tan contentos que estudiara en la Universidad!

A mí mamá- que es la mejor- y qué en medio de los 90s, hizo un esfuerzo para viniera a La Plata, y siempre confió en que sería la mejor inversión..siempre confió.

A Daniel, mi mejor corrector y co-piloto, navegante de tempestades en todo y siempre, y porqué está.

A todas las personas que aún sufren el encierro asilar, manicomial y que este trabajo intenta aportar un grano de arena a pensar su situación.

Índice de Contenidos

Introducción	7
1.1.Fundamentación del tema de investigación. Objetivos y Preguntas.....	7-11
1.2. Planteamiento del problema.....	11-19
1.3. Estrategia Metodológica.....	19 -24
Capítulo I	26
Lineamientos generales para el análisis.....	26-27
I.1 Red pública de salud mental y adicciones y política en salud mental.....	27-43
I.2. La salud mental constitutivamente filantrópica.....	45-46
I.3. Reformas y contrarreformas psiquiátricas.....	47 -51
I.4. La LNSM: configuración de nuevos escenarios (o al menos), de nuevas expectativas.....	52-56
Capítulo II: La Salud como campo complejo	57 -77
La inclusión del Trabajo Social en el campo de la salud mental.....	65 -66
Análisis de las reformas psiquiátricas contemporáneas.....	67 -78
Capítulo III: Análisis del trabajo de campo: entrevistas, documentos, crónicas	79 -102
Capítulo IV: Neodesarrollismo, la vuelta a lo comunitario y la responsabilidad del Estado	103 -117
Capítulo V: Acerca de lo nuevo	118 -128
Capítulo VI Desafíos para los trabajadores sociales y de la salud en general. Una lectura en clave psicoanalítica.....	129 -138
Reflexiones Preliminares: De la lógica del todo al no-todo.....	139-145
Bibliografía.	146-152

La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014

Análisis de la situación de la Provincia de Buenos Aires

Introducción

Esta tesis analiza las transformaciones de las políticas de la salud mental en el periodo 2010-2014 en la Provincia de Buenos Aires para identificar las configuraciones actuales del campo público de la salud mental.

La temática de indagación elegida se centra en el campo de la salud mental, el cual ha sido mi tema de estudio en los últimos años, así como también se ha constituido en mi espacio de inserción socio-laboral. Una gran parte del desarrollo teórico también está enmarcado por mi trabajo docente, donde durante 7 años hemos organizado un seminario de Salud Mental y Trabajo Social, que alimentó teóricamente las reflexiones sobre el campo. En este sentido, confluyen los recorridos intelectuales realizados en la Maestría con la reflexión de ciertas instancias de la práctica profesional.

A partir de la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en el 2010, una serie de debates y revisión de prácticas tomaron mayor fuerza. Si bien el debate acerca de la política en salud mental tiene más de 40 años, la configuración del escenario actual renueva las expectativas de discusión y potencia las críticas al modelo manicomial hegemónico. Materializándose en prácticas de asistencia, interdisciplinarias, en conflicto y en políticas sociales.

En este sentido queremos indagar como se materializa este proceso en la Provincia de Buenos Aires, entendiendo que todo proceso de transformación está ligado a una idea de conflicto inherente a los procesos societales, inmerso en las contradicciones que constituyen el sistema capitalista contemporáneo, teniendo en cuenta la particularidad

política de nuestra provincia, donde el diseño de políticas públicas implica una diversidad de actores, tensión de intereses y luchas estratégicas.

Una preocupación permanente que atraviesa el trabajo consiste en la apropiación discursiva de la perspectiva de derechos humanos, cosificando sus elementos sin ponerlos en tensión con los procesos sociales. De aquí se desprenden algunas cuestiones cruciales como la orientación por los ideales, la entronización del universal, la simplificación de lo social, que si bien, son características del capitalismo, configuran el proceso de transformación en el campo y afectan directamente en la profesión.

Este trabajo es un intento de poner en tensión estos postulados y tener pistas analíticas para leer de manera compleja los procesos contemporáneos. No puede pensarse en los procesos de transformación del campo de la salud mental, sin las relaciones constitutivas que tiene con los procesos de transformación general.

No apuntamos a plantear determinantes definitivos acerca de lo que ocurre, pero si queremos identificar tendencias políticas ideológicas que a nuestro criterio cada vez van tomando mayor definición y que amenazan enquistar los procesos de transformación.

En primer lugar queremos compartir los objetivos que guían esta indagación y las preguntas reflexivas que orientaron las búsquedas investigativas. En este sentido nos planteamos una indagación exploratoria y descriptiva del campo de la salud mental actual.

Luego organizamos la presentación en 6 capítulos, los cuales pretenden, de manera progresiva, dar cuenta de las transformaciones en las políticas de salud mental en Provincia de Buenos Aires.

En primer lugar (capítulo I), realizamos algunos trazos fundamentales que guían el análisis y fundamentan teóricamente nuestra perspectiva de análisis. El capítulo se compone por una breve descripción organizativa y estructural del campo de la salud mental. Luego en el Capítulo II, desarrollamos las categorías más conceptuales que caracterizan al campo, incluyendo la noción de complejidad, la inserción del Trabajo Social en este escenario y algunos elementos de las reformas y experiencias en salud mental

que nos permitan leer el escenario actual. Avanzamos con el capítulo III, donde presentamos el análisis del trabajo campo, si bien el mismo se encontrará presente a lo largo de todo el trabajo. El capítulo IV intenta dar respuesta al interrogante de cómo se plasma la compleja e histórica relación entre cuestión social- política social y Estado en términos generales y específicamente en el sector de la salud mental. El capítulo V nos introduce a la discusión política ideológica que pretende identificar las perspectivas presentes en el escenario de transición entre las lógicas manicomiales y lógicas de autonomía. Finalmente el capítulo VI introduce algunos indicios de cuáles son los elementos que contiene la “reforma” política e institucional de las políticas de salud mental.

Los capítulos no funcionan como entidades aisladas sino que van planteando contrapuntos que den cuenta de los objetivos planteados al inicio. Queremos realizar una advertencia, y es que no presentamos un estudio clásico de política pública, sino que realizamos un recorte del subsector de salud mental y nos concentramos en indagar las lógicas subyacentes, más que en su organización estructural. Dicho esto, los invitamos a que tengan una lectura fructuosa y que podamos compartir/discutir algunos de nuestros intereses.

1. Fundamentación del tema de investigación

1.1 Objetivos

Objetivos Generales

- Analizar las transformaciones de políticas de la salud mental en el período 2010-2014 en la Provincia de Buenos Aires para identificar las configuraciones actuales del campo público de la salud mental.

Objetivos Específicos

- Caracterizar y describir las actuales políticas de salud mental en el sector público a partir de las modificaciones producidas por la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657).
- Identificar las perspectivas presentes en el escenario de transición entre las lógicas manicomiales y las lógicas de autonomía en el campo de las políticas de salud mental.
- Analizar los elementos que contiene la reforma político institucional planteada por el sub-sector de salud mental público a fines de adecuarse a los lineamientos de la LNSM.

Algunas Preguntas que guían la indagación

- ¿En qué medida la ley potenció procesos de reformas, creó nuevos proyectos, diseños y políticas orientadas en la perspectiva de los DDHH?
- ¿Cómo se plasma la compleja e histórica relación entre Cuestión Social- Política Social- Estado en la política de salud mental en la órbita Provincial?
- ¿En qué medida los consensos que llevaron a la sanción de la ley nacional han podido mantenerse para lograr imponer otras perspectivas de abordaje de la salud mental?
- ¿Qué lugar ha adoptado el Estado Provincial, en su sentido amplio, para adecuarse a las normativas vigentes?
- ¿Qué recepción e interpretación hacen de la normativa vigente los actores del campo de la salud mental?
- ¿Se puede hablar de un “nuevo escenario” o espacio de transición, cuál es la estrategia de los trabajadores de la salud mental en el mismo?
- ¿Cuáles son los dispositivos teórico-técnicos necesarios para poder llevar adelante una transformación del sistema de salud mental?

Pregunta conductora del proceso investigativo¹

¿A partir de la sanción y posterior reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657), se potenciaron políticas en la Provincia de Buenos Aires que favorecieran lógicas dominantes o puede haber tendencias que visibilicen cuestionamientos?

1.2 Planteamiento del Problema

Se podrán realizar valiosas “experiencias piloto” acotadas.
Estas demostrarán que otra Salud Mental es posible.
Pero la historia nos enseña que quedarán sólo allí. Porque es una ilusión pretender que puede haber una política en Salud Mental desgajada de lo que sucede en el campo de la Salud y de las condiciones de vida en la sociedad actual.
Vanier, A. (2012:3)

La temática de la salud mental ha sido ampliamente desarrollada por autores como Foucault, Basaglia, Pichón Riviere entre otros; tanto desde las Ciencias Sociales, como desde las ciencias biológicas y médicas, se ha discutido acerca de sus definiciones, sus formas de abordajes, de tratamiento y resolución. Ha sido y sigue siendo un campo polémico donde se ponen en disputa lineamientos teóricos-metodológicos, éticos y políticos. ¿Qué se entiende por salud mental?, ¿Qué se entiende por enfermedad, por padecimiento? ¿Cuáles son los profesionales más idóneos para trabajar en el campo? Son algunos de los interrogantes más habituales. Sin embargo todos estos interrogantes pueden condensarse en uno sólo: ¿Qué tipo de política pública se requiere para un abordaje de la salud mental integral y respetuoso de los derechos humanos y sociales?

¹ “El punto de partida está dado por el marco epistémico, que establece el tipo de pregunta o conjunto coherente de preguntas que especifican la orientación de la investigación. En general, es posible formular una pregunta básica o pregunta conductora, que guíe la selección de los componentes del sistema (es decir, los elementos, los límites del sistema, y sus interrelaciones, tanto internas como externas). Raras veces esto se puede ver claro desde un comienzo y resulta necesario realizar más de un intento.”(García, 2006:48)

Mariela Mendoza (2009) en su libro parte de un interrogante principal en su investigación refiriéndose a cuáles eran los procesos históricos que hicieron que la modalidad de atención en salud mental en la Provincia de Buenos Aires continúe siendo, hegemonícamente, el abordaje manicomial. Desde esta base nosotros nos preguntamos cómo se han desarrollado las transformaciones en esta modalidad en los últimos años.

Hoy se presentan “nuevas configuraciones”; el 10 de diciembre de 2010 – luego de varios años de disputas- se sancionó por unanimidad La Ley Nacional de Salud Mental², arraigada en una noción de derechos humanos y en una sustitución del paradigma manicomial, cuyo espíritu se puede resumir en el **artículo 27** que plantea la no construcción de nuevos manicomios y la adaptación y sustitución de dispositivos alternativos.³

En este sentido todas las provincias argentinas y la ciudad de Buenos Aires deben adaptarse tanto jurídica como prácticamente a estos lineamientos nacionales. Proceso que puede desarrollarse estableciendo legislaciones específicas de Salud Mental -por ejemplo Río Negro, San Luis, Santa Fé y Chubut, tienen leyes particulares- que tomen como piso la LNSM o en el caso de no poseer ley propia deben tomar como organizador la Ley Nacional y adecuar su sistema de atención a la misma. Esto puede realizarse a partir de planes provinciales, programas, lineamientos que lleven adelante las instancias estatales, etc.

En este punto nos interesa problematizar ¿Cómo la Provincia de Buenos Aires comenzó a diseñar la reforma requerida? Bien sabemos que las mal llamadas “reformas psiquiátricas” llevan años para implementarse, no obstante, los distintos actores de la salud van planteando diseños, propuestas, discusiones acerca de

² En adelante LNSM.

³ **“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.” (LNSM 26.657)

cómo llevar adelante esas reformas. Entendemos que este conjunto de elementos es la expresión de la política pública en salud mental que se corporiza en los hospitales, centros de salud, planes sociales, estrategias de las instituciones conformando la modalidad de asistencia en salud mental.

De allí que parte de los propósitos es recuperar las diferentes discusiones, contrapuntos, construcciones de la política pública en salud mental, a fin de ponerlo en tensión con las relaciones con el Estado y como parte de las manifestaciones contemporáneas de la Cuestión Social. Sobre este punto es interesante el planteo que desarrolla Alberdi, J.M. cuando trabaja con una conceptualización de políticas de Salud Mental, que difiere de las clásicas definiciones de la OMS:

“...conjunto de prácticas políticas y técnicas vinculadas al campo de saberes que transversalizan al campo de saberes de la psiquiatría, el psicoanálisis y el sanitarismo. En la salud mental lo que está en cuestión son los procesos y estrategias de subjetivación, así como los destinos sociales de los sujetos que padecen sufrimiento psíquico. Desde este punto de vista se torna evidente que toda discusión técnica de las formas de tratar con la locura es al mismo tiempo una reflexión política sobre las condiciones de ciudadanía de los usuarios, la institución psiquiátrica en su autonomía relativa, es decir en sus conceptos, prácticas, normas, establecimientos asistenciales, o sea, el modo instituido de tratar a los locos es extremadamente revelador de los impasses y contradicciones que atraviesan las políticas sociales.” (2006:43)

Este planteo incluye a la política de la salud mental en un entrecruzamiento complejo con el resto de las esferas de las políticas sociales, la cual contiene también los saberes técnicos, científicos y corrientes teóricas que participan en la disputa política por la definición hegemónica y la dirección que la misma política adquiere.

Afirmamos que nos encontramos en un momento de transición de la política de salud mental donde aún no están plenamente definidas las trayectorias que se van a trazar; podemos arriesgar dos tensiones entre perspectivas: un giro netamente conservador reivindicando sólo los postulados de la LNSM o un escenario de concreción de los derechos de los usuarios y trabajadores de la salud mental. Sabemos que es un planteo dicotomizado, no obstante lo subrayamos para exagerar dos tendencias que están en pugna y que van moldeando los itinerarios que esta problemática va atravesando.

Una advertencia obvia, pero no menos fundamental, que rescatamos de la definición de Alberdi: este proceso no ocurre aisladamente en el campo de la salud mental, con sus propias reglas, y en el juego con sus propios actores si no que es parte de las transformaciones societales en su conjunto; es decir, en relación a las características que adquieren las políticas sociales y del Estado Contemporáneo, a los procesos de globalización que se expresan, en los cambios societales, en las transformaciones en la subjetividad contemporánea y en los lineamientos políticos financieros del capitalismo actual.

¿Por qué centrar el estudio en el período 2010 a 2014? Porque creemos que la LNSM condensa los reclamos más importantes realizados a lo largo de décadas en el campo de la salud mental y a partir de su aprobación se crea un piso fructífero para encarar las reformas, canalizar las demandas de los distintos sectores que históricamente han reclamado una mejor atención. A la vez en estos cuatro años se generan tensiones y contradicciones entre los postulados universales de la Ley y las propuestas de políticas públicas y prácticas concretas, donde su análisis resulta relevante para pensar no sólo el campo sino también la intervención profesional.

Desagregamos un poco más el problema. Existe una vasta literatura sobre las “reformas psiquiátricas” donde se puede identificar sus dificultades, sus aciertos y la metodología para implementarlas, en esta línea se encuentra desde la psiquiatría democrática italiana en manos de Basaglia, pasando por la reforma de Río Negro –en nuestro país- y las reformas brasileña y española, entre otras.

Si bien se puede inferir que el desarrollo de estas reformas expresan diferencias entre sí, se puede identificar también que tienen como denominador común: **su rechazo al manicomio como institución central para el abordaje de la salud mental**, por considerar que no tiene valor en términos terapéuticos positivos. En este punto y con el aval de la LNSM se podría pensar que está claro que el manicomio (y sus lógicas) no sirven a los fines terapéuticos ni es deseable para estándares mínimos de derechos humanos. No obstante, consideramos que no existe tal claridad, ni se retoman los obstáculos o las dificultades que las reformas han enseñado ni la esencia de los planteos de la ley.

Un supuesto fuerte es que se utiliza un discurso progresista, se atomiza la ley a un discurso jurídico, tomando algunos puntos de las mismas, se intenta matizar algunas experiencias y fundamentalmente se verifica que hay una dispersión de planteos y experiencias que no logran tomar fuerza para imponer un planteo radical. Con lo cual, lo que sí está claro es que se trata de un proceso eminentemente político⁴, donde están puestas en juego perspectivas ético-políticas, definiciones teóricas y recursos de poder y económicos que son inherentes a una complejidad propia de los procesos socio-históricos.

Como antecedente fundamental a esta transformación legislativa, podemos mencionar que en el año 2008 nuestro país suscribe la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD (Ley 26.378). Su planteo se basa fundamentalmente en proteger los derechos de los usuarios, subraya con énfasis que no debe privarse a las personas de la posibilidad de elegir y actuar, siendo el principio rector la dignidad del riesgo. Esto es, el derecho de correr los riesgos y la posibilidad de equivocarse propios de la vida en comunidad. La CDPD exige que los Estados parte deben realizar las adecuaciones necesarias para que la misma se cumpla.

En idéntica dirección, en el campo específico de la salud mental, este marco paradigmático se expresa en la Ley 26.657 (LNSM), que cuestiona el constructo

⁴ Que es esencialmente la enseñanza que Basaglia nos dejó.

filantrópico y el modelo tutelar deficitario centrado en la enfermedad mental; establece un piso mínimo en garantía de derechos, siendo el Estado quién debe garantizar el ejercicio de los mismos. La normativa recupera los postulados de la OMS y la OPS respecto al desarrollo de un modelo de atención comunitaria, destacándose la Declaración de Caracas para la restructuración de la atención psiquiátrica de 1990, los Principios de Brasilia de 2005, rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental y el Consenso de Panamá de 2010 de la Conferencia Regional de Salud Mental, entre otras.

Nuestro país tiene diversas experiencias en reformas legislativas, políticas y prácticas en la temática de la salud mental. Una de las principales ha sido la provincia de Río Negro como pionera de las reformas; también tenemos la reforma en San Luis, Santa Fe, Chubut y la Ley 448 de Capital Federal, entre las más importantes. Lo cual evidencia un ímpetu transformador de algunos sectores y la necesidad inminente de cambiar el sistema de atención de la salud mental.

En relación a las voces del disenso, podemos mencionar a la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) como la entidad oficial que nuclea a los psiquiatras, así como la expresión del poder hegemónico en la salud mental, la que manifestó públicamente sus discrepancias con el texto de la ley. Básicamente en los siguientes puntos: la conformación del equipo interdisciplinario tratante en función de la evaluación de la internación, sobre la cual la asociación enfatiza que quién debe definir la utilidad de ella, debe ser el médico psiquiatra, por ser el profesional capacitado para efectuar un diagnóstico diferencial entre cuadros funcionales y orgánicos; y una evaluación del estado clínico general del paciente. También plantea que “la idoneidad y capacidad para el cargo de conducción y gestión de servicios o instituciones deberá ser encuadrada bajo los criterios establecidos en la Ley 17.132”, es decir, reservada a los médicos excluyendo al resto de las profesiones universitarias.

La APSA realiza una declaración pública donde enfatiza que es necesario una transformación de la salud mental y una defensa de los DDHH y del hospital

público como institución⁵, pero que la LNSM es irrealizable debido a la escasez de recursos materiales y humanos y que la misma se constituye en “un salto al vacío” porque en lo concreto termina desprotegiendo lo que dice defender.

Entendemos que ello expresa una forma elegante de intentar recuperar algo de su poder que se pone en cuestión en esta legislación. Al mismo tiempo, ha habido un curioso silencio o ignorancia del proceso, donde se podría arriesgar que encontraron la forma de convivir con el discurso progresista que no se ha traducido aún en una transformación concreta de la modalidad de atención en salud mental. Es más, podríamos sospechar que la APSA y los saberes más tradicionales del campo, han previsto inteligentemente que por más principios progresistas que haya si no hay una batalla política-ideológica y políticas públicas intersectoriales que acompañen el proceso, estaremos en presencia solo de un *aggiornamento*. En este punto, lamentablemente coincidimos con ellos.⁶

Para el desarrollo del trabajo, y a fin de profundizar en el estudio del problema planteado, tomaremos los análisis de algunas de las reformas sanitarias en salud mental contemporáneas llevadas adelante por otros países. No es el objetivo hacer una narración exhaustiva de dichas experiencias o tomarlas sólo como antecedentes de las transformaciones del campo de la salud mental, sino poder identificar los elementos problemáticos que se presentan y, fundamentalmente, el papel que juega el Estado como vehiculizador de las políticas públicas en dichos procesos.

5 Declaración de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental. 10 de Octubre de 2012.

⁶ El concepto *contrahegemonía*, desarrollado por Gramsci, da cuenta de los elementos para la construcción de la conciencia política en las diversas clases y sectores populares. Plantea los escenarios de disputa en el paso de los intereses particulares hacia los intereses generales, como proceso político clave hacia un bloque social alternativo. En esta lucha cobra importancia el terreno ideológico, y ello implica una reforma de las conciencias y los métodos de conocimiento. (Portelli, H., 2003) Se desarrollará este concepto para pensar las batallas ideológicas que el campo contemporáneo de la salud mental viene configurando.

Resulta interesante, para incluir en el análisis, la postura de Amarante (2005) respecto a la noción de *reformas*, ya que el término no deja de indicar una contradicción que puede posibilitar un desvío en una verdadera transformación⁷. Una de las cuestiones que Basaglia planteó en relación a las reformas es que si no se elimina el hospital psiquiátrico, aún actualizado humanizado, induce a viejas prácticas y continua siendo la causa principal de la enfermedad.(2005) Acordamos con esta perspectiva y de aquí en adelante cuando nos refiramos al término de reformas se trabajará en este sentido.

El análisis de las distintas reformas rescata las transformaciones pero advierten, que a pesar de más de una década de trabajo, el modelo psiquiátrico predominantemente asilar es aún hegemónico. Y sobre todo se corren riesgos de rutinizar, estandarizar y alienar las experiencias alternativas.

Resulta útil retomar el planteo de Alberdi (2003) sobre las distintas tendencias actuales en el campo reformador en la Argentina, donde él identifica tres líneas: **la tradicional (gradualista)** mostrando una tendencia modernizadora que apela al cierre gradual del manicomio a partir de sus descentralización periférica en centros de salud y primer nivel de atención; **la reformista radical** que apunta al cierre del manicomio pero preocupada por este proceso de transición y apelando a la responsabilidad Estatal vía políticas públicas integrales y la **abolicionista** que apuntan al cierre inmediato del manicomio y la desprofesionalización de la atención, rescatando el valor de la libertad para los pacientes y la creación de espacios micropolíticos. En esta dirección podríamos ensayar el supuesto de que hoy la política social en salud mental se encuentra bajo un discurso “abolicionista” cuyas líneas de trabajo se sostienen en una línea “tradicional”.

Podemos decir, que la LNSM ha partido las aguas de la historia de la salud mental en la Argentina, como expresión del paradigma de DDHH; ahora bien, no es

⁷ “Vimos que Rotelli [1990:19] reserva la expresión de reforma para los modelos psiquiátricos ingleses, francés y norteamericano, pues, para su entendimiento, esos modelos no pasaron de ser simples intentos de recuperación del potencial terapéutico de la psiquiatría clásica.” (Amarante. 2005:100)

posible considerar este paradigma jurídico internacional por fuera de las circunstancias históricas, sociales, institucionales en las que se torna visible y posible. (Llobet, V. 2010)⁸. Esto es lo que llamamos configuraciones del campo, a la compleja dinámica de instituciones, con actores, conflictos y dilemas particulares que se configuran entre la vida cotidiana y las exigencias de la política pública. Nuestra indagación localizará cuáles son las configuraciones actuales.

Entonces, podemos decir que nos encontramos en un momento de transición. Donde la normativa exige una transformación orientada a los derechos pero en el terreno político y asistencial persisten los núcleos duros manicomiales. Es decir, en los tiempos actuales las lógicas manicomiales persisten aún y lo nuevo no acaba de consolidarse. Parafraseando a Basaglia: cuando decía que el manicomio está dentro de nuestras cabezas, nos quiere decir que no basta con que una ley se imponga si no está acompañada de recursos reales y un trabajo ideológico/político (construcción de consenso social). Este momento de transición requiere un trabajo interdisciplinario y de análisis que pueda dar cuenta de la complejidad del campo actual donde podamos identificar cuáles son los elementos conservadores que persisten y qué formas novedosas intentan instituirse en la línea de una perspectiva de derechos. (Serra y Smuck: 2009)

1.3 Estrategia Metodológica

“A menudo la verdadera finalidad del viaje, o por lo menos la trama más apasionante de su recorrido, consiste en ir descifrando claves y enigmas, que vayan proponiendo a futuros visitantes caminos más seguros en terrenos ya transitados.”
(Muñoz, Sonia. 1998:153)

⁸ Valeria Llobet (2010) desarrolla su análisis en relación al paradigma de los derechos del niño impulsado por la Convención Internacional de los derechos del niño y las políticas del campo de las infancias, no obstante creemos que su planteo aporta para hacer una analogía a lo ocurrido en el campo de la salud mental.

La investigación se sustentará en un estudio **exploratorio y descriptivo** de corte **cualitativo**.

Entendiendo al campo de la salud mental como un espacio complejo y transdisciplinario, interesa acceder al mismo a partir de su procesualidad, en ese sentido los estudios cualitativos son los que revisten mayor fidelidad para captar dichos movimientos. Permiten captar el conocimiento de la dinámica interna de lo que se está estudiando.

La temática ha sido cuantiosamente estudiada desde distintas disciplinas lo cual involucra posiciones polémicas y evidencian posicionamientos disimiles, es intención en esta investigación explicitar aquellos que se vinculan con los objetivos de esta propuesta de trabajo.

El estudio de la situación en la provincia de Buenos Aires responde a un recorte espacial, que incluye solamente en el análisis las políticas públicas de salud mental de la provincia, pero que en algunos casos se encuentran condicionadas e influidas por las políticas nacionales. Este estudio excluye la indagación sobre el subsector de adicciones, que por razones de complejidad no podemos abarcar. El recorte temporal 2010-2014, se elige a partir de tomar la sanción de la LNSM como un hito fundamental para la transformación, y que a partir de ese momento podríamos visualizar con mayor claridad las disputas y tensiones en el campo, identificando elementos para la transformación.

En la estrategia metodológica es necesario aclarar cómo concebimos la realidad y cómo entendemos a la perspectiva de conocimiento para captar su movimiento. Acordamos con Kosik (1967), que la realidad es una totalidad concreta dialéctica; para el autor el conocimiento de la misma será a través de la dialéctica. Esto no implica que se pueda conocer todos los aspectos de la realidad y ofrecer un retrato tal cual de la misma, sino que es una teoría de la realidad y de su conocimiento como realidad (1967:56). Siguiendo este planteo, la realidad es algo que tiene su estructura, no es algo caótico que se desarrolla y no es dada de una vez y para siempre, no es un todo acabado. Desde esta perspectiva el conocimiento de la realidad es un proceso de concretización que procede del todo a las partes y de las partes al todo; es decir, excede procesos de sistematización

de conceptos y hechos apuntando a la compenetración y esclarecimiento de los conceptos, donde el todo existe en sí mismo en la interacción con las partes. (Kosik: 1967) Iñigo Carrera (2004) plantea la necesidad de conocer un campo poniéndolo en vinculación con el todo, es decir, con las contradicciones inherentes a la sociedad. La construcción de conocimiento es conocimiento acumulado producido socialmente, va incorporando los avances que se van realizando a un cuerpo de conocimiento. “Esto significa que desde un cuerpo teórico pueden incorporarse conocimientos producidos desde otros campos teóricos, en la medida que una lectura crítica haga coherente esa incorporación.” (2004: 21).

Entonces, para los autores la realidad no es evidente, requiere el conocimiento abordado por las teorías. No como algo cerrado, dogmático, sino como un conjunto de herramientas que permite orientar la reflexión y la observación de la realidad para lograr un nuevo conocimiento. “Nos dice qué mirar y qué es relevante para la resolución del problema que nos planteamos.” (Carrera, I: 2004:22)

Es decir, el campo de la salud mental es un recorte temático al que solo podemos acceder a su dinámica si podemos ponerlo en relación con el resto de las esferas del conocimiento. En este sentido llegaremos a un conocimiento inacabado, pero que tomaremos en su historicidad, y que nos servirá para obtener pistas futuras de análisis para pensar los procesos sociales.⁹

Para alcanzar los objetivos propuestos incorporamos la perspectiva etno-metodológica, lo cual no quiere decir desarrollar un estudio etnográfico clásico, si no tomar algunas de sus técnicas a fin de que nos ayuden a comprender el campo de estudio. La salud mental ha sido mi campo de inserción socio-ocupacional por más de diez años, lo cual implica un conocimiento de su dinámica y a la vez una naturalización de la misma. Es decir, aquí se encuentra la fortaleza para acceder a los datos pero también un desafío para generar cierto extrañamiento frente a los mismos. El enfoque etnográfico permite

⁹ En relación a lo social, Saul Karzs (2007) plantea que es transdisciplinario y es la materia prima de los trabajadores sociales. “El trabajo social une; las ciencias sociales y humanas separan.”(13) Plantea que la profesión tiene prácticas mestizas que corresponden a una problemática transdisciplinaria (económicas, políticas, ideológicas, éticas, etc) y que el desafío se encuentra en tener una visión de conjunto a partir de un trabajo teórico fundamental.

entonces preguntarnos acerca de lo obvio, problematizarnos sobre ciertas instancias cotidianas y deconstruir los edificios instituidos de lo social, es decir como plantea Guber (2001:126) “...es necesario someter el mundo propio al mismo análisis que el mundo ajeno.”

La inserción continua en el campo permite acceder a pistas, resultado de reflexiones y proyecciones de los datos del campo, hechas no tanto para dar cuenta de los procesos sino más bien para preguntarse por ellos, para construir mapas para guiarnos por tan complejos terrenos. (Serrano, J.F. 1998) Una etnografía es una interpretación problematizada del autor acerca de algún aspecto de la realidad, donde se someten los conceptos de las disciplinas sociales a la diversidad/ singularidad de la experiencia humana desafiando la pretendida universalidad de los paradigmas. (Guber, 2001) Es decir, se vale de técnicas no directivas, entrevistas abiertas y una “residencia” prolongada en el campo cuyos resultados se utilizan para la descripción, se trata de una metodología abierta que nos somete a reconocer una supuesta y premeditada ignorancia sobre lo que se sabe y nos dispone a aprehender la realidad en sus propios términos.

Lo que interesa aquí, mediante el diseño elegido, es reconocer la dinámica del campo de la salud mental, sus legalidades, presupuestos y políticas pero no como verdades absolutas ya instituidas, sino puestas en tensión con los procesos cotidianos de construcción de los actores que las llevan adelante, que las corporizan.

Desde esta perspectiva se recuperan las notas del campo realizadas durante las distintas reuniones y jornadas de las que he participado, centradas en el debate y el diseño de la política provincial en salud mental durante el período 2010-14, a fin de discutir y trabajar los principios de la Ley Nacional de Salud Mental y la elaboración de proyectos que se alinearan bajo estos postulados. A la vez que se retoman las crónicas de los distintos eventos realizados en este sentido. También se utilizaron los documentos oficiales producidos por la Sub-Secretaría de Adicciones de la provincia a fin de analizar el planteo político y las directrices que establecen para la política pública.

Otro elemento de suma importancia y que da el marco estructural a los datos que se analizan en este trabajo es el Informe: **“Implementación de la Ley Nacional de Salud**

Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013” producido para el Observatorio Social Legislativo de la Provincia, por el equipo al cual pertenezco “Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental”¹⁰ dependiente del Centro de Estudios Trabajo Social y Sociedad de la FTS/UNLP. La producción de este informe se desarrolló en simultáneo con el proceso de elaboración de la tesis, encontrándose en ambas producciones varios puntos en común.

Siguiendo a Giddens (2002) nuestro propósito es contribuir a comprender por qué los procesos se desarrollan de tal manera.¹¹ En este sentido tomamos a Goetz, J. y LeCompte, M. cuando plantean que: “A menudo es necesario que la recogida de datos preceda a la formulación final de las hipótesis” para contribuir a la obtención de datos con fines descriptivos y exploratorios (1988:33)

El enfoque etnográfico y el diseño cualitativo ofrecen alternativas para la descripción, interpretación y explicación del universo social, contribuyendo a la elaboración del retrato auténtico de una sociedad compleja y polifacética (idem).

Se incorporaron al diseño, entrevistas abiertas a informantes claves¹² involucrados en la temática, considerados actores dentro de las políticas sociales de salud mental. Esto es, funcionarios que tomen decisiones sobre las políticas y agentes que participen en las políticas de transformación. De esta manera las entrevistas no solo cumplen con el objetivo de brindar información para el análisis sino que incorpora lo que sus participantes piensan. En este punto se recurre a lo que el enfoque etnográfico menciona como **narraciones profesionales** (o historias profesionales), es decir, se recorta sobre esta

¹⁰ Grupo que conformamos las siguientes colegas, todas trabajadoras del campo de la salud mental: Andreoni M. Laura, Chabat Carolina, Rochetti Natalia, Rodríguez Noelia, López M. Noelia, Torres Jacqueline y Zunino Roxana.

¹¹ Si bien desde el enfoque etnográfico no acordamos totalmente con la premisa de Giddens de que un problema de investigación arranca desde un enigma, donde existe un vacío en nuestro conocimiento sobre un problema. Ya que ahí donde hay conocimiento sobre un problema, se trata de explorar de problematizar, como se construye ese problema, de producir extrañeza sobre lo ya conocido.

¹² Los informantes claves son individuos en posesión de conocimientos, status o destrezas comunicativas especiales y que están dispuestos a cooperar con el investigador. (Goetz, J. y LeCompte, H. 1988: 134)

porción significativa de vida del entrevistado, donde pueden suministrar datos de base significativos, así como un punto de partida para la realización de inferencias, formulación de preguntas sobre los escenarios estudiados. (ibídem)

De allí que se consideró relevante entrevistar a aquellos profesionales o funcionarios que de alguna manera y en distintos niveles se vinculan a la política pública de salud mental, ya sea en su diseño como su implementación. Se entrevistó a:

- Un funcionario de la Dirección de Salud Mental de la Pcia de Buenos Aires (E1)¹³
- Un trabajador, psicólogo, a cargo de un dispositivo “alternativo/sustitutivo” (E2)
- Una trabajadora psicóloga a cargo de un dispositivo “alternativo/sustitutivo” (E3)
- Una trabajadora, trabajadora social, que está inserta en varios dispositivos comunitarios para el tratamiento de las adicciones. (E4)

Asimismo, se recurrió al análisis de diferentes fuentes documentales divididas en dos ejes:

- A) Programas, planes y proyectos elaborados desde instancias oficiales en la provincia de Buenos Aires destinados a la atención y transformación de la salud mental, identificando sus lineamientos, presupuestos teórico-políticos y posible implementación: Plan Vuelta a Casa (D1); Consenso de Salud Mental y Adicciones del 3 de diciembre 2012 de la Provincia de Buenos Aires (D2); Lineamientos para el Programa Provincial de Salud Mental (D3).
- B) Crónicas de diferentes encuentros y reuniones que se han organizado en la provincia de Buenos Aires para discutir las prácticas del campo de la salud mental vinculadas a efectivizar los principios internacionales de DD.HH. y la LNSM, de las cuales he participado. Las crónicas son de elaboración propia, producto del registro o grabación de las discusiones llevadas adelante en los encuentros: Crónica Reunión con la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires 17/05/11 (C1); Reunión por la reglamentación de la LNSM FTS/UNLP, Julio 2011, organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental (C2); Reuniones Provinciales para el desarrollo de lineamientos para un Plan Provincial de Salud Mental. Hospital El Dique. 3/12/12 (C3) y 22/4/13(C4);

¹³ Las siguientes siglas entre paréntesis servirán para identificar a quienes o de dónde se extraen los datos del campo en el momento del análisis.

Registro Jornada en el Hospital Dr. Alejandro Korn. 14/02/14 (C5); Crónica Foro Debate Ley Provincial de Salud Mental en el Colegio de Trabajadores Sociales de Lomas de Zamora. 27/05/11 (C6); Jornada “Adecuación, sustitución y cierre de Hospitales Monovalentes” organizada por la OPS y el Hospital Dr. Alejandro Korn. Marzo 2014 (C7); Registro de las Jornadas Salud Mental: Prácticas en salud mental. Organizadas por la SADA; Hospital Dr. Alejandro Korn, UNLP. 24/9/14 (C8).

Capítulo I

“Mi propuesta es: tomémonos el tiempo de pensar
por qué hemos llegado aquí
y quién nos ha traído.

No nos dejemos atrapar en la trampa humanitaria,
que es otra de las grandes ideologías de hoy.”

(Slavov, Zizek)

Lineamientos generales para el análisis

La **guía inicial** teórica-metodológica para el análisis del trabajo de campo, documentos y los datos mencionados anteriormente se hace a partir de la indagación bibliográfica de la temática organizada a partir de los siguientes referentes teóricos:

- a) José María Alberdi y Mariela Mendoza, que desde el Trabajo Social, han hecho aportes significativos y sistematizados al análisis del campo de la Salud Mental,
- b) Los lineamientos internacionales, principios de derechos humanos y la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y
- c) la perspectiva de la complejidad de lo social y la dimensión subjetiva como ejes nodales de los análisis contemporáneos, expresados fundamentalmente en autores como Cornelius Castoriadis, Slavov Zizek y Jacques Alan Miller.

En estos tres puntos si bien mencionamos a los autores principales, no implica que no haya referencia a otros autores, o que los mismos se inscriban en la misma raíz teórica, pero sí estos referentes tienen un peso decisivo, en la línea teórico ideológica de análisis desarrollada.

En este apartado desarrollaremos un breve mapeo y caracterización de la situación de la política en salud mental en la Provincia de Buenos Aires a fin de delimitar las características del campo de análisis particular. Esta caracterización incluye una descripción de la red pública de salud mental, luego la identificación de la matriz

filantrópica como constitutiva del campo de la salud mental, realizamos algunas consideraciones conceptuales acerca de las reformas y contrarreformas psiquiátricas que nos brindan un marco de análisis para pensar las reformas actuales y finalmente puntuamos los trazos fundamentales que estableció la LNSM en los últimos años. Entendemos que el desarrollo de estos cuatro elementos consolida un análisis descriptivo del campo de investigación.

I. 1 Red pública de salud mental y adicciones y política pública en salud mental

El siguiente apartado caracteriza brevemente la situación de la política de la salud mental en la Provincia de Buenos Aires. Esta caracterización se construyó por un lado con los datos oficiales, que como veremos poseen algunos déficits de caracterización y los datos que construimos a lo largo del año desde el Grupo de Salud Mental y Políticas Públicas.¹⁴ El objetivo es dar un paneo general a la situación de la provincia, de manera acotada ya que por la complejidad y extensión de la provincia no puede abordarse en profundidad en este trabajo. No obstante, algunas de las marcas estructurales de la caracterización resultan fundamentales para dar marco al análisis de las entrevistas y documentos.

La “red”¹⁵ pública de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Buenos Aires posee una estructura de suma complejidad y matices, siendo la provincia con mayor población y cantidad de efectores de salud del país.

La provincia se divide en 12 regiones sanitarias, concentrándose en las regiones XI y VI la oferta de atención a la salud mental, por hallarse en esas zonas los tres grandes hospitales monovalentes de la Provincia.

¹⁴ Para más información ver: Informe: Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013” producido para el Observatorio Social Legislativo de la Provincia, por Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental. Dependiente del Centro de Estudios Trabajo Social y Sociedad de la FTS/UNLP

¹⁵ El encomillado en este caso refiere a que como veremos la estructuración de la política en salud mental, si bien presenta rasgo de red en algunas zonas en otros aparece sumamente fragilizada, no obstante así se la denomina desde los documentos y página oficial.

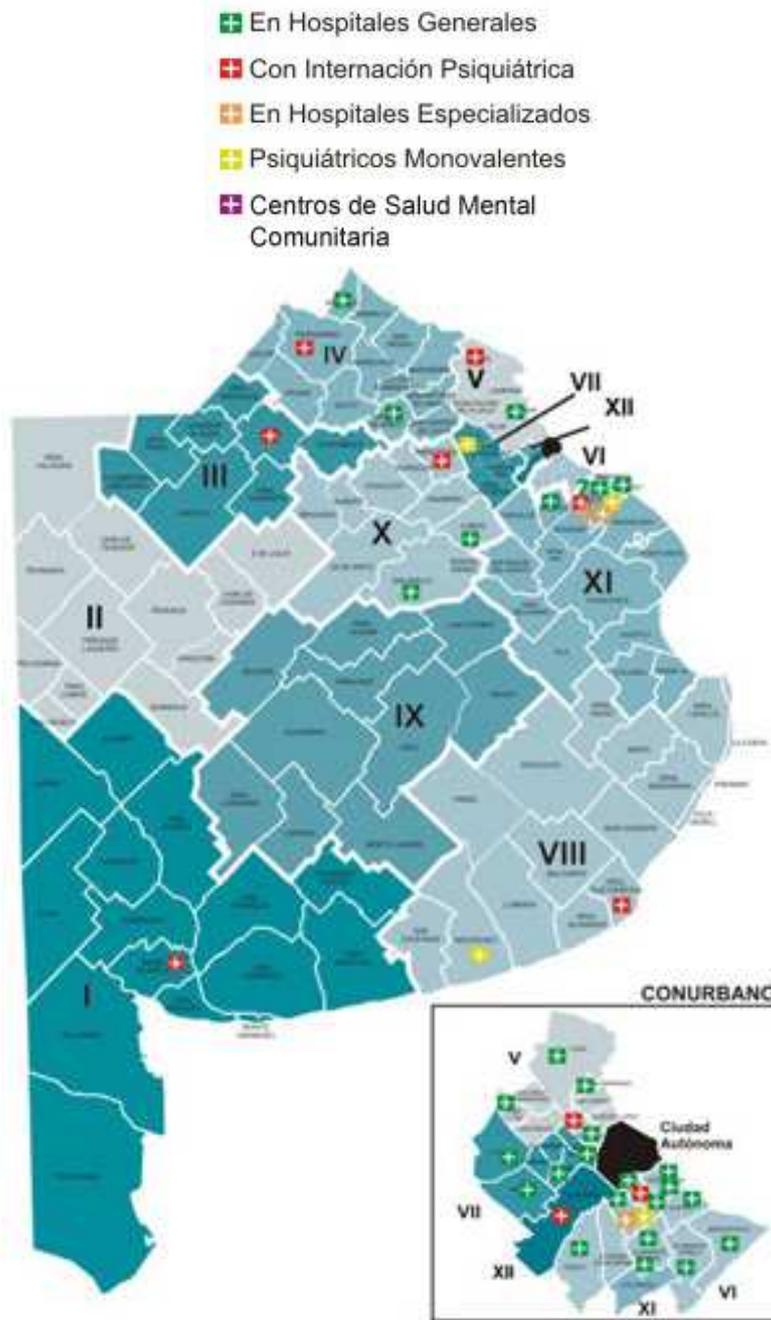


Gráfico extraído del sitio web de Dirección Provincial de Salud Mental, disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/guia-de-recursos/> consultado en Octubre de 2014. Nótese que aquí no se incluyen los Centros Provinciales de atención ni los centros integrados de Salud Mental y Adicciones.

Los efectores provinciales comprenden 77 hospitales¹⁶ entre interzonales, zonales y subzonales generales y especializados configurando una red hospitalocéntrica que relega la organización del primer nivel de atención en las instancias municipales.

A grandes rasgos esta red se caracteriza por un modelo asistencial centrado en grandes hospitales monovalentes, hospitales especializados, hospitales generales y centros de atención a las adicciones, con una escasa coordinación entre los niveles municipales, regionales y provinciales.

Según el Informe realizado por la OMS a partir del Instrumento de Evaluación de Salud Mental del año 2009 (versión 2.1) el sector público de atención es altamente significativo ya que se calcula que un **60% de la población** bonaerense sólo cuenta con la cobertura de los hospitales públicos. Teniendo en cuenta este dato el presupuesto destinado a salud ha sido escaso constituyéndose en el 2007 en 4,2 % del presupuesto total y al 2013 nos encontramos con un **6,59% del presupuesto** destinado a la salud en general¹⁷.

A la vez que se crea la Subsecretaría de Salud Mental y Atención de las Adicciones (unificando la SADA y la Dirección de Salud Mental) por la Resolución N° 3.695 en agosto de 2012 pasando a la órbita de dicha Subsecretaría los hospitales monovalentes, lo cual permitiría comenzar a tener otro presupuesto que se destine a la creación de los servicios sustitutivos de base comunitaria. De todos modos todas las recomendaciones internacionales para la transformación plantean que inicialmente se debe destinar al menos un 15% del presupuesto total para organizar las reformas.

En noviembre de 2013, mediante la Ley 14.580 nuestra provincia adhiere a la LNSM, dando un plazo de 36 meses para instrumentar las reformas necesarias que se plantean en esta ley.

¹⁶ Además de otros organismos específicos como 6 Unidades de pronta atención, un centro de ablación de órganos y un instituto de hemoterapia

¹⁷ Datos, obtenidos del presupuesto 2013 de la Provincia de Buenos Aires, por la estructura ministerial, la Dirección Provincial de Salud Mental no dispone de presupuesto propio y no se cuenta con datos públicos de cuál es el presupuesto para este sector.

La provincia de Buenos Aires tiene entre el sistema público y privado **4.652 camas**, es decir, 26 camas por 100.000 (IESM/OMS 2009). El sistema de salud público cuenta con una oferta de 329 dispositivos de internación. De estos últimos, 29 tienen camas asignadas para la internación de personas con trastornos psiquiátricos. Al 2009 se contaba con 4.652 camas, de las cuales el 90% correspondía a internaciones de personas con estadía prolongada y el 83 % se concentraba en grandes hospitales psiquiátricos.

El débil registro epidemiológico a nivel provincial y programático y el de las propias instituciones de salud hace difícil realizar un diagnóstico claro y contundente de la provincia. Entendemos que este obstáculo debe ser uno de los primeros a revisar.

A los fines de la descripción de la “red”, agruparemos por las características de las instituciones en Hospitales monovalentes y hospitales especializados; hospitales generales y centros prevención de adicciones.

Hospitales Monovalentes

Existen tres grandes hospitales neuropsiquiátricos dependientes de la Provincia de Buenos Aires que nuclean la mayoría de camas: Hospital Esteves de Temperley (internación solo para mujeres, 1.023 camas); Hospital Dr. Domingo Cabred (Opendoor 1.173 camas) y el Hospital Dr. Alejandro Korn (internación mixta 1.150 camas) Es decir estas instituciones concentran el 29% de camas de toda la Argentina¹⁸ y están localizadas en la zona de Gran Buenos Aires y Gran La Plata. (R. XII y RVI)

Estas instituciones concentran a más de 3.000 profesionales de distintas disciplinas, además de ser la referencia en la atención de la salud mental en la zona y absorben más del 80% del presupuesto destinado a salud mental, y de ese 80% la gran mayoría es destinado a la compra de medicación y pago de salario de los trabajadores.

¹⁸ Tomando un total de camas para el país de 11.532 (relevamiento realizado por Ministerio de Salud Nacional por jurisdicción Año 2010) Cabe aclarar que este número ha ido descendiendo, en conjunto con la cantidad de internaciones en los últimos años, pero no contamos con los datos oficiales. En declaraciones oficiales el ministro de salud Dr. Collia menciona que: “En el Korn de Melchor Romero, hoy se alojan unos 700 pacientes con problemas de salud mental.” (disponible en <http://www.consensosalud.com.ar/en-bs-hay-33-menos-de-internaciones-prolongadas-en-neuropsiquiaticos/> consultado septiembre de 2014)

El gran desafío de la transformación conforme a los postulados de la ley está en reconvertir estas instituciones y redirigir esos fondos para el sostenimiento de dispositivos de base comunitaria.

En función de estos datos, es que volvemos a subrayar que hegemónicamente la atención en salud mental aún está organizada en un sistema manicomial y asilar organizado a partir de lo farmacológico.

Cuadro. Distribución de camas para la atención de salud mental en sector público. Pcia de Buenos Aires, Argentina Mayo 2010.

	En Prov. de Bs. As.	Según estándar internacional
HOSPITAL MONOVALENTE	92,6%	5%
HOSPITAL POLIVALENTE	7,4%	95%

Fuente: Informe: “Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013” producido para el Observatorio Social Legislativo de la Provincia, por Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental. FTS/UNLP.

Hospitales Subzonales Especializados

Estas instituciones que si bien, podrían ser considerados como monovalentes, no pueden analizarse en la misma serie que los anteriores por su tamaño, la población a la que atienden y su dinámica.

El Hospital Neuropsiquiátrico Taraborelli se encuentra en la zona de Necochea, es el único monovalente, hacia el sur de la provincia, cuenta con 93 camas.

“Luego se encuentran los hospitales especializados Ramos Mejía (70 camas mujeres); José Ingenieros (70 camas varones) y San Lucas (40 camas mixto), que comparten la característica de haber sido institutos de menores y haber pasado de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de salud. Los tres se encuentran en

la zona de La Plata. Son instituciones con un gran componente asilar. Por las características de la población que padecen diagnósticos de retrasos mentales severos, en su gran mayoría se convierte en un circuito de circulación cerrada donde no existe un trabajo de externación con la población. Por ejemplo la población internada en el Hogar San Lucas al cumplir su mayoría de edad o complicarse su situación de salud pueden ser derivados al Hospital José Ingenieros o al Ramos Mejía; Una vez que esta población llega a la adultez, es el Hospital Alejandro Korn quien recibe gran parte de esta población, donde el carácter asilar se perpetua en el paso por cada una de las instituciones.

Son instituciones con componente y dinámica asilar. Las características que presenta la población que allí se asiste está referida a personas que presentan diagnósticos de retrasos mentales severos, que han ingresado hace mucho tiempo a la institución, con escasos o inexistentes lazos vinculares y familiares.

Luego se encuentra el hospital Dardo Rocha de Urubelarrea en Cañuelas para adultos con las características anteriormente mencionadas, por los que se los ha considerado dentro de la categoría explicitada.¹⁹

En lo que respecta a la oferta de atención en hospitales generales y polivalentes la cantidad de camas es significativamente menor en comparación con las plazas monovalentes.” (Informe: “Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013” producido por Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental. FTS/UNLP. 2014: 27)

Tipo de efectores y de prestaciones en materia de salud mental y adicciones.			
Red hospitalaria bonaerense 2013			
Efectores monovalentes	8	Solo internación	Internación + centros comunitarios

¹⁹ Cuando mencionamos camas en Hospitales monovalentes nos referimos a “Camas de larga permanencia/estadia - cama hospitalaria cuya utilización supera la media de permanencia de treinta días.” GLOSARIO SERVICIOS DE SALUD DEL MERCOSUR.MERCOSUR/GMC/RES N° 21/00.

			+ consultorio externo	
		4	4	
Efectores no monoivalentes con prestaciones en Salud Mental	41	Solo consultorio externo	Consultorio externo + internación breve	Consultorio externo + centro/hospital día
		27	11	3
Efectores no monoivalentes sin prestaciones en Salud Mental	28			
total	77			

Fuente: Informe: "Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013" producido para el Observatorio Social Legislativo de la Provincia, por Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental. FTS/UNLP.

De los datos aportados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, surge que solo 11 efectores ofrecen internación en materia de salud mental y adicciones por fuera de los hospitales monoivalentes. Esto representa un 26,8% dentro de la red de efectores no monoivalentes que ofrecen aunque sea una modalidad prestacional en salud mental, y solo un 15,9% si consideramos la totalidad de hospitales no monoivalentes de la red hospitalaria integrada por 69 de los 77 hospitales públicos bonaerenses.

Si consideramos el tipo de prestaciones registradas en salud mental en efectores monoivalentes se identifica que la totalidad se define por la oferta de internaciones con características asilares. De los 8 efectores considerados dentro de esta categoría, se identifica que mayoritariamente los monoivalentes neuropsiquiátricos presentan

modalidades ambulatorias como consultorios externos, y hospitales/centros de día de base comunitaria a diferencia de los subzonales especializados destinado a la atención de personas con discapacidad intelectual (retrasos mentales) que persisten con hegemonía de propuestas de internación. (Idem: 31)

Todos los hospitales monovalentes de la provincia presentan algún tipo de dispositivo y/o programa alternativo o de base comunitaria, si bien los mismos deben ponerse en tensión con la cantidad de profesionales para sostenerlos y la población a la que asisten.

La modalidad prestacional hegemónica es la de internación de media y larga estancia, lo que define un marcado componente asilar en detrimento de prestaciones ambulatorias tales como consultorios externos y centros u hospitales de día. Las practicas exigidas por el marco normativo no pueden generalizarse sino que se desarrollan en forma concentrada en los hospitales/centros de día, así como en experiencias aisladas intrahospitalarias fundamentalmente orientadas a la externación asistida.

“Los centros/hospitales de día desarrollados por estos efectores, mantienen una limitación funcional ya que como parte de las estructuras monovalentes y ante las limitaciones de recursos, se han constituido prioritariamente en forma subsidiaria a los servicios de internación funcionando como usinas de externación de personas previamente institucionalizadas; esta característica limita y dificulta su apertura comunitaria. Es decir, que atienden a la propia población de larga estancia configurando una suerte de “circulación endógena”. Por ejemplo, el centro de día del Hospital Esteves atiende a una población de 200 personas, cuando tiene más de mil camas de internación; el Hospital Dr. Alejandro Korn tiene 3 centros de día que atienden una población de 200 personas, cuando hay más de 900 camas de internación.” (Idem: 48)

También es de destacar la participación de profesionales y estudiantes ad-honorem en estas instituciones que resulta significativa para el sostenimiento de diversas actividades, como ser talleres o actividades de externación.

La totalidad de las instituciones cuentan con residentes de distintas especialidades, lo cual implica que los hospitales monovalentes son también hospitales escuelas que

transmiten prácticas y valores. Subrayamos nuestra preocupación respecto de que los procesos de enseñanza- aprendizaje se encuentren atravesados por los principios de la LNSM.

En este sentido, tanto las Direcciones hospitalarias, la Dirección de Capacitación de profesionales de la salud de la provincia y las distintas Universidades que forman profesionales (tanto en la formación de grado, posgrado como en la elaboración de preguntas del examen de ingreso a las residencias de salud), serán instancias fundamentales que deberán exigir y observar los procesos de capacitación bajo estos lineamientos.

Los Centros Provinciales de Atención

Los CPA de la provincia presentan una estructura compleja y de una cobertura territorial amplia a lo largo de toda la provincia; en este sentido, en comparación con las otras dos estructuras anteriores, la inserción territorial y comunitaria son mucho mayores. Así mismo también son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios que atienden a personas afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias y que tienen inserción en cada municipio de la provincia. Cuenta con 212 servicios de modalidad ambulatoria y 7 efectores de internación propios, a los cuales deben sumarse los efectores conveniados.

Hospitales Generales

En función de los postulados de la LNSM y las directivas provinciales del Ministerio de Salud, se ha bregado por la implementación de camas psiquiátricas en los hospitales generales, esto reviste algunos conflictos con cada una de las instituciones. En la mayoría de las presentaciones oficiales y documentos analizados, este es el eje principal donde las autoridades quieren producir la transformación del sistema de atención.

No obstante, puede indicarse como tendencia que varios hospitales han comenzado a incorporar algunas plazas. Según el relevamiento realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010) el 92,6% de camas de internación

corresponde a los monovalentes, el 7,4% corresponde a Hospitales generales. Si bien se están abriendo o fortaleciendo los servicios de internación en estos dispositivos, los mismos resultan insuficientes. A modo de ejemplo podemos mencionar a partir de los datos relevados el Hospital Iriarte de Quilmes (10 camas); el Hospital San Martín de La Plata (10 camas), el Hospital de Pergamino (40 camas); el Hospital Penna de Bahía Blanca (100 camas), entre otros.

Creación de Servicios y programas provinciales

En el año 2013, se pone en marcha en la ciudad de Berisso (PBA) el primer Servicio Integrado de Salud Mental y Adicciones, el mismo se construye sobre la estructura del CPA, incorporando a profesionales del área de salud mental, funcionando con una modalidad de trabajo comunitario y atención terapéutica.

“La puesta en marcha de este dispositivo se da en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, Nº 26.657, cuya implementación requiere la creación de espacios de atención integral de base comunitaria, que permitan la integración progresiva de las personas que padecen problemas de salud mental y adicciones. Por medio de estos dispositivos, además, se pretende potenciar el trabajo con referentes comunitarios con modalidades operativas orientadas por los principios de corresponsabilidad e intersectorialidad.” (Publicación oficial de la SADA, 19/05/14, disponible en <http://www.sada.gba.gov.ar/prensa/noticia.php?idnoticia=31113>)

También en el 2013, se lanza el Programa de Atención de la Salud del Adolescente, la cual es una iniciativa abocada a la creación de Unidades de Promoción de Salud y Atención Integral del Adolescente en el ámbito del hospital público de la provincia de Buenos Aires localizado en el Hospital Subzonal Especializado “Elina de La Serna de Montes de Oca”.

En palabras del Subsecretario de de Salud Mental “Queremos trabajar con los adolescentes y la salud mental, no desde la patología psiquiátrica, sino desde la promoción de hábitos saludables y contemplando que la realidad de cada joven es

diferente según el lugar donde vive” (disponible en http://www.sada.gba.gov.ar/salud_mental/adolescente.php)

El Hospital Subzonal Especializado Dr. Ramos Mejía, de la ciudad de La Plata, incorpora como proyecto institucional el Programa de Externación con Apoyos para personas con Discapacidad Mental, un trabajo que promueve y propicia las condiciones necesarias para desarrollar la vida independiente y lograr la externación definitiva en la sociedad, esto se realiza con la redistribución propia de los recursos de la institución.

Así mismo, los profesionales del Hospital Ramos Mejía declaran que “Esta tarea se desarrolla a partir de la inclusión de cuatro jóvenes en un trabajo normalizado a través del Ministerio de Trabajo de Nación mediante el Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo, Acciones de Entrenamiento para el Trabajo.” (Disponible en <http://www.sada.gba.gov.ar/prensa/noticia.php?idnoticia=30864>)

Algunos elementos presupuestarios

A continuación se explicitan algunos indicadores presupuestarios en base a los años 2013 y 2014 en relación sobre las partidas asignadas a los efectores monovalentes provinciales. El interés de estos datos es evidenciar la concentración presupuestaria que aún persiste en estas estructuras.

Cuadro. Presupuesto en Salud y en Salud Mental 2013-2014. Elaboración Propia. Fuente: Ley de Presupuesto General de la Provincia de Buenos Aires: 14393/14.552

	2013	2014	AUMENTO / DISMINUCION
Ministerio de Salud. PRESUPUESTO	9.165.025.966,00	12.211.287.460,00	33%
Hospital Estevez	87.112.900,00	108.399.589,00	24%
Hospital Cabred	113.706.400,00	121.949.910,00	7%
Hospital Taraborelli	13.380.700,00	20.174.214,00	51%
Hospital Alejandro Korn	251.531.865,00	290.356.456,00	15%
Participación Salud Mental (ABSOLUTO)	465.731.865,00	540.880.169,00	16%
Participación Relativa Salud Mental s/ Presupuesto Salud	5,10 %	4,43 %	-13,13 %

Fuente: Informe: "Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013" producido para el Observatorio Social Legislativo de la Provincia, por Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental. FTS/UNLP.

Es decir, si bien el presupuesto en términos **absolutos aumentó** de un año para el otro, de 465 millones a 540 millones, en **términos relativos**, es decir el porcentaje que le corresponde a salud mental del presupuesto total de salud, el mismo disminuyó en un 13,13%.

Cuadro. Porcentaje del Presupuesto en Salud Mental que tienen los monovalentes. 2013. Elaboración Propia. Fuente: Ley de Presupuesto General de la Provincia de Buenos Aires: 14393/14.552

	% del total presupuesto SM 2013
PRESUPUESTO SM. 2013 \$465.731.865,00	100%
Hospital Estevez	18%
Hospital Cabred	24%
Hospital Taraborelli	3%
Hospital Alejandro Korn	54%

Fuente: Informe: "Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de Derechos Humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. Año 2013" producido para el Observatorio Social Legislativo de la Provincia, por Grupo de Estudios: Políticas Públicas y Salud Mental. FTS/UNLP.

En estos dos cuadros se identifica lo que se destina del presupuesto en salud mental a cada monovalente. A la vez, cómo de un año a otro, el proporcional del presupuesto en salud mental del total de presupuesto provincial general disminuyó, cuando tendría que haber aumentado, en pos de solventar las transformaciones planteadas en la LNSM.

Aún no se ha planteado un proyecto presupuestario oficial donde se re-direccione lo que se destina a los hospitales monovalentes para servicios de base comunitaria. Es decir, el costo de cada cama que se da de baja en un monovalente debería direccionarse a la constitución/refuerzo de instituciones sustitutivas. Este reclamo ha sido realizado en las diversas jornadas, reuniones e instancias oficiales sin poder llegar a un acuerdo. Aquí se combinan una cuestión burocrática que dificulta la redistribución de los recursos, el déficit del presupuesto de salud general que hace que toda liberación de gasto sea reabsorbida por otra áreas críticas, las mismas estructuras manicomiales que se sostienen de manera muy precaria y la falta de decisión política de asumir una programática presupuestaria.

El presupuesto para el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, aprobado durante el 2013 para el año 2014 es de 6,77 % del presupuesto total anual, de ese monto solo el 4,43% (\$540.880.169,00) está destinado a salud mental y de ese monto la totalidad es absorbida por los cuatro grandes monovalentes de la provincia. El Ministerio de Salud de Nación, otorga partidas presupuestarias vía programas y becas para profesionales y trabajadores pero no contamos con los datos fehacientes de los montos.

Luego cada hospital puede re-direccionar este presupuesto en proyectos alternativos que lleve adelante cada institución, pero los datos de distribución del dinero hacia el interior de cada hospital no se encuentran disponibles. En este punto queda a voluntad de cada institución como ejecutar su presupuesto y de la relación política que posea con la instancia ministerial.

Política Asistencial en Salud Mental

A lo largo de los últimos diez años, la única política específica²⁰ a nivel provincial para los usuarios de salud mental ha sido el Programa “Vuelta a Casa” realizado mediante un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social Provincial y el Ministerio de Salud, en el año 2004.

Consiste en un extipendio de 280\$ para las personas internadas en los sectores de salud mental y que inician un proceso de externación.

Los requisitos son: tener el alta o pedido de alta médica, es decir es requisito haber estado internado y el DNI. En sus comienzos se le solicitaba a un “familiar/ responsable que cobre la beca” (D1) Producto de fuertes reclamos de los servicios sociales ante este punto es que se pudo modificar. Claramente este requisito apunta a la des-responsabilización de la persona, sin tomar en cuenta de que se trata de personas adultas que en su mayoría van a vivir solos, pero aunque así lo fuera, se da por hecho que los familiares deben encargarse de administrar el dinero.

²⁰ Con específica, nos referimos a aquella que contemple las particularidades de las personas con padecimiento mental severo y las consecuencias que las internaciones prolongadas y los procesos de institucionalización producen.

El familiar o la persona, debe firmar un acta compromiso donde se explicita que se va a destinar ese dinero al usuario de salud mental.

“El familiar responsable se compromete a: a) Participar de los espacios de orientación y Prevención de recaídas que ofrecerá el equipo profesional tratante; b) brindar al mismo trato cordial, evitar situaciones de agresividad verbal y/o física; c) fomentar la autonomía del externado en las actividades de la vida diaria; d) seguir indicaciones del equipo profesional; comunicar las situaciones de sintomatología o interacción que generen conflictos, colaborar en la administración de medicamentos, e) informar sobre el uso del dinero de la beca, que deberá aplicarse a sostener los cuidados detallados más arriba” (D1)

Esta enumeración de funciones no requiere demasiado análisis, en primer lugar por el monto percibido, pero en segundo lugar por la presunción de que la familia será violenta y malgastará el dinero. Volviéndose el texto un mecanismo expulsivo del tratamiento para las familias. Si bien luego de los años no hay un contralor sobre este requisito, y se ha vuelto solo un trámite burocrático, los formularios con estos contenidos no se han cambiado.

El formulario finaliza, en la misma línea con lo siguiente: “Las partes se notifican que será motivo de cancelación o suspensión de la beca: - Que la persona externada no reciba los cuidados requeridos y/o no se realice tratamiento indicado; La indebida afectación de los fondos; la reinternación de la persona beneficiaria.” (D1)

Aquí aparece con toda su fuerza el imperativo filantrópico, donde hay que decirles a los pobres y locos en que gastar su dinero. No es casual que se asignara a los servicios sociales la función de gestionar este programa. Tampoco se toma en cuenta el alto índice de recaídas de las personas que tienen un padecimiento mental, que muchas veces es producido por el primer elemento que se menciona: “No recibir los cuidados requeridos y/o no se realice tratamiento indicado”. Se afirma esto con una actitud de ajениdad como si no fuera la propia institución que tiene que garantizar este derecho y no solamente el derecho de la persona que recibe el programa.

Más que lo mencionado el programa no posee una programática ni una fundamentación.

El responsable del programa (E1) menciona que comenzaron con 750 becas y hoy sólo tienen 285 porque se ha dejado de tramitar, el supone que por los bajos montos. Otro cuestión es la nominación del programa “Vuelta a Casa” como si mayoritariamente las personas externadas del hospital volvieran a sus casas. Generalmente se estructuran nuevos proyectos habitacionales, ya sea solos como con compañeros del hospital.

No existe una fundamentación del programa ni un proyecto, en entrevista con el encargado (E1), menciona que es un acuerdo, “que se cobra como si fuera los viejos planes bonaerenses” y que claramente ha quedado desactualizado de las necesidades que conlleva una externación.

Luego se suma el Subsidio por Externación del Poder Judicial Provincial²¹, que asciende a \$700, pero solo corresponde para aquellos usuarios que se encuentren bajo la tutela de la Curaduría según ley 10.315 y su texto modificatorio 11.317. Esto implica una renovación burocrática cada 6 meses y una entrevista domiciliaria por parte de la trabajadora social que se encarga de gestionar el subsidio. Es decir este recurso solo sirve para aquellos que estén bajo la órbita judicial.

Las Pensiones por discapacidad provinciales del IPS, no superan los 400\$, a pesar de su bajo monto suele recomendarse para tramitarla cuando se necesita que cuenten con la Obra social –IOMA.

Otro de los recursos existentes son Las pensiones no contributivas, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que tienen un monto de 1800\$ y cuentan con la cobertura social de PROFE.

En estos dos últimos recursos muchas veces se genera el malentendido de que la persona requiere un trámite de insania para gestionar el recurso, lo cual no es necesario. Permanentemente se confunde a la discapacidad, con el padecimiento mental y la

²¹ Ley 10315 Externación enfermos mentales. Régimen Especial. “Las prestaciones a que se refiere la presente ley serán otorgadas por la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires a propuesta de la Curaduría Oficial de Alienados y previa conformidad del señor Procurador General” (art. 2)

capacidad jurídica, como si fueran sinónimos de una misma situación. También los equipos hemos hecho uso de este malentendido a la hora de generar estrategias para la obtención de recursos, frente a la fragmentación de la política asistencial.

La nominación que le ha dado la política asistencial a las personas con padecimiento mental, habla del lugar que tiene el sujeto dentro de la política, y de las nociones subyacentes y categorizantes de los enunciados. Tenemos la persona no responsable del Vuelta a Casa; el enfermo mental del Subsidio Judicial, y el discapacitado del resto de los programas que frente a la ambigüedad del concepto, revierte una plasticidad que podría utilizarse casi para cualquier situación.

Algo similar ocurre con los pases de transportes donde es necesario una junta interdisciplinaria que certifique la discapacidad en el “certificado de discapacidad”, el cual les permite acceder a diversas prestaciones de manera gratuita o subsidiada. En el apartado siguiente realizaremos algunas reflexiones sobre este punto, donde se sitúa de manera conflictiva a los padecimientos mentales dentro de la discapacidad.

Hasta aquí la caracterización a grandes rasgos de la situación de salud mental en la provincia de Buenos Aires. En el informe mencionado en este apartado, se identificaron obstáculos estructurales en los procesos de transformación de la política en salud mental, que caracterizan fuertemente al campo. Podemos agruparlas de la siguiente manera:

-Persistencia de construcciones culturales e ideológicas en torno a los padecimientos de salud mental (fundamentalmente la idea de peligrosidad de la persona con padecimiento mental).

-Ausencia de planes estratégicos definidos en forma gubernamental y participativa, con monitoreo y contralor para la sustitución definitiva de los efectores monovalentes. Todos los hospitales monovalentes tienen planes de transformación institucional en base a los lineamientos de la LNSM, pero sin una coordinación general provincial. A la vez que por la magnitud que tienen estas instituciones y al no haber otros dispositivos que puedan encargarse de la población, las reformas se encuentran abocadas a la propia población que se encuentra alojada allí. Sin poder consolidar una apertura hacia la comunidad para la atención de la salud mental.

- Persistencia de las derivaciones judiciales y de hospitales generales a los efectores monovalentes
- Abordaje interdisciplinario: Por ejemplo, en la mayoría de los dispositivos de guardia no se garantiza a los usuarios una instancia de evaluación interdisciplinaria e integral por no contar con profesionales idóneos.
- Dificultades en la implementación de programas de desmanicomialización dentro de los hospitales.
- Ausencia de un plan provincial de salud mental y adiciones que se operativice en programas y políticas intersectoriales
- Inadecuación de las obras sociales.
- Situación de los trabajadores de la salud: se evidencia dificultades en cuanto a las condiciones de contratación los profesionales, algunos de los cuales no están reconocidos dentro de la carrera hospitalaria por lo que desde hace tiempo atraviesan conflictos gremiales que obturan el avance de servicios integrados que potencien la red territorial de SADA. La ausencia de nuevos nombramientos de profesionales, la escasa absorción del sistema de residencia para el trabajo de planta, la escasez de profesionales capacitados en enfermería comunitaria, la incorporación de disciplinas más allá de las tradicionales, como ser abogacía, antropólogos, comunicadores sociales, talleristas, profesores de arte, entre otros.
- Contralor judicial con perspectiva de DDHH: la articulación con los organismos dependientes del poder judicial, fundamentalmente tribunales y curadurías, se constituye en un gran obstáculo a la hora de construir un abordaje intersectorial. En tanto las prácticas de los operadores judiciales no han sufrido grandes transformaciones a la luz de los principios de la LNSM o bien han sido transformadas parcialmente, rigiéndose básicamente por el código civil. No se ha creado el órgano de defensa de acuerdo al artículo 22 de la LNSM.

I. 2 La salud mental constitutivamente filantrópica

En relación a los desarrollos teóricos de la salud mental existen una serie de autores que han profundizado exhaustivamente su configuración socio-histórica y los elementos fundamentales de sus problemáticas. Entre los más importantes y sistemáticos podemos nombrar a Foucault²², Robert Castel, Erving Gofman y Franco Basaglia. Siguiendo todo una línea de autores e intelectuales argentinos que podemos englobar dentro de lo que llamamos movimiento de salud mental y derechos humanos, ligado a las Madres de Plaza de Mayo: Kazi, Barembilit, Saidon, Vicente Galli, Tato Pavlosky y Emiliano Galende. Otra referencia importante la encontramos en Brasil, donde hay una gran producción de autores que trabajan la temática, cuyos referentes principales son: Paulo Amarante y Eduardo Mourao de Vasconcelos.

Los autores mencionados pueden pertenecer a distintas perspectivas teóricas y sus indagaciones abarcar distintos objetivos pero todos han hecho aportes sustanciales a la hora de comprender el campo de la salud mental.

Por las características de esta investigación no se tomarán a todos ellos como referencia pero si es necesario aclarar que sus influencias están presentes en las discusiones de las problemáticas sobre salud mental y que los autores que sí se trabajan aquí contienen parte de sus desarrollos.

En este estudio se trabajará principalmente con tres referencias teóricas para analizar los datos obtenidos del trabajo de campo y que entendemos que han sido una contribución valiosa para pensar la política pública de salud en la Argentina. a) El recorrido que realiza el trabajador social José María Alberdi respecto al análisis de las reformas sanitarias en Argentina. b) El desarrollo de la persistencia hegemónica de la modalidad de atención en salud mental centrada en lo manicomial en la Provincia de Buenos Aires, realizado por la Trabajadora Social Mariela Mendoza donde se ubica el fuerte carácter filantrópico y humanista del campo; lo cual será la articulación principal con la disciplina

²² Principalmente sus dos volúmenes de Historia de la locura, pero también el estudio de la temática estará presente en Vigilar y Castigar, La vida de los hombres infames, Los anormales, y en casi toda su obra se encontrará la crítica a las instituciones de control y una reflexión sobre la subjetividad de la época.

del trabajo social c) La reconstrucción histórica de la modalidad de asistencia en salud mental en la Provincia de Buenos Aires hecha por Alejandro Vanier y Enrique Carpintero. El propósito es hacer confluir estas tres referencias a fin de poder brindar algunas claves para leer la coyuntura actual.

Según Mendoza (2009) en nuestro país, los orígenes de la atención en salud mental se organizó en base a los valores alienistas y en cada época histórica fue influido por las distintas “reformas psiquiátricas.” Según la autora la intervención filantrópica tendrá una fuerte injerencia en el abordaje de la salud mental hasta el gobierno peronista, momento en el que los hospitales y hospicios que dependen de las instituciones religiosas y de beneficencia pasan a funcionar bajo la administración del Estado. No obstante pese a que la corriente higienista en este momento histórico, modificó todo el sistema de salud, la salud mental siguió estando relegada bajo los preceptos manicomiales y asilares.

Entendemos al campo de la salud mental como un campo complejo. El mismo surge en sus orígenes con una marca de la matriz filantrópica, que aún persiste fuertemente, y que se vincula con abordar la problemática desde una vertiente moral y humanitaria que apunta a conservar el orden social. Esta premisa moderna radica en la idea de que “el loco tenía que ser devuelto a la razón”.

Este punto es fundamental porque se cruza en sus orígenes con el nacimiento del Trabajo Social como profesión. Si recordamos el trabajo realizado por Mary Richmond²³ con los médicos psiquiatras para adaptar al sujeto al medio a través del método del caso social individual, podemos identificar este objetivo. Hacemos énfasis en esta marca filantrópica porque va a persistir con fuerza hasta la actualidad, en la línea de que las políticas públicas contendrán estrategias despolitizantes tensionadas por el reconocimiento de derechos. (Mendoza, M: 2009)

²³ Sirve para ejemplificar las afirmaciones que Mary Richmond postula en “El Caso Social Individual”, donde menciona que tanto asistente social como psiquiatra parten los dos de un idéntico punto, situado en el mismo corazón de la personalidad enferma, pero el psiquiatra procura penetrar en él cada vez más profundamente, mientras que la actividad de la asistente social irradia hacia afuera siguiendo el hilo de las relaciones sociales de su cliente. A lo cual agrega que la última etapa del CSI es el tratamiento que consistirá en el proceso para ayudar al individuo a afrontar con eficacia sus problemas, mediante acciones psicosociales que operen cambios normativos en la conducta de equilibrio individual.

I. 3 Reformas y contrarreformas “psiquiátricas”²⁴

En este trabajo tomaremos a las reformas psiquiátricas como el proceso histórico de reformulación crítica y práctica que tiene como objetivo y estrategias el cuestionamiento y la elaboración de propuestas de transformación del modelo clásico y del paradigma de la psiquiatría. (Amarante, 2005) Por oposición el término contrarreformas implica un desarrollo inverso que tiende a reforzar las estructuras tradicionales, pero que sin embargo el mismo se expresa bajo formas mistificadas invisibilizando este proceso.

Alberdi, J.M. (2006a) nos recuerda que desde principios de siglo había instituciones estatales y ONG, como la Liga de Higiene Mental, que abogaban por la participación de la salud mental en el ciclo de las políticas públicas y reclamaban su jerarquización. Es decir la idea de reformas no es nueva en la historia de la salud mental Argentina. Alberdi hace una descripción rigurosa de cuáles fueron las características de las distintas reformas, subrayaremos el análisis que él hace durante el periodo neoliberal y algunos análisis más contemporáneos de su obra para aportar a la descripción analítica del campo.

Bajo la política desarrollista se registran durante la década del 60' nuevas experiencias inspiradas en las reformas y dentro de los grandes manicomios como: centros de día, grupos terapéuticos, comunidades terapéuticas, residencias de salud mental, formación de equipos interdisciplinarios.²⁵ Podríamos afirmar junto con Vanier y Carpintero (2005) que las mayores transformaciones se dieron en este periodo, paradójicamente en la dictadura de Onganía. No obstante ello, la respuesta manicomial continuó teniendo vigencia durante este periodo porque en definitiva no se había logrado superarla desde las propuestas de abordaje desinstitucionalizantes, debido a los

²⁴ El término reformas psiquiátricas es utilizado en la mayoría de la bibliografía consultada, sin embargo no se trata de reformas donde se transforma el saber psiquiátrico, son movimientos más amplios que implican otras profesiones, el desarrollo de las políticas, movimientos intersectoriales, entre otros, con lo cual sería más adecuado llamarlas reformas en salud mental o como bien se refiere Alberdi: reformas sanitarias.(2003)

²⁵ Con una gran participación del pensamiento de Pichón Riviere, Mauricio Goldemberg, distintas corrientes de psicoanálisis en conjunto con la movilización y politización de la sociedad.

obstáculos sociales, expresados fundamentalmente en las dictaduras militares de nuestro país.

Este momento histórico puede ser denominado como un período de rupturas y de continuidades porque se comenzaron a cuestionar fuertemente los postulados del alienismo y sus prácticas para el tratamiento de la locura, por parte de profesionales y técnicos enrolados en corrientes ideológicas progresistas y en perspectivas teóricas vinculadas estrechamente al marxismo y al psicoanálisis. Al mismo tiempo de continuidades, porque no logró destituir como dispositivo de atención hegemónico al hospital psiquiátrico, en este sentido las diferentes dictaduras militares colaboraron definitivamente a que esto no suceda, contando el campo de salud mental con miles de desaparecidos militantes y profesionales. (Vanier y Carpintero: 2005)

Resulta interesante la indagación de Mendoza (2009) respecto de la década del 90, debido a que nos permite tener indicios para analizar las políticas actuales. En ese momento dirá la autora, se reinaugura un período filantrópico en nuestro país resignificado y bajo discursos humanistas que se plantea como la modalidad de intervención social más transparente y desinteresada.

Desde esta lógica de funcionamiento para la atención de las manifestaciones de la cuestión social, los “locos” nuevamente no fueron incluidos como población prioritaria, dentro de la focalización. La atención de la salud mental en materia de políticas públicas e instituciones ligadas a lo público fue deteriorándose progresivamente. En conjunto con las condiciones de vida de los usuarios del sistema de salud y las condiciones laborales y de vida de los trabajadores de salud mental.

La atención de la salud mental en el ámbito de lo público fue deteriorándose progresivamente. En algunos lugares se desarrollaron políticas que, bajo un discurso de desmanicomialización, se propusieron la creación de dispositivos de atención alternativos a la institución asilar. Nuevamente se cuestiona la atención de la salud mental centrada en el hospital neuropsiquiátrico pero no se logra proyectar su eliminación. (Mendoza, M: 2009) La mayoría de las propuestas fueron llevadas adelante por equipos profesionales y

militantes pero sin lograr consolidarse como política pública predominando de forma hegemónica el modelo manicomial.

Lo que le preocupa a J.M. Alberdi como constante en sus escritos es el riesgo de que las reformas apunten a modernizar/aggiornar el manicomio, cayendo en un reformismo institucional en que la institución se reforma en una institución de tolerancia.²⁶

Insiste en que es necesario, para pensar algún tipo de reforma hoy, salir de la solución sanitarista²⁷ que ha dominado las respuestas a la cuestión manicomial desde de la recuperación democrática, y en segundo lugar interpelar la naturalización de las instituciones manicomiales y recuperarlas en su radical historicidad, tomando una brillante cita de Castoriadis:

“...incorporaron en sus instituciones una idea que sus integrantes no habían de refutar: la idea de que sus instituciones no eran creación humana, no estaban hechas por el hombre, o por lo menos no por hombres vivos en ese momento. Estas instituciones habían sido construidas por los espíritus, por los ancestros, por los espíritus, por los dioses, por los alienistas; no son de factura humana...”
(Castoriadis 1997:12 citado por Alberdi: 2006b:2)

Adherimos a esta postura de Castoriadis que nos permite pensar que los cambios de una modalidad de atención son posibles pero fundamentalmente que para pensarlos hay que ubicarlos primero como creaciones humanas.

El autor luego de analizar todas las reformas ocurridas en la Argentina plantea que una reforma en salud mental pasa por pensar otras formas de hacer políticas de reformas, no centradas en la tecnocracia o a la espera de reformas estructurales y/o de los corporativismos profesionalistas. Retomando a Rotelli dice que hay que “Rehabilitar las reformas” apuntando a la producción de un necesario acortamiento de las distancias

²⁶ Esta idea la desarrollaremos exclusivamente en otro apartado.

²⁷ Por sanitarista el autor se refiere a una política centrada en lo hospitalo- céntrico y la medicalización

entre el movimiento antimanicomial y lo cotidiano de las instituciones, una reforma que apoye las experiencias alternativas e instituyentes.²⁸

Alberdi plantea que: “Esto implica poner entre paréntesis la opción sanitarista que tiende a inducir difusamente por toda la sociedad demandas de cuidados en salud mental y se desresponsabiliza en la práctica de romper el circuito de internación.”(2006a: 40)

Teniendo en cuenta los estudios y debates que han generado las reformas en salud mental, consideramos relevante revisar los análisis desarrollados en Chile a partir de los cambios producidos en el sector, solamente a fin de identificar ejes de análisis que nos permita pensar las transformaciones en nuestro propio país.

Chile no tiene una Ley Nacional pero si ha intentado realizar una reforma mediante un Plan Nacional basado en los principios internacionales de derechos humanos.

Díaz, F. y Radiszcz, S. (2012) plantean que las nuevas ideas propuestas no parecen haber sido fácilmente asimiladas por la institucionalidad psiquiátrica chilena, subrayando las falencias al nivel de la implementación. Por otro lado, el sector que defiende los principios de la reforma señala que las dificultades se deben a la **escasa preparación de los funcionarios, el problema de la vivienda de los pacientes y el exiguo financiamiento estatal.**

Existen dos problemas fundantes: por un lado las trabas políticas que han encontrado la **redistribución de los recursos desde los hospitales a los dispositivos comunitarios**; por otro es que hay una **escasa implicación existente en cierta parte de otros sectores del Estado** respecto a la problemáticas de la salud mental, como ser el área educacional, de vivienda, laboral o de protección social. (Idem)²⁹

²⁸ En principio a través de un modelo de gestión pública donde haya una tensión dialéctica de abajo hacia arriba, y el juego estratégico de afuera hacia adentro [entre las experiencias alternativas y el manicomio]. (Alberdi, 2006a:40)

²⁹ En el informe de evaluación de la OMS sobre dicho país se plantea que: “Los avances alcanzados por el Plan Nacional de Salud Mental, en la provisión de servicios y en el desarrollo de una red ambulatoria y comunitaria pierden efectividad al dejar a las personas con enfermedades y discapacidades mentales desprovistas de protección de sus derechos esenciales, en un medio social estigmatizador y discriminados.” (Díaz, F. y Radiszcz, S. 2012:101)

En estos dos problemas fundantes del país hermano, podemos reconocernos en los mismos aspectos, si bien nosotros contamos con legislación específica y una configuración de Estado diferente.

Lo que nos aporta el análisis de la experiencia, es que se plantea al factor económico, de financiamiento, no como una variable más dentro de la reforma, sino que en realidad el legítimo despliegue del modelo comunitario encuentra límites insalvables en la gestión económica del Estado.

La confusión de pensar la lógica manicomial solo circunscripta al hospital neuropsiquiátrico invisibiliza la relación del vínculo existente entre lógica manicomial, Estado y la economía. Según los autores mencionados se trata de un problema político que "(...) más allá de la buena voluntad y de las intenciones democráticas, la psiquiatría comunitaria parece olvidar, sobre todo cuando se encuentra finalmente articulada al engranaje de la administración económica." (2012:110)

Esto quiere decir que la estrecha relación entre recursos económicos y enfoque comunitario es definitoria; la otra dificultad está en cómo -desde este enfoque- no disolver una problemática, un padecimiento singular en una problemática comunitaria, colectiva.

Díaz, F. y Radiszcz, S. (2012) rescatan al igual que Vanier y Carpintero las experiencias históricas de trabajo comunitario en salud mental en el país de Chile durante los años 60' y 70', donde se intentó implementar una cadena de instituciones auxiliares, como centros de salud mental con consulta externa, hospitales diurnos, clubes, talleres no obstante a partir de la dictadura pinochetista del 73' las bases sociales en las cuales se basaban esos cambios se vieron totalmente desarmadas.

I. 4 La LNSM: configuración de nuevos escenarios (o al menos), de nuevas expectativas

Vanier³⁰ (2012) considera que la generación de una transformación en el sistema de salud mental es necesario encarar luchas en dos niveles por un lado la lucha política y por otro la teórico técnica. La primera tiene que ver con la lucha que se han dado las distintas profesiones y los actores del campo de la salud mental por hacerse un lugar y disputar hegemoníamente. Las luchas teórico-técnicas se llevan adelante paralelamente e implican disputar un paradigma inclusivo y de los derechos humanos y una concepción de sujeto que no esté centrada en la enfermedad.

Las mismas se fueron nutriendo a partir de las experiencias alternativas a lo manicomial a partir de los años 60. Estas luchas implican cómo se crean y se sostienen dispositivos de trabajo en Salud Mental con qué fundamentos teóricos y clínicos con qué concepción de sujeto.

El autor hace una afirmación tan simple como lucida para pensar el escenario actual: **no es posible una transformación en Salud Mental sin la socialización de la salud.** Es decir, que el Estado sostenga la salud pública con políticas universales intersectoriales con la participación de equipos interdisciplinarios, los usuarios y los trabajadores que garanticen el derecho a la salud para el conjunto de la población.

Caripintero y Vanier (2005, 2012) en sus trabajos subrayan que es condición para pensar las reformas, asignar un presupuesto adecuado y que los profesionales cobren un sueldo acorde con la práctica que realizan, ya que las diferentes modificaciones pueden ser importantes, pero serán insuficientes, si no se toca el núcleo hegemónico de la salud mental. Estos autores en coincidencia con Alberdi y Mendoza advierten sobre las experiencias pilotos y sus límites si no se encuentra presente lo anteriormente mencionado.

³⁰ Esta noción está inspirada en la conceptualización que hace Franco Basaglia en relación a las transformaciones, y que Vanier utiliza para analizar las disputas que se dieron los psicólogos en el campo profesional, no obstante creemos que este análisis puede utilizarse para pensar el campo de la salud mental en general.

“(…) es una ilusión pretender que puede haber una política en Salud Mental desgajada de lo que sucede en el campo de la Salud y de las condiciones de vida en la sociedad actual.”(Vanier: 2012:4)

Aquí también Mendoza (2009) plantea los riesgos de una refilantropización de la asistencia o en palabras de Alberdi (2012) un *aggiornamento* que no posibilita la construcción de cambios de fondo.

Para analizar la política social en salud mental de la Provincia de Buenos Aires, resulta interesante retomar el planteo de Vanier, quién señala que la política no se expresa solamente en las infinidades de proyectos, informes, lineamientos y otras prescripciones que circulan, también se encuentran atravesadas por luchas concretas con reclamos, presiones y movilizaciones si no quedan en “letra muerta”. Entendemos que este será una de las claves del análisis.

Aquí necesitamos incorporar algunos análisis respecto a la LNSM. A pesar de tener casi cuatro años de sanción, ya existe una profusa bibliografía que discute al respecto de la ley, intentaremos sintetizar las principales discusiones. Si bien es una ley Nacional y nuestro recorte investigativo se circunscribe al ámbito provincial, entendemos que incide directamente en las modificaciones que haya hecho la provincia en materia de política pública.

Vanier (2012) plantea que LNSM fue aprobada con escasos debates previos, la mayor parte de los trabajadores de Salud Mental se enteraron después de la aprobación de la ley. No obstante fue aprobada por unanimidad en el Congreso, varios autores plantean que es probable que haya existido cierta ignorancia por parte de varios legisladores y que pareciera una ley inofensiva y en este punto se aprobó sin conflicto. (Vanier 2012, Kinoshita, 2005).

Fue recién allí que los trabajadores empezaron a discutir como acomodar sus prácticas, así como también lo hizo el sector privado. Si bien es una ley con un enfoque a los derechos humanos y que toma todos los parámetros internacionales de DDHH y sobre todo la piedra angular centrada en el cierre del manicomio, es necesario poder identificar cómo se sostienen y dan corporeidad a los avances, cómo son las situaciones concretas,

cómo poder avanzar en cada sitio. Ya que sin una transformación del sistema de Salud en general los obstáculos serán demasiados. (Vanier, 2012).

Las organizaciones médicas y psiquiátricas se oponen tibia y públicamente a la ley porque afectan sus intereses específicos. Con el argumento principal de que es una “ley difícil de aplicar”, no obstante han ido reconfigurando su discurso y matizando sus observaciones a fin de que se orienten a los parámetros de DDHH.³¹ Se puede inferir entonces, que la estrategia construida consiste en incorporar el discurso de los derechos pero bajo lógicas de pensamiento que continúan sosteniéndose desde lo tutelar, lo asilar, manicomial.

Consideramos que ello es un aspecto interesante para su profundización analítica y aunque no se encuentra desarrollado exhaustivamente en la bibliografía existente, entendemos que es otra de las claves de inicio para pensar los análisis de esta investigación.

Vanier (2012) observa la experiencia de Basaglia considerando que las leyes de salud mental nacieron por la presión de movimientos populares pero en nuestro país esta situación fue casi inversa, es decir se sancionó la ley y luego aparecieron los grupos de apoyo, señalando que la ley puede ser un instrumento para avanzar, pero no puede depositarse en ella una cualidad transformadora automática. Aquí discrepamos con Vanier ya que agregaríamos que hubo varios movimientos que abogaron por la sanción de esta ley y diferentes colectivos que presionaron para que se concrete durante las últimas décadas. La diferencia con la experiencia italiana lo representa el apoyo global del movimiento de trabajadores, sumado a que la configuración y participación política en la

³¹“La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) sostiene que “debe revisarse la Ley 26.657”, y que en ella hay “imprecisiones” y “contrasentidos” Diario. Pag 12 <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-212315-2013-01-22.html> | 25 de agosto de 2011.

El documento que formuló el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la UBA, plantea que: “debe revisarse cuidadosamente la Ley 26.657 antes de la formulación de su decreto reglamentario, para superar numerosas imprecisiones y contrasentidos de su redacción”, y pide “una amplia y efectiva consulta con los estamentos universitarios, científicos y profesionales”, entre los cuales sólo incluye a “los ámbitos médicos, jurídicos y de trabajadores no profesionales de la salud mental”, a fin de “consensuar una reglamentación”

cual esa experiencia pudo concretarse, difiere sustancialmente del actual momento socio-histórico.

El autor, desde su posición, se interroga acerca de ¿Cómo se logran las transformaciones? ¿Dependen de cada trabajador de Salud Mental en forma individual? ¿Así se modificarán instituciones enteras en medio de una sociedad donde la exclusión y la desocupación son moneda corriente? ¿Sirve acusar a los trabajadores de los hospitales monovalentes como si fueran los responsables de los problemas en Salud Mental?

“Estas son formas en las cuales un discurso progresista tranquiliza conciencias. Y se encubre que las transformaciones implican batallas que afectan diferentes sectores del poder, y que es necesario poder dar sustento a un momento de transición, para poder instalar y sostener nuevos dispositivos.” (idem: 7) Coincidimos plenamente con estos interrogantes retóricos de los cuales ya sabemos las respuestas, pero que marcan fuertemente los discursos de las autoridades sanitarias a la hora de analizar las transformaciones.

Hay distintas experiencias alternativas a la lógica manicomial que se vienen sosteniendo en la provincia, algunas que datan hace años y otras más novedosas, casualmente las personas que las sostienen, son las mismas que participan en los foros de discusión, en las reuniones por una ley provincial de salud mental, en las de la reglamentación de la ley nacional, etc.

Es aquí donde creemos que son de utilidad los planteos teóricos de Mendoza, M y Vanier, A. sobre la filantropía y las buenas intenciones, que nos recuerda que cualquier abordaje en Salud Mental necesita de espacios de formación y supervisión y que los dispositivos instituyentes necesitan aún más cuidados y recursos que los dispositivos instituidos para poder sostenerse. En esta dirección es que encauzamos el análisis de las transformaciones propuestas en el campo de la salud mental.

Resulta una ficción considerar que la idea de la eliminación de la necesidad de internación psiquiátrica permitiría por sí sola la aparición del ejercicio democrático de la salud mental, desvinculado de cualquier excedente indeseado de poder. **La violencia de la institución psiquiátrica no se reduce al asilo, sino que responde al silencio del poder**

implícito en toda práctica que niega la producción subjetiva de los sujetos, excluyéndola del espacio público cuando constituye lo no previsto. (Díaz, F. y Radiszcz, S. 2012: 117)

Capítulo II

Hay muchas formas de pelar al gato
y ¡ay! puede fusilarte hasta la Cruz Roja.
¡En esta vieja cultura frita!
(Fusilados por la Cruz Roja. P.Rey)

Luego de trabajar con la descripción de la política de salud mental de la Provincia de Buenos Aires, en el siguiente capítulo se trabaja con la noción de campo complejo para analizar el ámbito de la salud mental, debido a que el mismo involucra distintos actores en pugna e intereses que entran en tensión por la definición de perspectivas, moldeando las configuraciones y situando límites porosos dentro del campo. Asimismo se desarrollan algunos elementos de las llamadas “reformas” y experiencias en salud mental de nuestro país, que nos brindan elementos para analizar la situación actual. De esta manera nos vamos aproximando a uno de los objetivos de esta indagación que se vincula con poder “identificar las perspectivas presentes en el escenario de transición entre las lógicas manicomiales y las lógicas de autonomía.”

La salud mental como campo complejo

Cuando nos referimos a la “salud mental” estamos haciendo referencia a un concepto polisémico y ambiguo, al cual se le ha dado diversos significados y usos. Sin embargo, es un concepto históricamente dinámico y complejo. Los riesgos que tienen este tipo de conceptos es que pueden abarcar todo y nada a la vez, fluctuando como un significante vacío. La misma es definida desde diversos ámbitos y perspectivas, las cuales identificaremos brevemente.

La salud mental es un campo de conocimientos y prácticas en el ámbito de las políticas públicas en salud³² (Amarante: 2009). Este campo es constitutivamente complejo, no se basa en un solo tipo de conocimiento, conteniendo intereses políticos

³² Aquí se incluyen saberes y prácticas de distinta índole: psiquiatría; neurología, psicología, psicoanálisis, historia, antropología, sociología etc.

intersectoriales y transversalidad de saberes. Es así que se puede evidenciar la estrecha relación entre poder judicial-medicina-policía-laboratorios (mercado) que son actores fundamentales que le dan un dinamismo particular al campo.

Para comprender la complejidad del concepto de salud mental tomamos los aportes de P. Bourdieu, quién plantea al campo como un espacio social estructurado de posiciones o puestos e interacciones objetivas centradas en la producción, distribución y apropiación de un capital común y específico. Los agentes que constituyen el campo poseen intereses específicos y comunes, que luchan dentro del mismo por la apropiación del capital, bajo reglas específicas. (Torres, 2011:2) El mismo, es un campo de problemas de la salud mental, es un espacio complejo e interdisciplinario, que articula múltiples perspectivas teóricas, hasta contradictorias, incluso el lugar que ocupa el “loco” como sujeto central también tiene varios significados. (Llobet, 2010)

Es decir, el campo de la salud mental se estructura a partir de las luchas de los diferentes actores definidos por diversos intereses muchas veces contradictorios: corporaciones médicas y profesionales, laboratorios, usuarios, políticas públicas, poder judicial. Esta perspectiva es relacional y dinámica donde hay límites y estructura, las cuales no son estáticas sino que se van configurando históricamente. La misma se diferencia estructuralmente de la definición de la OMS que plantea que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”, considerar a la salud mental de esta manera posibilita la invisibilización la lucha política e ideológica en la construcción de prácticas y significados respecto a la forma que históricamente se ha abordado la salud mental.

Plantear la idea de un estado completo de bienestar, sitúa un espacio estático y preformado que apunta a ciertos estándares de “normalidad”, sin tomar en cuenta las construcciones históricas y societales del campo.

Podemos afirmar que hoy presenciamos algunos avances interesantes respecto a la temática centrados básicamente en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (26657), sancionada en diciembre de 2010. La Ley en su artículo 3, considera que: “La salud mental es 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.”

Es decir, se identifica en el marco legal de nuestro país un avance en la definición, que se encamina hacia la noción de campo que mencionábamos, no se centra en la enfermedad y reconoce la complejidad de dimensiones que se entrecruzan.

Desde esta perspectiva, es de suma utilidad para el análisis, incorporar el concepto de proceso de salud/enfermedad/ atención acuñado por E. Menéndez ya que explica como la correlación de fuerzas ha estructurado dicho proceso. La modalidad de asistencia a la salud mental ha sido construida socialmente como respuesta a los problemas de salud/enfermedad mental. (Menéndez, 2005.) La lógica médico-hegemónica centra su accionar en la disminución y/o contención de la sintomatología propia de la enfermedad mental a través de la administración de psicofármacos, es decir se aborda la situación sólo en términos de enfermedad, lo que termina ocultando todos aquellos aspectos que permiten la emergencia del sujeto.³³

Nos gustaría plantear que una dificultad para pensar el campo de la salud mental siempre ha sido considerarla separada de los procesos de salud en general, lo cual limita nuestra perspectiva de análisis e intervención. En ese aspecto, resulta sumamente esclarecedora la definición de Rodríguez Neto sobre salud:

“... la salud es entendida como resultado de las condiciones de vida. Es decir que la salud no es conseguida solo con asistencia médica, sino principalmente por el acceso de las personas al empleo, con salario justo, a la educación, a buenas condiciones de habitación y saneamiento del medio ambiente, al transporte adecuado, a una buena alimentación, la cultura, y al ocio; además, evidentemente del acceso a un sistema de salud digno, de calidad y que resuelva los problemas de atención de las personas cuando necesiten” (Rodríguez Neto en Bisneto:2005: 69).

³³ El dispositivo de atención médica no sólo es estructurado por el saber médico (aunque en su apariencia se presente de esta manera) sino que se fundamenta por instancias jurídicas aplicadas por el Estado y se legitima por prácticas sociales de los distintos actores que participan del proceso. (Menéndez, 2005.)

Claramente, se puede señalar que el campo de la política pública de la provincia de Buenos Aires en materia de tratamiento de la salud mental está centrada en la asistencia desde hospitales neuropsiquiátricos que tienen carácter manicomial y asilar en articulación con instituciones judiciales que consolidan y respaldan una forma hegemónica para atender las problemáticas sanitarias en un momento histórico determinado (Mendoza, M: 2009).

“Sin embargo en los últimos años se produjeron transformaciones en el campo de la salud mental, asociadas a la coyuntura histórica, social, política y económica no solo a nivel nacional sino también en el ámbito internacional. En este sentido, se evidencian políticas en diferentes áreas tendientes hacia una perspectiva de Derechos Humanos, incidiendo también en el campo de la salud mental”³⁴. (Torres, 2011:1)

Siguiendo el análisis de Menéndez (2005), podemos inferir que la respuesta asistencial (manicomial y homogénea) no se instala sólo en la institución manicomial, sino que existe como perspectiva de comprensión y abordaje de la locura en toda la sociedad. Es así que persiste una modalidad de abordaje tutelar en el campo de la salud mental, sostenido por el poder judicial, mediante un andamiaje legal. En términos generales esta lógica dificulta pensar en respuestas particulares frente al padecimiento de los sujetos.

La noción de campo y de proceso de salud enfermedad/ atención nos permite plantear escenarios complejos que se encuentran atravesados por el manicomio más allá de la institución formal. Donde los vestigios de lo manicomial existen en los resquicios de todos los dispositivos y las perspectivas de los profesionales, la comunidad, y los mismos “usuarios”. Es necesario contar con un análisis de cómo funciona el poder y las hegemonías del campo, esto nos brinda un adecuado mapa para movernos.

³⁴ Las transformaciones en la legislación normativa interna, marcan una orientación en la estructuración del campo, incidiendo en las prácticas de los equipos de salud y en los operadores judiciales, como también resitúa a los usuarios y su grupo de referencia como sujetos de derecho.

El escenario actual de la salud mental en nuestro país implica transformaciones en las políticas públicas en la materia, de las legislaciones vigentes, en la capacitación de profesionales, en los discursos y prácticas y en las formas de abordaje, etc. Luego de varios años de discusiones se comienzan a visibilizar las tensiones y los actores en disputa, por una forma distinta de pensar y abordar la salud mental.

En los últimos cinco años nuestro país ha incorporado a su legislación un corpus de elementos normativos que apuntan a conformar de otra manera el campo de la salud mental: Ley NSM 26657, la Convención Internacional para personas con discapacidad, etc. La transición de un paradigma de tutela y asilar al de derechos marca tensiones entre los actores en pugna del campo de la salud mental, intereses contrapuestos, cambios de prácticas y estrategias de los equipos de salud y operadores judiciales. Se han creado “nuevos” servicios y dispositivos para la atención de las personas con padecimiento mental, los equipos de salud no son únicamente dirigidos por médicos-psiquiatras, otras profesiones universitarias pueden asumir esta función. Sin embargo estos cambios ocurridos no tienen correlato con políticas públicas o en la articulación de las experiencias e iniciativas mediante un plan de salud mental provincial. (Torres, 2012)

La situación de grupos sociales cuya existencia aparece marcada por la pobreza y una gran dificultad en ejercer sus derechos plantea una configuración particular del campo de la salud mental y un desafío a la política social. “Se combinan en un mismo grupo procesos de vulneración y de estigmatización constituyéndose modalidades de interpelación de identidades colectivas que no pueden ser revertidas sólo con acciones sobre los recursos y su distribución.” (Llobet, V.2010:66) La autora citada nos advierte que muchas políticas sociales asistenciales tienen en el Estado argentino efectos clientelares y des-ciudadanizantes, con lo cual la política no solo debe incluir recursos sino el reconocimiento del otro como sujeto. Este elemento se construye en la cotidianeidad de las instituciones y en la vinculación de la misma con las poblaciones destinatarias. (Llobet 2010; Castoriadis, 2010)

Desde esa perspectiva, puede evidenciarse la existencia de una tensión constitutiva en los planteos de la ley, en los lineamientos de la política y la política social

efectiva. Punto fundamental a tener en cuenta en la reflexión sobre las prácticas en el campo.

Una ley habilita a muchas prácticas y concretización de derechos, pero no cambia por sí sola el hecho de que nos encontramos en una sociedad que privilegia los mecanismos de control. Otra configuración del campo es que la lógica manicomial persiste como pensamiento heredado³⁵, tomando cuerpo en las políticas de asistencia. (Castoriadis, 2010) Es decir, una persona con padecimiento mental requiere un recurso, entonces requiere un certificado de discapacidad, requiere ser nominada como discapacitado. Un esquizofrénico, es un enfermo, requiere de alguien que tome las decisiones por él, ya que no tiene capacidad para hacerlo por el mismo. Estas son expresiones del pensamiento heredado que como vimos anteriormente se cuelan en los criterios de acceso de las políticas asistenciales.

Otra tendencia interesante que se da en el campo y se articula justamente con la escasez de políticas sociales que contemplen la problemática de la salud mental, es su indistinción con la discapacidad. Díaz, F. y Radiszcz, S. (2012) advierten que hay una tendencia a la banalización de la locura (parafraseando a Arendt) ya que al inscribir a la locura en el campo de la discapacidad, le otorga una figura cada vez más similar a la de retraso mental. Una figura inocua, dominable, situada dentro de un campo definible y gestionable, puesta precisamente en un lugar de certezas.

La trabajadora social Indiana Vallejos (2009) realiza un análisis interesante respecto a la certificación de la discapacidad a fin de acceder a ciertos “beneficios” en las políticas sociales. Plantea que el Estado requiere de la certificación de la *discapacidad* para operar la selección de los destinatarios de las políticas. El *certificado de discapacidad* es el que opera como lazo que permite el acceso a las políticas de integración social. Esto nos habla de la focalización y la fragmentación de la política social en salud mental.

Si bien entendemos que el agravamiento de los padecimientos subjetivos y cuadros más severos como las psicosis y los llamados trastornos de la personalidad no son

³⁵ Para el autor el pensamiento heredado deriva de la lógica identitaria y la teoría de conjuntos, es decir, lo social es posible de ser categorizado de manera binaria, de tener correspondencia en un conjunto o en otro, debe tener una identidad claramente definida, anulando las tensiones y contradicciones. (2010)

incorporados dentro de la clasificación de la discapacidad -no comparten ni sus presentaciones, ni sus características-, habitualmente son incluidos en el campo de la discapacidad como mencionaban los autores Díaz y Radiszcz. Los protocolos de acceso a los recursos también los asemejan planteando -tanto desde la CIF (Clasificación Internacional de funcionamiento para la discapacidad y la salud) como los distintos formularios (certificado de discapacidad, pensiones graciables)-, como discapacidad mental.

Frente a este “mal entendido” muchas veces tanto los equipos de salud como los propios usuarios recurren a la certificación de la discapacidad como estrategia tanto para incrementar sus ingresos monetarios como para acceder a ciertas prestaciones sociales, ante la inexistencia de un sistema de políticas sociales de protección integral que respondan a las situaciones problemáticas de las personas con padecimiento mental.³⁶

De esta manera, los pases de transportes para personas con discapacidad, las pensiones por discapacidad, jubilaciones por discapacidad, cupos de empleo estatal, prestaciones por discapacidad de PAMI, entre otras pocas, resultan fundamentales para que los usuarios de salud mental puedan acceder, a los bienes y servicios mínimos para poder vivir.

“Si es el certificado el que opera como lazo que ata a la lábil red de protección social, obtener el certificado se torna un derecho que otorga derechos y se constituye en un capital que permite fortalecer la inscripción relacional, al permitir el acceso a los beneficios sociales, aunque a costo de la estigmatización.” (Vallejos, I. 2009:9)

Siguiendo a los autores mencionados, entonces podemos ver como la locura se disuelve en la discapacidad, por un lado por resultar una figura menos conflictiva, donde uno puede clasificar y tener certezas de las características del otro (y así no encontrarse con la incertidumbre, lo inesperado del padecimiento) y por otro no habla de la

³⁶ En la actualidad sólo se encuentra vigente el programa vuelta a casa: 280\$ mensuales y subsidio por externación 700\$ sólo para pacientes declarados insanos

focalización, fragmentación y escasez de políticas públicas adecuadas para las problemáticas particulares del campo de la salud mental.

Otra de las características que transversalizan el campo tiene que ver con la medicalización de la vida cotidiana. En este punto no solo se trata del campo de la salud, sino que lo preocupante es que el fármaco ha pasado a ser un elemento más dentro de los procesos sociales.

Siguiendo a Faraone y otros, los autores plantean una noción del concepto de medicalización, al que definen como "... el proceso histórico por el cual el campo médico se ocupa y trata diversos problemas - otrora no médicos - asociados a características intrínsecas de la vida; así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos como padecimientos, síndromes o enfermedades." (Faraone, S. et al: 2010: 485). Este no resulta un concepto nuevo, pero varios autores plantean que estamos frente a un proceso donde se profundiza cada vez más este aspecto.

A partir de la década de 1950, con el primer fármaco el campo de la salud mental tuvo una transformación importante, sobre todo porque la medicación aliviaba algunos de los síntomas de padecimiento subjetivo. Esto unido al desconocimiento de las causas de la locura y la fuerte impronta capitalista de mercantilización -que conlleva la obligación de estar bien en todo momento- llevó a un proceso de fetichización del medicamento.

A nivel general esto reforzó una mirada centrada en un modelo médico-hegemónico psiquiátrico, que anula la subjetividad y refuerza el avance de la medicalización como respuesta al sufrimiento. Los problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para "tratarlo" (Barcala, A 2012; Foucault 2010).

Si la medicación resuelve por sí misma los problemas, no es necesario pensar, reflexionar sobre los condicionantes de la vida, lo cual resulta sumamente funcional para la lógica capitalista y excelente para el mercado.

Existen desarrollos temáticos exhaustivos sobre este punto (ver Faraone, S, 2010 y Barcalá A. 2012) pero lo que aquí interesa resaltar es que las luchas contra la medicalización e institucionalización psiquiátrica constituyen trayectos de la misma lucha contra la mercantilización de la vida y un elemento transversal del campo de la salud mental.

La inclusión del Trabajo Social en el campo de la salud mental

El trabajador social tiene en este campo un espacio social que, como mencionamos anteriormente, se encuentra ligado a la vinculación de la salud mental y la filantropía, a la tensión entre la identidad atribuida y asumida.

Nos distanciándonos de las nociones del “trabajo social psiquiátrico”, noción reproductora de la matriz filantrópica con la que debatimos. En dicha construcción es imprescindible destacar aportes como los de Mary Richmond, Hamilton y María Rosa Becerra. Esta perspectiva concibe la intervención en el campo en términos de especialización en psiquiatría; ello posibilitó y demandó la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología y psiquiatría.

Desde esta perspectiva se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y/o a patologizar las relaciones socio-familiares de los sujetos que padecen una enfermedad mental. De modo que se afirma la función del trabajador social dentro del equipo terapéutico, asignándole todo lo considerado como social/externo institucional de los pacientes. (López, M. y Weber Suardiaz, C.: 2014)

En el sentido opuesto acordamos con las reflexiones de Bisneto, A. (2005) que plantea que el trabajador social “...está ahí colocado para atender las necesidades de la Psiquiatría en minimizar las contradicciones del sistema y atender la racionalidad médica en lo que el mundo “psi” no da cuenta: la extrema pobreza de los usuarios y el estado de exclusión social resultante de las políticas económicas y sociales del capitalismo monopolista, del neoliberalismo, de la globalización y de la reestructuración productiva, será convocada a construir viabilidad al proceso terapéutico ordenado por los saberes psi.” (Bisneto, A: 2005)

A la vez, dicho autor reafirma la indefinición y vaguedad en la que queda inmersa la práctica del trabajador social³⁷, al asignársele que se ocupe de “lo social”, y es aquí donde se entiende que reside la potencialidad del trabajador social. Es allí donde éste, puede desplegar sus fortalezas metodológicas y estratégicas.

Es decir, no acordamos con que el trabajador social desempeñe un rol específico³⁸ dentro del campo de la salud mental; de lo que se trata es de trascender esta idea de rol y comenzar con un trabajo de problematización y definición dialéctica, que implica leer la realidad para analizar nuestra práctica profesional como trabajadores sociales frente a condiciones empíricas concretas y que exigen la lectura atenta del campo.

“En este contexto es necesario alertar sobre las fronteras porosas y difusas entre el desarrollo de prácticas profesionales autónomas y las prácticas de control (de tutelaje). Esta tensión nunca desaparece en las intervenciones del trabajador social y aún más en un campo que históricamente se ha caracterizado por lo tutelar. La propuesta aquí es no desconocer ese componente de control que ejercen los profesionales sino incorporarlo como parte del análisis en las situaciones intentado limitarlo lo más que se pueda.” (López, M. y Weber Suardiaz, C: 2014: 85)

Es necesario como sociedad que sigamos indagando en la pregunta de por qué no hemos podido superar una respuesta asilar a la salud mental; los indicios para la respuesta a este interrogante lo encontramos en la historia y el análisis de las políticas públicas. Entendemos, que en este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental. En los capítulos subsiguientes profundizaremos la caracterización de las tensiones que pugnan por construir hegemonía.

³⁷ Planteo similar al que realiza Saúl Karsz (2007)

³⁸ “De este modo, se presupone que existe un rol, un deber ser, una sola manera de pensar la práctica profesional sin explicitarla. Este planteo resulta conflictivo ya que, en los términos descritos, es posible pensar en una búsqueda que defina el quehacer profesional desde cierta externalidad. Es decir, pareciera que se demanda un lugar definido y definitivo para el Trabajo Social, invisibilizando los procesos de construcción de estrategias y de prácticas profesionales situadas, configuradas desde actos de poder.” (Cruz y otros. 2014:63)

Análisis de las reformas psiquiátricas contemporáneas

Consideramos interesante incluir en este estudio tanto las perspectivas de abordaje como los instrumentos diseñados por organismos internacionales abocados en proponer y difundir lineamientos específicos para el tratamiento de la salud mental, ya que nos brinda pistas de análisis en relación a las reformas que se propugnan para el sector.

De allí que resulte importante analizar el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS o WHO-AIMS), el cual tiene como objetivo la recolección sistemática de información sobre el estado de los programas y servicios de salud mental. Ha sido desarrollado por la OMS/OPS para su aplicación y posterior análisis de los resultados en América Latina y el Caribe. Este instrumento permite evaluar en los países la situación del estado de salud mental de acuerdo con los principios y estándares internacionales.

Llama la atención que en dicho informe mencionan que el instrumento ha sido especialmente desarrollado para que los países, particularmente los de bajo o medianos ingresos, pudieran efectuar ejercicios sistemáticos de monitoreo y evaluación de sus sistema de salud mental (WHO-AIMS, 2011). Aquí ya se plantean las pautas a seguir para desarrollar los programas de adecuación según los estándares internacionales de derecho, incluso previendo los escasos recursos con los que se contarán para llevar adelante las políticas. Muchos de estos informes de los países latinoamericanos resultan incompletos ya que no cuentan con los datos estructurales para analizar. En el caso de Argentina, se elabora solo con 10 provincias, sin incluir la Provincia de Buenos Aires que es la que más camas psiquiátricas posee.

La OMS reconoce el déficit de recursos para llevar adelante las transformaciones: *“Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75% . El*

estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación” (IESM-OMS 2.9, 2011:33).

No obstante se separa la insuficiencia de recursos de la violación de los derechos humanos como si fueran factores independientes que no se retroalimentaran entre sí.

En el punto 33 de la sesión 63° del 49° Consejo Directivo de la OPS (2009), donde se plantea la Estrategia y Plan de Acción Regional, se menciona que: *“Los desafíos actuales y emergentes exigen respuestas apropiadas. Entre ellos, son dignos de mención: a) atención a grupos vulnerables, b) problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia; c) conducta suicida; d) problemas relacionados con el alcohol; y, e) el aumento de las diferentes modalidades de violencia. Se mantiene como prioridad continuar trabajando en la reestructuración de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios, así como reforzar las iniciativas intersectoriales de promoción de la salud mental. La ejecución de las políticas y planes nacionales de salud mental es un desafío que requiere de asociaciones eficaces, del refuerzo de los compromisos existentes y del logro de nuevos aliados; en este sentido, el **papel de las organizaciones de usuarios y familiares es de especial pertinencia.** (el resaltado es nuestro)”*

Aquí se reconoce la prioridad de reestructuración de los sistemas de salud mental y la ejecución de políticas públicas para el sector, pero los mismos parecieran hacer eje sobre actores nucleados en ONGs y los familiares de los usuarios, corriendo la responsabilidad principal de la acción presupuestaria del Estado. No obstante, tampoco se ha tomado en cuenta esta recomendación por las autoridades provinciales.

Amarante (2005) nos advierte que a pesar de que la OMS aspira y diseña modelos más democráticos de salud, basados en una red de servicios integrados, centrados en la prevención y la comunidad, muchas de sus propuestas refuerzan el modelo organizativo y de indicadores vinculados a los conceptos tradicionales de salud y enfermedad.

En este punto, la OPS ha accedido a asesorar a nuestra provincia respecto a las transformaciones de la política en el sector. Empezando por el Hospital Dr. Alejandro Korn (de ciudad La Plata) y brindando una serie de capacitaciones para los profesionales y

sector de enfermería. Vemos con preocupación algunas afirmaciones que se vienen realizando en este marco, que desarrollarán en el análisis de las entrevistas. La apelación a lo voluntario, a situar la capacitación de los profesionales como un obstáculo mayor, esencialmente a la psicología, tiene una coherencia con lo postulado en sus programas de evaluación donde advierten que en los países de bajos recursos deberán ajustarse las recomendaciones internacionales, comenzando por los procesos de capacitación. De esta forma se centra en la formación como motor de las transformaciones, desligado de los procesos económicos y presupuestarios.

Las recomendaciones internacionales apuntan a que un proceso de reforma inicialmente insume una mayor parte del presupuesto de salud y que es recomendable en los primeros cinco años destinar un 20% del mismo a dichas transformaciones, donde gradualmente los costos se irán reduciendo.

Este cuadro preliminar muestra que no vamos en esa dirección y a la vez que los países que han afrontado reformas han hecho una redistribución del presupuesto.

Porcentaje del presupuesto de Salud destinado a la Salud Mental 2012 ³⁹				
EEUU	ESPAÑA	CHILE	BRASIL	ARGENTINA
16%	8%	2,14%	2,35%	2%
Manicomio	Sin datos	35%	33%	85%

De allí, que consideramos relevante incluir en el análisis algunas de las dificultades y aciertos que han tenido otras reformas a fin de visualizar el papel del Estado en las mismas y las distintas configuraciones producidas. Este análisis no resulta exhaustivo de todas las reformas existentes, pero sí selecciona aquellas que han sido las más relevantes y se han sostenido a lo largo del tiempo.

³⁹ Cuadro de elaboración propia con datos obtenidos de el WHO/AIMS 2011; Diaz, F. y Radiszcz, S. (2012)

Experiencia Brasileña.

El proceso brasileño surge a partir de la coyuntura de la re-democratización hacia fines de la década del 70 fundado en la crítica estructural del sistema de salud mental y del saber y las instituciones psiquiátricas tradicionales. El papel del Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM) protagonizará las transformaciones a nivel teórico y de las nuevas prácticas.

La reforma incorporó las cuestiones novedosas realizadas por las distintas “reformas psiquiátricas” (de sector, comunitaria, comunidad terapéutica, etc). Estableció una serie de leyes estatales de reforma psiquiátrica e innumerables decretos que intentan operativizar dicho proceso.

Según Amarante (2009) estas transformaciones han sido acompañadas por las actuaciones del Ministerio Público, la participación y el control social en las políticas de salud mental y la atención psicosocial, y la participación política de los movimientos a favor de la reforma. Se redujeron más de 40.000 camas con la construcción simultánea de servicios, de estrategias de residencialidad, centros de día, cooperativas sociales, el programa “Volta a Casa”, proyectos de inclusión por medio del trabajo, iniciativas culturales y estrategias de salud de la familia.

La creación de centros asistenciales psicosociales (CAPS) y los NAPS (Núcleos de Atención Psicosocial) constituyen la respuesta más avanzada y creativa pero la implementación en camas de hospitales generales en reemplazo de las internaciones en hospitales psiquiátricos, no ha podido concretizarse aún.

Si bien se han tomado las recomendaciones de la OMS respecto a la necesidad de participación de usuarios y familiares en los servicios de salud mental, “esto constituye, generalmente, casi un estereotipo” (Amarante, 2005:12) si sólo queda en una representación formal que no incluya la defensa de la ciudadanía.

Resulta esclarecedor el análisis de Kinoshita, T. (1995) respecto a la dinámica de las reformas psiquiátricas, donde la misma no establece una solución definitiva sino que suscita dinámicas, conflictos y transformaciones, dejando abierto un campo de incertezas

en el cual continúan siendo relevantes las acciones operativas concretas, las experimentaciones y los aprendizajes.

Desde su perspectiva la transformación no es idéntica a la simple apertura de las puertas del manicomio, requiere una lucha que se desenvuelve en una “institución manicomial” o una lógica interna de la institución que tiende a su propia auto reproducción, anulando los actores, en cuanto sujetos de transformación. Si este presupuesto no está claro, se corre el riesgo de que un mismo servicio extrahospitalar, reproduzca la misma lógica manicomial, que se creen servicios más “modernos”, pero que continúan siendo “instituciones de violencia”, lugares de exclusión y segregación social.

Experiencia Española

La última parte del siglo XX, la atención psiquiátrica en España, estuvo a cargo de instituciones privadas y religiosas. Centradas fuertemente en un abordaje internativo y biológico.

Las primeras reformas se vislumbran a partir de la Constitución española (1978) que reconoce en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud, y establece que son las Comunidades Autónomas las encargadas de las competencias de la salud de sus habitantes, en tanto que el Estado se reserva la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad, en función del nuevo diseño de organización territorial del Estado.

A partir de aquí son dos las leyes que regulan principalmente los derechos de los pacientes y el acceso a una atención integral y comunitaria: la Ley General de Sanidad 1986 y la Ley 41/2002 de autonomía del Paciente. Los autores consideran que la legislación es adecuada, acorde para realizar las reformas y que se adapta a los requerimientos internacionales de DDHH (Díaz Fernández, E: 2006)

Cada Comunidad Autónoma realizó la transformación según sus posibilidades, y de manera desigual. Hernández Monsalve (2003) plantea que el balance de la reforma es desigual según las regiones y si bien gran parte la población se ha librado del destino manicomial, otra gran cantidad han visto deteriorada su calidad de vida en la comunidad asistiendo a procesos de cronicidad en la misma.

Entre los factores limitantes a la reforma localiza la escasa relevancia de los dispositivos comunitarios frente al peso económico y asistencial que han mantenido y/o recuperado los hospitales. En el mismo sentido la escasa inversión financiera de los nuevos servicios.

“Muy a menudo, los políticos y administradores sanitarios decidieron ofertar nuevos servicios comunitarios alternativos, sin la necesaria dotación financiera (el grueso de la financiación seguía dedicándose a las antiguas instituciones hospitalarias...) Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, por el contrario, allí donde se ha respetado la distribución de presupuestos según necesidades de los pacientes (...) se han avanzado con éxito procesos de desinstitucionalización.” (2003:129-130)

Una evaluación realizada de manera general por el ministerio de salud madrileño plantea que las principales dificultades radican en que se han encontrado con nuevas demandas, como nuevas formas de violencias y nuevos usuarios del sistema, denominados “nuevos crónicos”, debido a la persistencia de la manifestación clínica psiquiátrica de muchos cuadros, los cuales requieren de asistencia continua pero no necesariamente de internación. (Sistema de información en salud mental, 1998)

En el análisis de la reforma realizado sobre Cataluña, Díez Fernández (2004) considera que, la lentitud de la reforma en esa comunidad podría deberse a que resulte más económico mantener el sistema sin modificaciones. Para la administración que financia, esa demora evita nuevas inversiones exigiendo un mejor servicio calidad- precio, mientras que para las empresas privadas mantienen su financiamiento, evitando producir cambios que amenacen su posición en el mercado, y observando cierta selección de riesgos, lo que las lleva a desatender a aquellos pacientes mas graves.

La mayoría de los autores consideran que España desde la década 70 en adelante ha hecho un cambio sustancial en su modo de atención en la salud mental. Pero aún persisten y quedan por revisar los abordajes excesivamente biológicos, ausencia de mecanismos de coordinación entre niveles, falta de criterios sobre metas y objetivos, débil integración a la red sanitaria general, ausencia de sistema unificado de registros que permitan organizar respuestas adecuadas a las demandas, precariedad en

implementación de residencias, inadecuación en respuesta para población psicogerátrica y carcelaria y debilidad de programa especial de adolescentes y niños.

Hernandez Monsalve, M (2003) enfatiza que la atención comunitaria es una alternativa real a la hospitalización pero no de cualquier manera. No alcanza solo la disposición de los profesionales y de la población es necesario el compromiso de políticos, administradores y gestores y que los profesionales que están a cargo de los nuevos dispositivos tengan determinadas características basadas en una formación integral.

Algunos elementos nodales de las reformas en Argentina

En relación a Argentina, desarrollaremos brevemente las experiencias de reformas pioneras, no en términos de caracterización sino de identificar los puntos nodales. Las mismas revisten de importancia ya que han servido para formar a los profesionales de la salud en otra perspectiva, y han marcado los trazos para las transformaciones contemporáneas. Nos referimos a la Reforma de Río Negro, San Luis, a la ley 448 de Capital Federal y algunas experiencias significativas en Provincia de Buenos Aires.

Podemos ubicar que el proceso de reforma de la salud mental en la Argentina muestra un hito sustancial en la época desarrollista (década de 1960). Si bien es un periodo signado por dictaduras militares, la impronta desarrollista por la modernización y la eficiencia habilitaron políticas en salud mental que favorecieron la democratización al menos por cierto periodo de tiempo.

“Los presupuestos se incrementaron y nuevos experimentos fueron llevados a cabo. Los temas centrales de la salud mental fueron incorporados a los Planes de Estado. El plan de salud mental de Buenos Aires para 1969, asesorado por Goldemberg entre otros, subrayaba la importancia de las condiciones sociales en los trastornos mentales.”(Plotkin, B. 2003:212).

Estas iniciativas se encontraban influidas por la llamada Ley Kennedy de EEUU (1963) donde se proponía servicios de salud mental por fuera del manicomio, en hospitales generales y centros de salud. Plotkin, en su indagación de cómo el psicoanálisis se desarrolló en la Argentina menciona la perspectiva desde dónde se estructuraban los nuevos servicios. “Se ponía el acento en la atención a nivel comunitario, en la psicoterapia

individual o grupal, en la formación de equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y educadores, y en el entrenamiento de los así llamados agentes de salud mental.” (2003: 212).

Este proceso estuvo conducido a partir de la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 1957) que formuló un plan que proponía la reforma de los manicomios, establecimiento de los hospitales de día y de comunidades terapéuticas. Las comunidades terapéuticas más conocidas fueron la del Hospital Roballos de la ciudad de Paraná y otra en la localidad de Federal, ambas en la provincia de Entre Ríos, y en el Hospital Esteves en Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires.

Según el autor citado, estos intentos de revitalizar el sistema de salud mental fracasaron, en parte por la resistencia opuesta por la camarilla de psiquiatras que controlaba la cátedra de la UBA, los grandes hospicios y tenían conexiones con el gobierno militar.

Una ola progresista y desarrollista se generó en los años 60, pero en los inicios del 70 fue desmantelada. Sumado a que varios de los que fueron partícipes de estas experiencias fueron despedidos, perseguidos, algunos tuvieron que exiliarse y otros se encuentran desaparecidos. Entre otros, Mauricio Goldemberg abandonó el país luego de que sus dos hijos fueran asesinados por los militares; Barenblit, que dirigía el servicio de salud mental de Lanús, fue despedido y torturado y luego se exilió (Plotkin, 2003; Carpintero y Vanier: 2004). Un militar explicita la lógica que guió el desmantelamiento:

“Centros asistenciales de salud mental habían sido convertidos en lugares de adoctrinamiento subversivo. Algunos hospitales han debido ser ocupados por fuerzas militares para realizar su intervención, encontrándose claras pruebas de su utilización como aguantaderos y refugios de la guerrilla: imprentas dedicadas a la impresión de material pornográfico, promiscuidad sexual entre los internados psiquiátricos alentada por propaganda que la justificaba a través de una suerte de depresiones psíquicas.” (Declaraciones del capitán del navío Manuel Irán Campos en Clarín 10 de septiembre de 1976 citado en B. Plotkin, 2003:330).

Si bien, no es objetivo realizar una profundización sobre este periodo histórico, los extractos que resaltamos más arriba apuntan a realzar la idea de que la crítica al sistema manicomial y la perspectiva comunitaria estuvo presente muchos años atrás, es verdad que sin un aval normativo como el que hoy existe. Pero como perspectiva y enfoque de análisis y abordaje tiene una historicidad. De allí la resistencia a pensarla como nueva, ya que implicaría, desconocer el arrasamiento institucional, histórico y subjetivo que produjeron las dictaduras en nuestro país.

Con el retorno de la democracia en 1983, cobran impulso y visibilidad innovadoras propuestas de intervención desde la perspectiva de salud mental.

La experiencia de la Provincia de Río Negro iniciada en 1985 constituye un antecedente ineludible en este proceso de cambio normativo e institucional.

También tuvieron lugar otras experiencias que quedaron inconclusas como el Plan Piloto de Salud Mental y Social La Boca - Barracas, que funcionó entre 1984 y hasta 1989; la incorporación de psicólogos en los equipos de ATAMDOS, que funcionaron en la Provincia de Buenos Aires entre fines de 1987 y principios de 1988, o el relevamiento realizado por el Dr. Mauricio Goldemberg por solicitud del Gobierno Nacional en 1984, a partir del que se desarrollaron los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental.

Las jurisdicciones que disponen en la actualidad de Ley de Salud Mental son la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba Chubut, Entre Ríos, Río Negro, San Luis, San Juan y Santa Fe.

Como antecedente más relevante podemos citar el proceso llevado adelante en la Provincia de Río Negro. Ley Nº 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento Mental” (Río Negro, 1991). Esta ley fue pionera en este sentido no sólo en Argentina sino también en América Latina. Respecto a esta normativa podemos considerar que no tiene un carácter integral respecto de la salud mental, sino que apunta específicamente a la desinstitucionalización de la persona con padecimiento mental.

En relación a la situación de la política de salud mental de la provincia de Río Negro, Sans, D. (2012) realiza una crítica relevante de la situación precaria de

implementación en la que se encuentra la provincia. Plantea que en todos estos años se precariza la atención en Salud Mental, a los trabajadores de salud mental se los hace trabajar en condiciones de precariedad. “Desde el 2004, lo único que se ha hecho es aumentar un poco el control, la distribución medicamentosa, pero los trabajadores de Salud Mental tienen pocos recursos.” (2012:57).

El autor avanza en el análisis de las razones que han dificultado la implementación de la ley: por un lado el hospital no está preparado para estos pacientes porque no se ha formado al personal, los cuales son derivados a otras provincias; también existen clínicas privadas donde el Estado paga dinero aunque la ley dice que en la provincia está prohibida la habilitación de neuropsiquiátricos. Este autor no critica en sí la ley de desmanicomialización, lo que intenta abrir al debate es cómo se ha llevado adelante la política de salud mental a lo largo de los últimos 20 años en Provincia de Río Negro. En este punto a nosotros nos interesa advertir los riesgos que puede acarrear la implementación de la ley en la provincia de Buenos Aires.

En 1993 dio comienzo en el entonces Hospital Psiquiátrico de la provincia de San Luis un proceso de transformación institucional que significó un avance en las políticas de Salud Mental de esta provincia, convirtiendo esta institución manicomial tradicional en lo que hoy es el Hospital Escuela de Salud Mental. (Pellegrini, J: 2005). En este proceso se establece la Ley de la Provincia de San Luis N° 536 “Prohibición de la Institucionalización” (2006), la cual plantea la prohibición de la institucionalización de niñas, niños, adolescentes, ancianos y/o personas con capacidades diferentes en instituciones de carácter público en todo el territorio de la provincia.

La Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (1999) tiene por objeto garantizar el derecho a la salud de todas las personas en el ámbito de la Ciudad. Se pueden sintetizar su espíritu en una concepción integral de la salud, participación de la población en niveles de decisión, acción y control, solidaridad social, cobertura universal; gratuidad de las acciones de salud y el acceso y utilización equitativos de los servicios, desarrollando la desinstitucionalización progresiva. No obstante De Lellis, M. y Sosa, S.

(2012) sostienen que dicha ley termina justificando la coexistencia del modelo custodial y del modelo basado en la comunidad.

La Ley N° 384 de Salud Mental de la provincia de Chubut (2009) tiene por objeto posicionar como fundamentales la promoción de la salud mental, la prevención de las problemáticas psico-sociales, el tratamiento integral y la rehabilitación de las mismas, basado en un modelo de orientación comunitaria. La internación solo se concibe en servicios de Salud Mental como el último recurso terapéutico, y decidida por los equipos de Salud Mental o aquellos profesionales con formación idónea en el campo de la salud.

La Ley N° 8806 de “Enfermedades Mentales” de la provincia de Entre Ríos. (1994) en sus aspectos centrales considera a la internación como medida excepcional y transitoria. A pesar que se menciona la importancia de implementar dispositivos alternativos, no se expresa la prohibición de la creación ni el cierre definitivo de las Instituciones Psiquiátricas (De Lellis y Sosa, S: 2012).

Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe N° 10.772 (1992) establece que se deben privilegiar para el tratamiento de las personas las alternativas que menos restrinjan su libertad y que la alejen de su núcleo familiar, siendo la internación la última instancia terapéutica.

Hasta aquí, las experiencias brevemente reseñadas hacen eje sobre algunas dificultades principales que tienen comunes denominadores; a pesar de sus diferencias, nuestro planteo principal es poder tomarlas mirarlas en clave analítica y en cierta forma anticipar las dificultades que se presentan en la implementación de la Ley 26.657 (LNSM) en la provincia de Buenos Aires. Los comunes denominadores identificados son:

- ✓ La consolidación de una red alternativa a la internación psiquiátrica en hospitales monovalentes, es decir buscar soluciones y diseños para la atención de pacientes graves.
- ✓ La cuestión presupuestaria se vuelve fundamental, sobre todo cuando se quiere dotar al sector comunitario de una solidez que pueda sostener la estructura que se desarma del manicomio. La escasez de recursos para el armado de la red de salud

mental es una constante que trae como consecuencia acciones de índole voluntaristas.

- ✓ Los diseños de las políticas han tenido que realizarse en forma de proceso, atendiendo a las tensiones y pujas sociales, implicando batallas ideológicas persistentes para sostener una perspectiva diferente a la manicomial y no obstante la misma no ha sido desterrada de manera automática por las normativas sancionadas que privilegian el enfoque de los derechos humanos.
- ✓ Los corpus normativos con orientación en derechos humanos resultan de avanzada en la región y las dificultades no residen en déficits de las leyes sino en el diseño de las políticas de salud mental. Punto que resulta una obviedad, pero que no obstante los sectores conservadores remarcan de manera permanente la ineficacia de la Ley, por la ley misma.

Capítulo III

Análisis del trabajo de campo: entrevistas, documentos, crónicas.

A partir del desarrollo de este capítulo se pretende dar cuenta de los elementos que caracterizan a la política de salud mental y la transformación producida ante la sanción de la LNSM. A tales fines nos valemos de entrevistas, análisis de crónicas producidas en contextos de discusión de la implementación de la LNSM y documentos oficiales correspondientes a la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones. Organizamos el material relevado de la siguiente manera: elementos prioritarios para las “reformas”; interdisciplina; responsabilización hacia los trabajadores; acerca de lo nuevo y respecto a lo comunitario. Si bien no condensa todo lo dicho por los entrevistados, crónicas y documentos, sí se identificaron como puntos comunes de preocupación e indicios para el análisis. De esta manera el material relevado desde el trabajo de campo también guiará los capítulos subsiguientes pero, en este en particular, nos detenemos específicamente en los materiales de campo.

Comenzamos tomando la Crónica del Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones (C3) organizado por la SADA el 3 diciembre de 2012 en La Plata (Provincia de Buenos Aires), porque entendemos que fue sumamente significativo en términos de marcar claramente cuál sería la direccionalidad de la política de salud mental los próximos años. A la vez que se produce un hecho inédito, donde las autoridades provinciales reconocen la ineficacia del manicomio y la decisión de su cierre definitivo. La dinámica de convocar y hacer participar activamente a los equipos regionales resultó novedosa y será un elemento constante en la mayoría de las convocatorias de trabajo venideras. Aquí discutieron una serie de ejes en talleres a fin de delinear algunos elementos para generar políticas públicas activas vinculadas a la temática. La convocatoria a los equipos

profesionales dice que se realiza con el siguiente objetivo: *“asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas”* a partir de discutir sobre los siguientes ejes:

1) *Inclusión de las adicciones como parte de las políticas de salud mental;* 2) *La atención mental comunitaria para niños y adolescentes* 3) *Avanzar en el proceso de desmanicomialización* 4) *Internaciones en hospitales generales* 5) *Constitución de una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones, articulación con lo existente y la creación de nuevos servicios de base comunitaria* (C3).

Los equipos regionales de toda la provincia que concurrieron con cierto escepticismo pero, a lo largo de la jornada de trabajo, y específicamente en los talleres, lo catártico dió paso a una organización de lineamientos de trabajo. Los mismos fueron la base para elaborar el consenso (D2) y por la propia dinámica del encuentro parecía que aquello por lo que durante tantos años se había reclamado comenzaba a tener forma.

“...es la primera vez que en 20 años de trabajo en adicciones, nos juntamos adicciones y salud mental, siempre estuvimos relegados” (C3); *“...si bien nos falta de todo, hay como un mayor consenso y visibilidad en toda la sociedad de que este sistema de salud tiene que cambiar”* (C3)

Como estrategia política de la SADA, este movimiento fue acertado, ya que lograron – cosa que los gremios no habían podido- que trabajadores del área de salud mental y adicciones, que históricamente habían funcionado por separado, se juntaran a discutir y proponer. Renovando las expectativas de los trabajadores en que una transformación es posible, cuestión que no es menor en un campo que ha estado caracterizado por políticas residuales y decisiones políticas verticalistas.

Los discursos del Sub-secretario de Salud Mental y Adicciones y del Ministro de Salud apuntaron a la necesidad de *“militancia de los trabajadores”* y *“capacitación para producir la transformación”* (C3).

Este postulado acompañará casi todas las presentaciones oficiales; sin embargo, estos discursos desconocen la historicidad del colectivo de trabajadores que hace décadas vienen disputando esta cuestión y dejan relegada la cuestión de los insumos, recursos y

estructuras. Veremos más adelante que hay una argumentación fuerte respecto a que uno de los principales obstáculos para la transformación es la falta de capacitación de los trabajadores que influye directamente en una actitud de no querer cambiar el sistema de atención.

No obstante entendemos que este encuentro se constituyó en una piedra angular para el proceso de transformación de la provincia ya que fue la primera vez que una instancia estatal provincial se comprometió públicamente a iniciar y sostener un proceso de transformación estructural del sistema de salud.

Otro dato relevante es que de las conclusiones de los talleres, expuestas al cierre del encuentro, surgió el documento **Consenso de la Provincia de Buenos Aires** que pretende sentar las bases para el debate sobre el rol del Estado en la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental, en el marco de la Ley Nacional 26.657.

Los elementos principales de este documento son:

- *“Un Convenio con la Secretaría de Niñez y Adolescencia para que cuando el adolescente cumpla los 18 años, se pueda evaluar y hacerse cargo de su tratamiento, ya sea en el establecimiento en el que se encuentra o en algún otro correspondiente a nuestra red de hospitales o de establecimientos para el tratamiento de las adicciones.”* (palabras del Ministro de Salud de PBA en documento de Consenso de la Provincia de Buenos Aires) (D2).
- *“Que las internaciones son el último recurso y corresponde que, prioritariamente, se cursen en hospitales generales por el menor lapso posible.”* (Idem).
- Y que los dispositivos de atención estén centrados en la comunidad.

El documento también hace hincapié en la voluntad política de la Provincia de llevar adelante la reforma:

“Desde ese lugar venimos tomando decisiones que pasan por integrar la salud mental a la salud general, para favorecer abordajes integrales y articulados, en el marco de la Salud Mental Comunitaria reemplazando así una práctica tradicional que resulta ya obsoleta,

dado que aísla, estigmatiza y cronifica a quienes padecen problemas de salud mental.”
(palabras del Subsecretario de Salud Mental y Adicciones, Mrio de Salud de la PBA en D2).

Entendemos que este documento de consenso también representa un avance para el campo de las transformaciones en salud mental, que durante años estuvieron invisibilizadas, y en estas declaraciones se intentan configurar directrices mínimamente homogéneas para pensar las políticas de salud mental en la provincia.

También resulta interesante rescatar que dicho proceso ha intentado ser participativo; muestra de ello es incluir dentro del documento los obstáculos que visualizan los trabajadores de la salud mental que participaron en las jornadas de construcción del Consenso. Algunos de los obstáculos fundamentales planteados son:

- La brecha existente entre las necesidades de atención de las personas y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud mental y adicciones.
- La presencia hegemónica de un modelo de salud manicomial, asistencialista, tutelar y altamente costoso.
- La dificultad de profundizar un proceso de reforma si no se avanza en la creación de dispositivos adecuados y por la resistencia ideológica para la transformación institucional.
- Necesidad de ampliar el presupuesto para realizar las reformas.
- Vulneración de derechos de las personas en situación de crisis en las guardias hospitalarias.
- Baja receptividad de los hospitales generales en la inclusión de personas con problemas de salud mental y adicciones.
- La fragmentación existente en los procesos de salud/enfermedad/atención de niños, niñas y adolescentes.
- La necesidad de articulación entre la política provincial y la municipal en el campo de la salud mental.

A partir de los documentos oficiales podemos afirmar que si bien se evidencia una voluntad política para transformar el sistema de salud mental según lo requerido en la Ley 26.657, dicho proceso resulta sumamente complejo y los distintos actores involucrados no

siempre coinciden en las prioridades y en el diagnóstico de situación, así como las estrategias a seguir.

Tampoco el presupuesto provincial destinado a la salud mental ha acompañado sustancialmente, como vimos con anterioridad; así como la importancia de la cuestión del presupuesto no se hace explícita en las declaraciones oficiales.

Resulta importante resaltar, que las medidas de transformación han sido llevadas adelante por el mismo personal, trabajadores o proyectos institucionales avalados por los directivos de las instituciones.

Así mismo, no se han realizado nuevas designaciones de cargos de planta para acompañar estos lineamientos.⁴⁰

“No existen aun, y es evidente, los recursos necesarios para implementar las transformaciones que la ley propone, por lo cual por el momento, en muchos aspectos la ley es una carta de buenas intenciones.” (E1)

Como se explicitó en apartados anteriores el avance conforme al marco legal y técnico vigente en el ámbito de la salud mental requiere la formulación de planes estratégicos para la desinstitutionalización y atención conforme con los derechos de las personas aún recluidas⁴¹; así como el desarrollo de una red de servicios que permitan la sustitución y el cierre definitivo de manicomios públicos y privados; también se ha establecido la prohibición de apertura de nuevas instituciones con estas características en todo el ámbito nacional.

⁴⁰ Información proporcionada por la CICOP (marzo 2014) en referencia a los ingresos a la carrera hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires. Las incorporaciones de planta en general se dan por las bajas de las jubilaciones, pero sin generar cargos nuevos. (sin datos específicos)

⁴¹ Proceso de adecuación institucional: Comprende la transformación de los procesos administrativos, de gestión, de recursos humanos, asistenciales edilicios y/o presupuestarios, así como de las prácticas de salud de todos los efectores cuyo objetivo sea la atención de la Salud Mental en la población, de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nacional Nº 26657 y su Decreto reglamentario Nº 603/2013. En relación a las instituciones monovalentes con régimen asilar, y previa conformidad con la Autoridad de Aplicación territorial, deberán diseñar un plan de adecuación que permita revertir la cronificación e institucionalización, garantizar el respeto de los derechos de los pacientes, lograr la apertura e integración de servicios a las redes comunitarias de base territorial y establecer procedimientos para la regulación de los ingresos a fin de lograr el paulatino cierre y/o transformación de la misma. (Plan nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio Nacional de Salud. 2013)

En este sentido los tres grandes monovalentes de la provincia vienen llevando adelante distintas acciones que datan desde antes de la aprobación de la ley, por ejemplo:

- Hospital Esteves: incorporación del Programa de Externación Asistida (PREA, desde 1995) cimentado en diecinueve casas de convivencia y el centro de atención comunitario “Libremente”, sostenido con el propio presupuesto del hospital, incorporación de 30 acompañantes terapéuticos para viabilizar y sostener las externaciones (2013). La contratación de los mismos se realizó mediante becas y en otros casos pagados con los propios ingresos de los usuarios.
- Hospital Dr. Alejandro Korn: creación del Centro Comunitario Pre-Alta (1987), del Centro Comunitario Pichón Riviere (2006) y del Centro Comunitario Franco Basaglia (2007); tres iniciativas armadas por profesionales de los servicios del hospital. Regionalización del Hospital para recibir solo derivaciones de Región Sanitaria XI (2013), cierre de seis salas del sector de rehabilitación (desde 2007 a la actualidad). Asesoramiento de la OPS para la reforma 2014.
- Colonia Cabred: regionalización de las internaciones (2014), diversas capacitaciones a los trabajadores.

Estos son algunos ejemplos, a modo general, ya que hacia el interior de las grandes instituciones sabemos que hay grupos que trabajan cotidianamente en experiencias que intentan alejarse de las lógicas manicomiales.

“Desde la residencia, se han hecho distintas sugerencias de dispositivos alternativos, pero no han sido tenidos en cuenta. Es así como los propios residente gestionan un Hospital de día para que funcione dentro del hospital, en un viejo pabellón en desuso.” (E2)

Lo que importa subrayar es que, a pesar de los esfuerzos de cada institución, no se cuenta con proyectos oficiales de reforma basados en una planificación estratégica o al menos alguna planificación ordenada y que se encuentre coordinada o centralizada desde la Dirección de Salud Mental o la SADA. Se avanza gradualmente como se puede, esperando que los trabajadores y la población acompañen esas medidas, lo que conlleva a

que no haya espacios de evaluación intersectorial que puedan ir midiendo o redireccionando las transformaciones.

Cuando se habla de la transformación en los monovalentes, se utiliza el término *adecuación*, termino también utilizado en el “plan nacional”, que a nuestro criterio resulta ambiguo, más allá de la definición planteada anteriormente. No es posible *adecuar* el monovalente a nada, ya Goffman y Foucault, describieron exhaustivamente la lógica manicomial como arrasadora de toda subjetividad, como una institución iatrogénica que enferma y desvirtúa cualquier objetivo terapéutico. Sin manicomios en el año 2020, como rezan las consignas de las jornadas, pueden convertirse en manicomios aggiornados para el 2020.

Respecto a la postura del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires: *“no ven con agrado que se cierren los hospitales monovalentes, sino que proponen convertirlos en hospitales generales con mayor especialización para la atención en salud mental.”* (C1)

Esta insistencia sobre la adecuación sirve para alejar el fantasma del cierre del manicomio, con la consecuencia de despidos y pacientes deambulando por las calles sin atención, pero también porque entendemos que hay una creencia arraigada, no demasiado explícita, que el manicomio es necesario ya que hay poblaciones que no pueden externarse.⁴²

Una de las entrevistadas lo expresa con claridad:

“No todas las personas que se oponen a la ley, lo hacen porque quieren una ley mejor, el problema no es estrictamente la ley. Algunos no quieren transformaciones porque con las transformaciones vienen la pérdida de un montón de ventajas que tenían, en una estructura que tiene pocos sistemas de control hay gente que tiene grandes ventajas.” (E3)

⁴² Este punto es real, pero basta mirar la reforma italiana para ver que siguen existiendo lugares de internación para aquellas personas que por su condición no pueden vivir solas. Pero las mismas se han construido en otros lugares, respetando la noción de instituciones más pequeñas, que no surgen de la adecuación del manicomio.

Elementos prioritarios para las “reformas”

“Este mundo exclamará por siempre
la película que vi una vez
y este mundo te dirá por siempre
que es mejor mirar a la pared.”

(Ojos de videotape. Charly Garcia)

Otro aspecto de debate es a partir de qué elementos se comienzan a hacer las reformas. En este punto el colegio de médicos y las autoridades coinciden en que la internación en hospitales generales es la primera acción que permitiría comenzar a descomprimir el sistema de salud mental.

El Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires plantea: *“Necesidad de servicios de salud mental en cada hospital general de la provincia de Bs. As, con posibilidades de internación”* (C1)

En ninguna de las crónicas o documentos oficiales se profundiza cómo se realizaría esto y con qué pautas, parecería haber un acuerdo general -exceptuando a los propios hospitales generales en cuestión-, en que esto debe desarrollarse.

“Nos va a llevar muchísimos años pero es la decisión tomada. Los hospitales generales son los más resistentes a tomar a las personas con padecimiento mental.” (C8, dicho por el Subsecretario de Salud Mental y Adicciones).

Entendemos que este aspecto simplifica la discusión, ya que apela a una solución sanitarista, donde Alberdi (2006a) ya nos advertía que pensar en esos términos desresponsabiliza en la práctica de romper el circuito de internación. No se trata de crear servicios manicomiales dentro de hospitales generales que multipliquen la segregación de la locura.

Por otro lado, pensar esta “innovación” de la salud mental desligada de la crisis general del sector salud también es problemático, ya que presupone que estamos abriendo camas de internación en instituciones donde no existe ya una conflictividad de base.

No estamos negando la importancia de la inclusión en la salud mental en los hospitales generales, pero desconfiamos en que se centre toda la reforma en pensar la internación de las personas con padecimiento mental en sólo exigir más lugares de internación. Quizás esto sea un sesgo de la LNSM, que más allá de su relevancia para el campo y los DD.HH., está centrada en un 80% en las condiciones de internación y los derechos de las personas en esta situación.

Vuelve a mencionar este elemento, el Subsecretario de Salud Mental y Adicciones en otra de las crónicas: *“Creo que ese es el trabajo. Es un trabajo cultural, que es una cuestión ideológica del abordaje de la salud mental, que solamente con la ley no lo vamos a resolver, y que nosotros vamos a tener dificultades en la implementación de la ley si los hospitales generales no toman esto como realmente debe ser tomado: que aquél que tiene un padecimiento, un trastorno por abuso de sustancias debe ser internado en un hospital general.”* (C5)

Respecto a este planteo, resulta interesante la advertencia de Vanier (2014:4): “En distintos hospitales generales empieza a haber una cronificación de los pacientes por falta de recursos materiales (dispositivos intermedios) y por falta de recursos simbólicos las hegemonías no dan cuenta de qué hacer con los “casos sociales”, que se delegan en trabajadores sociales. No se pueden pensar e inventar alternativas, exigir dispositivos, instalando una cultura de mortificación.”

Una de las entrevistadas (E4) ejemplifica la forma de diseño de la política de salud mental al mencionar como es que surge la creación del hospital de día:

“...fue alguien cercano, al que era en ese momento Director de Salud Mental y que trabajaba en el equipo y era terapeuta ocupacional. Ella fue la que... impulsa, gestiona la posibilidad de que salgan estas becas que eran destinadas específicamente a esa área. Sí, eso fue como un respaldo político importante. Que fue gestionado más directamente con el Ministerio de Salud que con la Dirección del hospital...”

Aquí vemos como los propios trabajadores plantean propuestas que se puedan constituir en alternativas.

Algunos otros actores plantean la postura de reforzar el enfoque comunitario para encarar procesos de transformación, por ser parte de los principales postulados de los marcos normativos y la LNSM. Una de las entrevistadas dice:

“Hay que empezar por la puerta de entrada, y no por los hospitales generales o el cierre del manicomio. Se habla de capacitación que es muy necesaria, pero no se capacita en un día el recurso humano, se capacita formándolos y en el desempeño del trabajo mismo. Tiene que ser a la par no por separado.” (E3)

Aquí el pedido es que se empiece a trabajar más fuertemente con el primer nivel de atención, y si bien estamos de acuerdo en términos generales, esto también conlleva el riesgo de quedar en una discusión enquistada como en el planteo anterior. Es decir, el primer nivel de atención históricamente presenta múltiples déficits estructurales y necesita una reestructuración en su conjunto. Sobre todo una articulación política entre los distintos niveles estatales (municipio, provincia, nación) y los distintos niveles de atención.

“Hay que proponer una reorganización de los servicios de salud más extensa de la atención primaria de la salud o las acciones comunitarias, como hacen en Europa. No obstante si el municipio o la misma SADA no se pueden sentar a coordinar la cuestión, es muy difícil pensar en esos términos.” (E1)

Reforzar el enfoque comunitario y el primer nivel de atención van de la mano, aunque no son lo mismo. Se suele pensar comúnmente que el enfoque comunitario consiste en trabajar desde “la salita” pero la estrategia de atención primaria y el enfoque comunitario se puede trabajar desde los diferentes niveles de atención. Se trata por ejemplo, de que si se atiende a una persona en crisis en una guardia de salud mental de un hospital monovalente pueda encauzar las estrategias de entrevista, evaluación y derivación, pensando a esa persona situada en un contexto particular, en un sujeto historizado y desde allí pensar estrategias que podrán ser o no comunitarias, según la particularidad de la situación.

También volvemos a afirmar que no se trata de una perspectiva o un paradigma nuevo, desde la declaración de Alma Ata en adelante se viene explicitando la necesidad de

consolidar este enfoque en el sector salud en general y el mismo, salvo algunas excepciones a lo largo de la historia, no ha sido acompañado de manera contundente.

Una de las entrevistadas hace referencia a que existe una estructura territorial que debería reforzarse para comenzar a trabajar de otra manera.

“La ley posee las herramientas para que eso vuelva a ser lo que era. (en referencia a la perspectiva comunitaria con los cuales los CPA fueron creados) Los recursos diferentes con otras perspectivas como los acompañantes terapéuticos, talleristas, que son sustanciales, son personas de la comunidad pero que no entran dentro de la estructura formal del CPA.”(E3)

La extensión territorial y poblacional de la provincia de Buenos Aires hace que esta tarea sea sumamente compleja, no obstante hay equipos regionales que tienen experiencias interesantes que podrían potenciarse si se les diera lugar formal en la estructura.

“Hay que cambiar la mirada, la ley dice que se deberán priorizar los abordajes comunitarios y la atención primaria en conjunto con el tratamiento psicofarmacológico por supuesto. La ley supone que todo hospital manicomial es manicomial, sin contemplar distintos tipos de trabajos que en se hacen ahí. Tampoco se toma en cuenta la diversidad y heterogeneidad de instituciones que hay a lo largo de la provincia. No todos son Opendoor o Romero.” (E1)

Una tarea pendiente para potenciar los recursos de la “red” y el enfoque comunitario –como perspectiva de trabajo territorial, de promoción y terapéutica- será articular a nivel regional (regiones sanitarias) municipal y provincial. Ya que esto, repercute directamente en el trabajo de externación de los hospitales monovalentes para trabajar con los lugares de orígenes de las personas internadas y además evitar procesos internativos que propicien los desarraigos de las personas.

Esta cuestión es un eje de trabajo desde la coordinación de la política de salud mental: *“Necesitamos que los intendentes, todos los niveles locales tomen esta problemática e incorporen a su sistema prestacional casas de medio día, casas*

supervisadas, todo lo que la ley prevé para poder asistir a los pacientes.” (C5 .Dicho por el Subsecretario de Salud Mental y C7 se repite).

Al respecto una de las entrevistadas plantea: *“No es el tema que vos digas: sumamos más camas, mas personal, más recursos y listo: Se requiere de un trabajo paulatino de coordinación.” (E3)*

Otro factor crucial para pensar los procesos de desmanicomialización es poder articular con una política habitacional. Las poblaciones internadas en los grandes monovalentes (hablamos de entre 600 y 1.000 personas por hospital) en muchos casos no pueden volver a vivir a sus lugares de origen. Ya sea porque los cuantiosos años de internación llevaron a fragilizar los lazos con sus grupos de pertenencia o nunca tuvieron un lugar para vivir por fuera de la institucionalización; o por cuestiones terapéuticas requieren un régimen de externación asistida. No obstante este no parece ser un punto prioritario en la agenda de la política de la salud mental.

Una de las entrevistadas menciona que *“-el subsecretario- dice que no puede hacer un emprendimiento inmobiliario pero tienen que ser otros sectores los que coordinen con salud que sí lo hagan, el Estado debe hacerlo en algún punto.” (E3)*

Es más, podríamos pensar que no solo no se trata de un punto prioritario, sino que no se acuerda con el abordaje de este factor. En la discusión acerca de los recursos, financiamiento y presupuesto los funcionarios plantean que no es un punto central.

“Parece que la aplicación de la ley estuviera subsumida al presupuesto. Incorporamos 100 recursos afuera a trabajar a la red y no al manicomio. Creo en que hay muchísimo trabajo que podemos hacer que excede las pautas presupuestarias.” (C8. Dicho por el Subsecretario de Salud Mental y Adicciones).

Las distintas reformas llevadas adelante en otros países y las mismas recomendaciones de la OPS plantean que se requiere al menos de un 10% del presupuesto total de salud y en los primeros tiempos un aumento del mismo para el diseño inicial del programa de reforma. La no priorización de este punto se entrecruza esencialmente con el otro punto de análisis que es la responsabilización hacia los trabajadores.

Los entrevistados plantean las diversas dificultades y esfuerzos que conlleva sostener las instituciones/ programas alternativos que también dan cuenta de la debilidad de planificación estatal de las reformas.

“(...) ahí hay como una puja en cuanto al lugar que la verdad lo hace bastante difícil. Lo mismo pasó que nos restringieron el tema de la cocina porque no se podía seguir cocinando ahí. Entonces todo lo que se trabajaba de Terapia Ocupacional en ese aspecto hubo que limitarlo y otras tantas cuestiones. Entonces, la verdad, que no tener como un lugar propio, que eso aparentemente está proyectado en el Hospital, donde tendríamos un lugar y el Servicio mismo de Salud Mental saldría de donde está y tendría un nuevo lugar dentro del hospital, pero también es un proyecto que quizás, no sé, si lo vamos a ver. Y después, la verdad que hoy, tenemos también una limitación importante en cuanto a los recursos humanos porque como personal estable, de planta, del equipo somos cuatro. De los cuales yo soy la que tengo más dedicación Hospital de Día pero tampoco tengo una dedicación exclusiva.”(E4).

Otro punto mencionado por una entrevistada y que da cuenta de que el modelo médico hegemónico no solo se sostiene a partir de la corporación médica, nos decía: *“También un cambio que hay que darse y que también va a ser progresivo en los usuarios mismos y en los familiares de los usuarios. Por tiempo también sostenidos, incorporados digamos en un modelo donde son localizados en un lugar pasivo donde van a demandar una atención. Y generalmente esa demanda es, o por lo menos en algunos familiares, es la internación. Entonces esto también implica trabajar, digamos, con los usuarios. Nuestro usuarios, hoy en el servicio mismo, están como recién cayendo en lo que implica la ley y esto de los derechos y como abriendo el mundo... todavía no alcanzan como a vislumbrar algunas cosas porque están como totalmente socializados por así decirlo en un modelo que los lleva a reproducir esto mismo que nosotros queremos de alguna manera cambiar.” (E4).*

En este punto es interesante trabajar con el planteo de Santos Rosa (2000) quien, desarrolla la compleja relación de la internación con los familiares de las personas con padecimiento mental.

La función asilar del hospital monovalente es ampliamente criticada por sus dirigentes, profesionales y trabajadores en salud mental, no obstante este punto tiende a ser criticado por los familiares de las personas con padecimiento mental. La razón se ubica en que los familiares también se encuentran presionados por la crisis económica, por la precariedad e inestabilidad de las condiciones de vida, de trabajo y por la sobrecarga afectiva que implica el cuidado de un familiar con un padecimiento.

En este sentido la internación se vuelve una de las estrategias de sobrevivencia para aliviar el peso temporal y psíquico que implica el cuidado de un familiar. Los familiares exigen el tratamiento y la custodia de su pariente que depende de cuidados psiquiátricos continuos, visualizando esto como un mecanismo para protegerlos, que ejerce el control familiar y como una estrategia de supervivencia del propio grupo.

“El acto de la internación y el alta hospitalar psiquiátrica tienden, entonces a constituirse en un campo de fuerzas, en una arena de lucha de intereses antagónicos. De un lado, los intereses institucionales manifiestos en el discurso de los dirigentes y de parte de los trabajadores de salud mental; del otro, los intereses sociales expresos en el discurso familiar. Los profesionales en salud mental tienden a seducir a los familiares a no internar o cooperar en el tiempo de internación apelando al hecho reconocidamente aceptado de que la familia y la comunidad constituyen el mejor espacio para el relacionamiento social con el portador de trastorno mental, por mantenerlo integrado en la sociedad y en la convivencia familiar. Los trabajadores de salud mental desconsideran, por ejemplo las condiciones reales de las familias y de la comunidad para la provisión de cuidados. Concomitantemente, parte significativa de ellos, acusa a la familia, explícita o implícitamente, de abandonar al portador de trastorno mental en el hospital psiquiátrico, hecho que identifican en las pocas o nulas visitas, la omisión o suministro de direcciones erradas o inexistentes. Esa imputación parece estar relacionada con una visión etnocéntrica por parte de los trabajadores acerca de las familias de los segmentos subalternizados y de su relación con el paciente y con el propio servicio de atención,

orientada por el desconocimiento de las condiciones de vida de esa población, como también de sus códigos de conducta.” (2000:18)⁴³

Interdisciplina

“Ya no estás solo...
estamos todos en naufragar.”

(Canción para naufragios. PR)

El eje de la interdisciplina es otro de los elementos fundamentales que la LNSM habilitó y que se hacía eco de los reclamos de los trabajadores y de décadas de crítica al modelo médico hegemónico, entendemos que ha sido tomado de manera positiva por la mayoría de los actores del campo; menos, claro está, por aquellos que detentan ese poder hegemónicamente. El punto de mayor conflicto se expresa en quienes ocuparían los lugares de decisión.

Según el planteo del Colegio de Médicos: “(...) los jefes de servicios deben ser médicos psiquiatras, por la necesidad de coordinar los tratamientos en lo que respecta al manejo de la medicación.” (C1)

En la vereda opuesta, para los trabajadores sociales, la posición tomada con unanimidad para el acceso a los cargos de conducción, se resume de la siguiente manera: “(...) que se base en la idoneidad y la capacidad y no en la disciplina específica que desarrolle la persona. Esto se debe, a la necesidad de que la coordinación facilite la integración de las diversas miradas disciplinares a fin de brindarle a los usuarios una atención integral de acuerdo a sus necesidades.” (C2). También los psicólogos han adoptado esta postura, aunque la discusión se polarizó entre psiquiatras y psicólogos, donde pareciera que solo las profesiones *psi* se podrían encargar de la coordinación de los equipos.

⁴³ Traducción propia del portugués

Llama la atención la discusión sobre este eje , expresada claramente en la crónica 1, ya que se parte de desconocer radicalmente que existe una ley ya aprobada y en vigencia, que en su artículo 13 plantea que todos los integrantes del equipo interdisciplinario con título de grado universitario pueden ocupar ese espacio. Y a pesar del artículo, los colegios de médicos y las direcciones de algunos hospitales, cuando abren los concursos siguen poniendo en cuestión este elemento.

Por otra parte las discusiones sobre la interdisciplina han servido para amalgamar la misma al enfoque comunitario donde lo terapéutico y la singularidad de la persona se diluyen y se les pide a las disciplinas que hagan trabajo comunitario, entendido este como actividades de promoción y prevención en la comunidad. Esto también tiene sus riesgos porque fragiliza el derecho de las personas a ser atendidas según su padecimiento en el lugar más cercano a su domicilio. De allí la importancia de quien pueda coordinar los equipos pueda tener una perspectiva integral sobre la atención. Una de las entrevistadas planteaba la cuestión de la siguiente manera: *“No hay alguien que coordine eso y entonces caemos en que cada cual hace lo suyo o nos piden q hagamos todos todo, todos lo mismo.”*(E3).

Otras de las entrevistadas plantea la complejidad que requiere poder trabajar en equipo: *“(...) porque no es solamente que funcionen actividades durante un momento del día sino lo que para nosotros implica un trabajo más particularizado es un seguimiento y un trabajo en lo individual, en lo familiar, en lo comunitario, que hacen falta que haya personas que...referentes,...seguimiento, las entrevistas, la articulación institucional, el trabajo con las familias. Que digamos que hay una complejidad, un abanico de intervenciones...”* (E4)

Responsabilización hacia los trabajadores

“Todos... pronto a los botes y no se asusten
que la marea ayudará, les pido que recen!!
Quien mueve así los hilos en los gobiernos
locos de gran intensidad por las verdades que ocultan.”

(Todos a los botes. Indio Solari)

Entendemos que este punto de análisis es central ya que se enlaza al componente filantrópico que caracteriza el campo históricamente, a nuestra profesión y que nuclea las buenas intenciones y el voluntarismo como eje de las transformaciones invisibilizando los procesos político-económicos e ideológicos. Con esto no queremos decir que los trabajadores de la salud mental no tengan responsabilidades frente a su trabajo, ni posturas ideológicas que den batalla a las lógicas manicomiales, tampoco desconocer que hay trabajadores que contribuyen a reproducir las prácticas manicomiales. Lo que nos parece preocupante es que el diseño de la política se centre en esta cuestión.

Una de las entrevistadas afirma que: *“El subsecretario nos dice todos los días que los trabajadores nos tenemos que poner a la cabeza de la transformación. Pero no es así, no podemos responsabilizar a los trabajadores, a los sindicatos, de la implementación de la ley.”* (E3).

La apelación permanente a esta cuestión invisibiliza el proceso histórico por el cual la ley pudo constituirse y las experiencias innovadoras que han sido sostenidas por distintos equipos a lo largo de los años.

“Esto requiere militancia y compromiso. Creo que en la medida que cada uno de nosotros militemos la implementación de la ley, nos comprometamos con lo que pensamos que tiene que ser la salud pública, más que la salud mental estaremos cumpliendo con el objetivo que nos convocó a la función” (C5. Dicho por el subsecretario de Salud Mental y Adicciones).

Esta convocatoria se repite a lo largo de los encuentros y documentos oficiales por parte de las autoridades, el Subsecretario de Salud Mental dice que convoca a los médicos a *“superar la visión individual frente al paciente para militar la implementación de la ley así como la restitución de derechos de los pacientes”* (C7). La advertencia reside en que no es sólo la militancia y

perspectiva integral de los actores –aunque las mismas sean fundamentales- las que van a permitir restituir los derechos de los pacientes, sino una articulación intersectorial que garantice el acceso a los derechos sociales.

Una de las entrevistadas no desconoce que ha sido gracias a la presión de distintos grupos de trabajadores que las experiencias alternativas a la lógica manicomial han logrado mantenerse.

“El compromiso en la transformación del hospital y la convicción de brindar una mejor atención ha logrado estructurar este dispositivo desde las bases, presionando para que alguna instancia estatal los apoye y financie” (E2).

En este punto ha sido fundamental la militancia y defensa de una postura ideológica, pero también sabemos de los límites que estos procedimientos tienen, ya que sostenidos en el tiempo solo con esas dos variables, se desgastan las estructuras y sobre todo a las propias personas que las sostienen.

En este sentido una de las integrantes del hospital de día menciona que *“...se necesita acá, se necesita allá y la verdad que es muy difícil sostener en este momento con las personas estables. Lo sostenemos gracias a este ensamble de gente residente, rotante, alumnos que se enganchan y que vienen y colaboran con nosotros pero de una manera así.....nada” (E4).*

Por ejemplo, uno de los directivos de un hospital monovalente, refiere en relación a la creación de dispositivos de abordaje integral, lo siguiente: *“Ha sido un gran esfuerzo de parte del hospital de pensar los servicios integrados y la mayoría de los compañeros ocupan distintos lugares, no están solo en un lugar y se los sigue convocando a estrategias nuevas y mucho depende de la voluntad de ellos.” (C8).* Esta expresión no está hecha a modo de crítica o reflexión sino con orgullo frente a los profesionales que se muestran dispuestos y reparten sus tareas entre los “nuevos” y “viejos” dispositivos.

Una de las entrevistadas agrega las dificultades que conlleva tener que estar en diversos espacios:

“(...) trabajo en otra área como la de consultorio externo, entonces tengo que repartir: un día no estoy en Hospital de Día. Y el resto de mis compañeras... Trabajadora

Social, Profesora de Educación Física y la Musicoterapeuta que son las otras tres compañeras de planta... tienen áreas compartidas más tiempo todavía. Después colaboran con nosotros y gracias a eso sostenemos gran parte de las actividades, otra Psicóloga y por sobre todo talleristas ad honorem que a lo largo de todo este tiempo han ido acercándose, algunos con más constancia, otros con menos constancia pero bueno, a partir de diferentes situaciones o el apoyo mismo de la universidad a través de los proyectos de extensión, con la radio, con Bellas Artes, que han posibilitado digamos, sostener los espacios de actividades a partir de estas personas que colaboran, digamos, por fuera del marco institucional nuestro” (E4).

En este planteo nuestra profesión queda en un lugar complejo donde se reeditan nuestras marcas de origen ligadas a la filantropía y el pensamiento conservador, los trabajadores sociales no solo seríamos profesionales capacitados en materia de salud mental, lo somos también porque tenemos la vocación de ayuda y el compromiso con las buenas causas. Respecto a los procesos de transformación de uno de los monovalentes uno de sus directivos asevera:

“Se decidió que lo importante era empezar por hacer un censo, para esto se armó un equipo interdisciplinario. Terapistas ocupacionales, trabajadores sociales y estudiantes, ¿porque ellas y no otras?: porque sumaron las responsabilidades que tenían a los servicios y acuerdan con la aplicación de la ley. Y también incorporamos de las dos facultades. (psicología y trabajo social) Solos no lo podemos hacer y necesitamos de todas las voluntades para este trabajo.” (C8. Dicho por un directivo del hospital).

Esta idea, de profesionales humanistas y desinteresados se ve reforzada por los representantes de la OPS que asesoran la transformación del monovalente:

“Las trabajadoras y las terapistas ocupacionales son quienes tienen un gran humanismo y han llevado adelante el censo. Los recursos son relativos. Aunque estas profesionales apenas tengan voz, igual lo hicieron. Para darle la mano a un paciente no es necesario tener presupuesto. No es necesario cuantos son sino como se capacitan, que perspectivas tienen los profesionales.” (C8 –dicho por representante de la OPS)

Aquí vuelve a aparecer la idea de que el obstáculo para la transformación son las mentalidades y la falta de capacitación de los profesionales. En este punto nos parece interesante subrayar la diferencia entre los profesionales que cotidianamente trabajan dentro de los manicomios, que descreen de las propuestas de transformación por la propia alienación que el hospital ha producido en sus trayectorias laborales y las corporaciones profesionales que presentan obstáculos certeros. Como veíamos anteriormente, el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, la APSA, sectores del Poder Judicial, incluso las Universidades encargadas de formar a los profesionales que trabajaran en estos espacios. Volvemos a insistir que el presupuesto no es un recurso relativo. Apelar a las mentalidades, a las voluntades por sobre los recursos tienen fuertes reminiscencias desarrollistas.

Nuevamente aquí aparece este elemento en la figura de formadores de profesionales, agregándole una apelación a las nuevas metodologías, que cómo trabajamos en el próximo apartado, deberíamos problematizar más profundamente acerca de qué hablamos cuando nos referimos a lo nuevo.

“Hay que instalar el Modelo humanista de los vínculos. Creación de nuevos dispositivos, nuevas metodologías. Hay que incorporar metodologías que no sólo trabajen con la demanda. Intervención por presencia, hay que ir hacia...Tener profesionales en el territorio. Estar al lado de los que sufren. Nos podemos manchar los zapatitos blancos y embarrarlos. Estamos siendo coparticipes del proceso.” (C8. Dicho por un funcionario de la Facultad de Psicología/UNLP).

Claramente si los trabajadores asumimos con responsabilidad nuestras funciones, la atención de la salud mental funcionará mejor, pero no alcanza, no redundará directamente en un diseño de política en salud mental más inclusivo. Centrarse en este elemento impide reflexionar seriamente sobre qué puntos estratégicos se deben abordar en un proceso de transformación.

“La celeridad de todo esto va a tener que ver con el compromiso desde muchos más. No pensar en emprendimientos inmobiliarios. La responsabilidad es absolutamente de todos.” (C8. Dicho por un directivo del hospital).

Hasta aquí de las expresiones vertidas por los entrevistados y las que figuran en los documentos oficiales nos dan algunos indicios acerca de cómo es el terreno de la política en salud mental. Desde nuestra perspectiva, entendemos que en este contexto de marcados elementos filantrópicos difícilmente pueden ser problematizadas las condiciones de trabajo y generan procesos de organización/lucha colectiva. No obstante, vemos espacios de resistencia y de reflexión de los trabajadores que van tomando forma. Por otro lado, vemos con preocupación que los responsables del diseño de la política plantean la discusión centrándola en causas de índole organizativos, de optimización de recursos, de solidaridad, y en el mejor de los casos de formación y capacitación.

Acerca de lo nuevo

“Y si vas a la derecha y cambias hacia la izquierda, adelante.

Es mejor que estarse quieto, es mejor que ser un vigilante.

Si me gustan las canciones de amor y me gustan esos raros peinados nuevos
ya no quiero criticar, sólo quiero ser un enfermero.”

(Esos raros peinados nuevos. Charly Garcia)

Otras de las preocupaciones del análisis es poner en cuestión la dicotomía viejo y nuevo paradigma, viejo y nuevo enfoque; el nuevo paradigma de los derechos humanos versus el paradigma de la locura, la lógica manicomial, que se traduce en hablar de la nueva ley de salud mental. Este modo dilemático de análisis invisibiliza los procesos históricos de crítica al manicomio que demuestran que no tiene nada de nuevo

“(…) igual hace muchos años que venimos en esto, no estamos comenzando un proceso de transformación, estamos continuando un proceso de transformación....desde que entre el '86 que intentamos que las cosas sean diferentes.” (E3).

Pero a su vez, también invisibiliza que las lógicas manicomiales pueden continuar bajo los supuestos “nuevos paradigmas”. Entonces se erige a la Ley de Salud Mental como un elemento que en este nuevo escenario debe plasmarse sí o sí. De no ocurrir esto,

entonces la ley no sirve. Instalarse en una lógica dicotómica impide ver las tensiones y la procesualidad de las transformaciones.

La ley no constituye una novedad en sí misma, sino que se subraya la importancia de que sirva como herramienta para apuntalar el trabajo que se hace con los usuarios: *“...que la misma se constituya en una herramienta de trabajo que propicie intervenciones en pos de la restitución de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental”* (C2).

La idea de entender a la Ley como una herramienta que acompañe las transformaciones es mucho más preciso para pensar las intervenciones de manera analítica y comprender los derroteros de las distintas experiencias.

“Les quiero contar, que nosotros venimos cumpliendo la ley desde hace muchísimos años. Todos los preceptos de la ley. Aquí desde hace muchos años atrás, mas de 20, se cambió el modelo de atención, el modelo prestacional; de un modelo prestacional internativo asilar, se paso a un modelo comunitario.”(C5. Dicho por el director de un hospital monovalente)

Otra cuestión fundamental es que ante procesos de transformación no podemos olvidar que las fuerzas hegemónicas intentarán ordenar los elementos a su favor. Esta es la esencia de la modernización aggiornada, donde elementos que se nos aparecen como nuevos contienen viejas lógicas. La responsable del Órgano de revisión Nacional, lo expresa claramente:

“Entonces, de golpe nos encontramos con que las internaciones son con riesgo cierto y eminente, son todas voluntarias. Y no ha habido control de legalidad de esa situación; y muy sueltos de cuerpo, las personas que dirigen determinada institución dicen: Nosotros no tenemos involuntarios. Nosotros tenemos todos voluntarios. Pero y cuando vemos la historia clínica que no está evolucionada, que no tiene la intervención de los dos ejes que convalidan esa eventual internación, nos damos cuenta que todos ingresan de ese modo. Se pone en la historia: Riesgo cierto e inminente para cumplir con la ley, y con riesgo para sí y para terceros. Y ahora por esto de la ley, así se expresan: Nosotros actuamos en favor de la ley, nosotros actuamos como dice la ley; por esto de que la ley

ahora no podemos seguir atendiendo adentro, entonces, estamos trabajando con una obra social muy importante para crear dispositivos por fuera. Por ejemplo en el parque del mismo lugar, con la misma lógica, la misma vulneración” (C5).

Entendemos que una de las cuestiones más significativas de este proceso es la LNSM, no porque haya resuelto las dificultades (ni lo hará) sino porque logró sintetizar múltiples reclamos de los actores del campo e introducir el elemento de la transformación posible, de que lo nuevo es posible de crear, sin descartar la historicidad.

Una de las psicólogas afirma que: *“para ser... esperanzadora, por decirlo, creo que sí, que se viene dando como parte de un proceso de hace una década para acá o un poco más. Hay un proceso que se viene dando....por lo menos en lo que hace a generar dispositivos llamados alternativos al manicomio y me parece que bueno, que en la instancia de la ley, en el momento en que se promulga, es un hiato ahí, me parece un punto importantísimo en cuanto a la posibilidad de legitimizar todo esto que se viene dando hace un tiempo” (E4).*

Respecto de lo comunitario

*“Mi dios no juega dados quizás... este a mi favor.
"motorpsico": el mercado de todo amor
lo que debes, como puedes quedártelo.”*

(Motorpsico. PR)

Un último elemento de análisis que es exaltado en todos los documentos oficiales y crónicas, es lo que refiere a lo comunitario. Que a fuerza de repetirlo y no explicitarlo corre el riesgo de ser fetichizado.

“Muchas veces muy poca gente se quiere ir de los psiquiátricos, con razón. ¿Qué le ofertamos en el afuera? Si no le ofertamos nada.” (C5. Dicho por referente del órgano de revisión nacional).

La perspectiva romántica de la comunidad persiste en algunas de las intervenciones en los documentos y lo postulan como la solución a los problemas de

atención, en conjunto con los otros elementos que mencionábamos, esta también es una idea fuertemente desarrollista.

A la vez que se tergiversa y se asimila el abordaje comunitario con la comunidad, desdibujando las actividades terapéuticas necesarias.

“Una comunidad puede acompañar mejor o peor a un adicto, consumidor, paciente. Pero el trabajo específico para que lo sintomático o el padecimiento se constituya posible para sostener lazos de sostén, requiere de un trabajo particular del equipo de salud que no puede ser sustituido por las actividades comunitarias” (E3).

La perspectiva de que lo comunitario debe ser un enfoque que requiere un armado nuevo y una estructura de recursos diferentes, está presente en algunos de los actores, de manera más compleja que solo actividades de promoción y prevención de la salud. Como bien lo plantea la responsable del órgano de revisión nacional de la Ley de Salud Mental: *“Es decir no se hace de cualquier manera, no se puede hablar de externación como número de personas que se sacan de un lugar para que entonces vayan a la comunidad y la comunidad no tenga las armas para sostenerlas y sea peor el remedio que la enfermedad” (C5).*

También esta línea de trabajo está presente en los equipos regionales que llevan adelante algunas de las experiencias alternativas a la lógica manicomial. Los mismos conscientes de la precariedad estructural que los obliga a abrirse paso con cierta autonomía de las planificaciones gubernamentales. En este sentido, reflexiona un profesional de un hospital de día que armaron esta experiencia siendo residentes y con becas proporcionadas desde el Ministerio de Salud de Nación, sin apoyo del propio hospital, ni de la provincia:

“Realizamos una apertura comunitaria del hospital, quisimos hacer algo distinto que se diferencie del hospital. Abrimos una puerta para un acceso independiente del hospital, que da a la calle que atraviesa el hospital en su parte de atrás y realizamos un mural comunitario para su apertura, invitando a las escuelas para realizarlo. Ahí si es donde concurren los funcionarios de la Sub- Secretaria. Se sacaron un montón de fotos y lo

subieron a la página. Para nosotros está bueno igual porque es una forma de difundir lo que hacemos” (E2).

La inclusión social encuentra sus límites en la propia apertura de la sociedad, algunos de los emprendimientos que son llevados adelante con mucho esfuerzo de los equipos, no logran trascender la propia institución que los contiene, no por los límites de la propia institución sino por los límites de lo comunitario.

“Ahora hay como una vuelta interesante que, por ejemplo, bueno que la Dirección ha tomado conocimiento a partir de que se ha presentado la idea de armar un emprendimiento con los pacientes, ubicar alguna instancia laboral para los pacientes dentro de ahí del Hospital y la verdad es que están en una apertura que están hablando de colaborar financieramente, en gestionar el lugar ...estamos viendo a ver si se puede armar un lavadero y la verdad, es que en este momento hay como una apertura a escuchar esto, alentador...” (E4).

Por otro lado también se encuentra presente en los profesionales que trabajan en terreno las dificultades para trabajar en la comunidad y la complejidad que esto conlleva; ya que las mismas no alojan a priori de manera no conflictiva a los usuarios de salud mental. Una de las entrevistadas plantea que:

“Hay actividades comunitarias fundamentales que son las que desestigmatizan y modifican las representaciones que tiene la gente, favoreciendo así la aceptación de los pacientes en su comunidad.” (E1).

En otra de las afirmaciones de una entrevistada, se subraya esta idea del apoyo estatal, la dimensión política y políticas de salud acordes para lograr que esta noción de inclusión comunitaria sea sustentable.

“Bueno... uno de los trabajos más difíciles es la comunidad en general. Cómo transformar también a ese nivel, de un imaginario social que aún sostiene en muchos casos la locura atada a la peligrosidad, a la idea de que si alguien deviene diferente o loco, su destino debe ser el encierro, el apartamiento, el aislamiento. Eso está todavía muy presente, me parece, como –en general- como un trabajo que va a llevar su tiempo. Y también como lo que implica otra dimensión como es lo político y en todo caso lo que

implica realmente políticas de salud y sociales que estén acordes con esta transformación y que sostengan todo el proceso que después se va haciendo en otras instancias. Si no es ahí con el sostén de un Estado me parece que se dificulta mucho. O se lleva delante así de una manera muy inestable. Así que nada, creo que hay varias cuestiones todavía” (E4).

Capítulo IV

“Fijate de qué lado de la mecha te encontrás,
con tanto humo el bello fiero fuego no se ve
y hay algo en vos que está empezando a asustarte...
cosas de hechicería desafortunada.”
(Queso ruso. PR)

En el planteo de este capítulo reflexionamos sobre el tipo de Estado contemporáneo y la caracterización de sus políticas públicas, de esta manera fundamentamos lo trabajado en el capítulo anterior respecto a la caracterización de la política de salud mental. En este eje aparece con contundencia, que la responsabilización hacia los trabajadores y la apelación a lo comunitario son elementos constitutivos de las políticas actuales. Este contexto resulta sumamente interpelador para la profesión, que tiene una historia con el desarrollismo y el lugar que el trabajador social debería desempeñar en él.

Subrayamos una preocupación de que se repitan algunas de estas lógicas que probaron que no favorecían la autonomía del trabajo social ni de los sectores con los que trabajamos. Asimismo, trabajamos conceptualmente con la idea de comunidad, discutiendo nociones románticas e ideales. De esta manera vamos dando forma al segundo objetivo específico de la indagación que se relaciona con identificar las perspectivas presentes en el escenario de transición entre las lógicas manicomiales y lógicas de autonomía en el campo de la salud mental. Introducimos la dimensión política como clave para pensar la profesión en este contexto.

Neodesarrollismo, la vuelta a lo comunitario y la responsabilidad del Estado

Sí bien reconocemos los avances en el campo de la salud mental es necesario introducir algunas advertencias que se relacionan íntimamente al tipo de Estado y políticas públicas que se llevan adelante en la actualidad.

En primer lugar la sanción de la ley es un logro, pero la misma no ha sido acompañada al menos hasta el momento con un diseño de política pública que se encamine a cumplir algunos de sus puntos más importantes.⁴⁴ Tampoco existe una política planificada e integral de salud mental si no que continua siendo en la mayoría de los casos focalizada y subsidiaria podríamos decir con algunas reminiscencias de los años noventa.

Como veíamos en el recorrido histórico y en las entrevistas realizadas, las experiencias y acciones que se enmarcan en una perspectiva de derecho siguen siendo básicamente armadas de manera aislada y artesanal por equipos o distintos grupos de trabajadores y usuarios. Esto es, se les pide a los trabajadores que hagan su esfuerzo para integrar aquello que en la política social se presenta como fragmentado y escaso. Es aquí donde la marca filantrópica nuevamente amenaza con invadirlo todo.

La retorica oficialista plantea el retorno de la fuerza del Estado con políticas inclusivas y universales, pero es necesario remarcar que para una amplia gama de sectores públicos esto no sucede así. Y por otro lado la configuración de políticas más inclusivas también se vincula al hecho de que existen correlaciones de fuerza y procesos de lucha que reclaman e instalan demandas y derechos. Es decir, no son dádivas de los gobiernos si no la expresión de las luchas históricas que evidencian la dirección política que asumen los procesos. Tomando los datos macroeconómicos de nuestra región, podemos mencionar que al mismo tiempo que el crecimiento de las tasas de ganancias y las variables macroeconómicas muestran un desarrollo positivo, éste no se acompaña con una distribución para todos los sectores poblacionales. (Feliz, Mariano: 2012)

⁴⁴ Si bien no es tema de esta presentación, podemos afirmar que no sólo se trata de escasez de recursos, sino de una perspectiva teórica ideológica ya que podrían tomar algunas decisiones que comenzaran a desarmar la lógica manicomial. Nos remitimos a los cuadros del presupuesto destinado a la salud mental, para observar que se invierte dinero allí pero orientado a sostener las estructuras manicomiales y la medicación. “Mayor presupuesto para el caso de la salud mental no asegura per se cambios en los patrones culturales y asistenciales de quienes tienen el mandato social de «administrar» el problema de la locura” Alberdi, J. M. (2006:43)

Se identifica que esta redistribución no es tal, para el sector de salud, el mayor presupuesto se sigue destinando para sostener las estructuras manicomiales y no se ha destinado uno para operacionalizar la transformación. El principio de intersectorialidad (vivienda, educación, inclusión) al que se apela se contradice con la fragmentación de políticas subsidiarias (planes asistenciales, pensiones) focalizadas estrictamente para los pobres. Este proceso está ligado al tipo de Estado que caracteriza a la forma de producción actual del capitalismo.

Para definir el momento actual del capitalismo y su relación con Estado y los procesos productivos, nos ubicamos en el posneoliberalismo, el cual supone la superación dialéctica del proyecto neoliberal. Esto significa la reestructuración de las economías de los países latinoamericanos en una nueva etapa capitalista basada en el saqueo de las riquezas naturales y la transnacionalización del capital. (Feliz, 2011)

El autor Mariano Feliz (2011) nomina a esta nueva configuración de los espacios nacionales como una forma de desarrollo neodesarrollista.

“El neodesarrollismo es una modalidad de desarrollo en el capitalismo que reconoce el poder del pueblo trabajador al interior del capital como fuerza subjetiva. La idea de un proyecto neodesarrollista hace referencia a la forma-Estado que reconoce la fortaleza de la clase trabajadora como sujeto dentro del capital. Ese reconocimiento parte del otorgamiento de concesiones a los trabajadores que se producen junto a una intervención del aparato gubernamental más directa en la regulación de la actividad económica y la promoción del desarrollo capitalista.” (2011:254)

En ese marco, el Estado intenta canalizar institucionalmente y contener las demandas políticas de los sectores mayoritarios intentando garantizar la reproducción social de su legitimidad. Por otro lado, modifica su forma de intervención en el ciclo del capital buscando sostener la reproducción de la sociedad pero en una modalidad que repolitiza las relaciones sociales y reconoce la batalla de actores enfrentados. (Féliz, 2011)

El Estado aparece no tanto como espacio en disputa, sino como punto de condensación de las exigencias populares, como canalizador de las demandas sociales históricas. Estableciendo un franco contrapunto con la época neoliberal más clásica de los

90, donde el Estado actuaba sin tapujos a favor de los sectores dominantes. A partir del 2003, en nuestro país (pero también pensado como un fuerte movimiento para toda Latinoamérica) el autor menciona que: “El Estado debió abrirse a las demandas de la población organizada y crear espacios formales y políticas para canalizar – y en extremo desactivar – la agitación social.” (2011:256)

Claro está que la mayoría de las veces este proceso aparece invisibilizado, y las acciones se nos muestran como actos de gobiernos o bondades de la política partidaria y no como expresiones y conquistas obtenidas por la presión de grupos sociales.

Esta caracterización presenta un panorama complejo para el campo de la salud mental, ya que por un lado, este Estado caracterizado como Neodesarrollista, es el que permite canalizar las demandas históricas de los distintos actores que venían batallando en pos de la salud mental, consolidándose en la aprobación de la Ley 26.657. A la vez la invisibilización de la disputa, se hace presente cuando hablamos de “Nueva” Ley, “Nuevas” perspectivas, que omiten el sentido desarrollo histórico y lo presentan como un acto de gobierno (solamente).

En este punto resulta coherente que los gobernantes de la Provincia se adjudiquen el papel de conductores del proceso de transformación, siempre y cuando sean los trabajadores que lo lleven adelante. Esta idea enlaza con los postulados Neodesarrollistas.

A la vez para la profesión del trabajo social esto tiene algunas reminiscencias sesentistas, donde el desarrollismo posicionó al método de organización y desarrollo de la comunidad como la posibilidad de trabajar desde un lugar diferente.

Detengámonos un momento en este punto para realizar algunas consideraciones.

La década de 1960 proponía una nueva concepción de Estado vinculadas a las prácticas del campo de lo social. Época convulsionada por la reciente revolución cubana (59), la constitución de la Alianza para el Progreso como estrategia de los EEUU para controlar la convulsión social que se estaba gestando. Las políticas sociales del desarrollismo van a tener un escenario privilegiado que será la comunidad, donde podrían aplicarse las nuevas técnicas.

La comunidad sería responsable de sus propios problemas, por un lado porque ella los generó y por otro lado porque dentro de ella están las formas de solucionarlo. Dicho así de manera algo exagerada, pero que contiene las ideas principales del desarrollismo, se le pide al trabajador social que trabaje con el desarrollo de la comunidad y con las actitudes de la gente porque estas frenan el cambio. (De allí la ficción del trabajador social como agente de cambio)

En este sentido, resulta interesante ver algunos puntos de encuentro con lo que se viene analizando hasta ahora. La apelación fuerte a la comunidad y al trabajo comunitario, la concepción de que son los profesionales y agentes del campo con sus actitudes las que imposibilitan la transformación.

Creemos que las similitudes entre el Estado Desarrollista y el Neodesarrollista reeditan algunas de estas discusiones, que una vez más nos aparecen como inéditas, y no lo son. No estamos planteamos que sean lo mismo, pero sí que resulta fundamental poder revisar los procesos históricos para direccionar los análisis. Analizar las transformaciones exige su abordaje en el marco de un contexto de producción, en la comprensión de los episodios del pasado y las particularidades del presente (Faraone, S. 2010) No es casual que las experiencias innovadoras en salud mental hayan estado habilitadas en la década del 60 como parte de un proyecto modernizador y progresista, tal como lo veíamos en capítulos anteriores. En la misma dirección entendemos los dichos de los directivos de hospitales y representantes de la OPS que realizan llamamientos a la militancia, compromiso y cambios de actitudes de los trabajadores, de allí que aparezca con reiteración la capacitación como eje central de la transformación.

Que el peso de las reformas siga cayendo sobre los trabajadores, aún cuando los indicadores macroeconómicos parecieran progresar, es una característica clara del modelo neodesarrollista.

Entendemos que una de las continuidades de las nociones desarrollistas se expresan en el ideal de comunidad, el cual se cuela en el diseño de las políticas públicas, así como en las directrices de la OPS/OMS y afirmaciones de los funcionarios donde se

confunden el enfoque comunitario en salud mental con que la comunidad reciba y atienda a los “locos” que le corresponden.

En primer lugar discutiríamos esta noción romántica de comunidad, Barriero y otros (2002:135) plantean que: “Hoy el territorio encierra otras lógicas, fracturas y heterogeneidades que determinan conflictos y confrontaciones en su interior, ejemplificaciones de estos procesos se visualizan por ejemplo, en liderazgos políticos de perfil clientelar, con su consecuente desarticulación de organizaciones de base.”

Es decir, las comunidades no pueden pensarse como un todo armónico que alojarán a las personas con padecimiento mental, la distribución de recursos también generará hacia el interior disputas por el manejo de recursos y hegemonías locales. Aparece también la ruptura de lazos solidarios, deterioro de la red de contención, transformación de los códigos internos, confrontaciones barriales. (Idem)

Respecto al concepto de lo comunitario, el mismo es desarrollado por Ardila y Galende (2011) en relación de cómo se ha trabajado con la comunidad en las reformas de “atención psiquiátrica”. En este punto discernimos ya que la apelación a la comunidad abarca las reformas sanitarias y no sólo las de atención psiquiátrica. Los autores plantean que:

“Sin duda, que el conjunto de las propuestas que hoy se hacen bajo el concepto de “comunitario” en el campo de la Salud Mental, plantean un modo nuevo de concebir lo comunitario. Se trata de incorporar nuevos significados a este concepto y a la vez definir nuevas prácticas ligadas a estos significados.” (2011: 40)

Luego de realizar un recorrido histórico por el concepto, se trabaja la relación entre Salud Mental y Comunidad, como una amalgama que permite plantear una perspectiva de trabajo diferente a la manicomial. El objetivo primordial es “preservar en todo lo posible los vínculos comunitarios, familiares y sociales del paciente, a la vez que toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social del sujeto afectado (en el mismo sentido que propugna el documento de la OMS, Rehabilitación Basada en la Comunidad).” (2011:47)

Este objetivo lo encontramos en principio problemático debido que, no incluye la noción de conflicto mencionada más arriba, y agregaríamos, la posibilidad del análisis situado, es decir, la evaluación conjunta tanto con la persona, familiares y equipo interdisciplinario de la preservación de ese tipo de vínculos en relación al padecimiento que aqueja al sujeto.

No obstante los autores agregan que Salud Mental en la Comunidad es también un proyecto en construcción donde se trata de un giro de la atención psiquiátrica (nuevamente, no sólo psiquiátrica!) en tres dimensiones:

a) Pasar de la hospitalización psiquiátrica asilar a servicios próximos a la comunidad y al territorio de vida del paciente (servicios comunitarios); b) pasar de una práctica de la prescripción a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad respetando su dignidad y reconociendo sus derechos; c) pasar de un enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo. (2011:47)

Esta última parte la entendemos como una perspectiva comunitaria para el trabajo en salud mental, que volvemos a insistir no debe confundirse con lo territorial de la comunidad. Ya que implica una perspectiva de conocimiento para los agentes que trabajan en el campo y habilita a pensar a las personas situadas, incluso cuando concurren a una guardia de salud mental, cuando se encuentran internada de manera asilar, cuanto atendemos a alguien en una escuela, centro de salud, servicio social, desde un hospital general.

Respecto a la caracterización de una perspectiva comunitaria, De Lellis y Sosa, S (2012) nos brindan algunas orientaciones acerca de la misma.

En relación a las internaciones, se fijan pautas y reglas para efectuar las internaciones, que deben tener una periodicidad acotada, contar con voluntad expresa de aceptación y hallarse fundamentada por criterios profesionales, reafirmados periódicamente ante autoridad competente. Se trabaja en pos de favorecer las altas, se coordina el trabajo de equipo en salud mental, e incorpora en la medida de lo posible la participación de miembros de la comunidad, o bien de asociaciones de usuarios y/o

familiares. Se propone la horizontalidad de las profesiones, destacándose el criterio de idoneidad y competencia profesional.

Nos planteamos como preocupación que hoy las comunidades adquieren otro sentido ligados no tanto al “bien común”, sino a la seguridad, a las cuestiones identitarias, basadas en una fuerte individualización y atravesadas por la mercantilización. Entendemos que en realidad, ésta es una característica de las instituciones contemporáneas que conforman las comunidades y que muchas veces se trasladan las mismas lógicas que las existentes en la institución asilar.

Ardila y Galende finalizan afirmando que: “Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común.” (2011:49) En este aspecto, entendemos que habría que situar algunas balizas, que impliquen que lo que atendemos en primer lugar es a ese sujeto, lo que ha podido hacer con su padecimiento, ese arreglo subjetivo, que siempre es singular, y que establece un lazo social con otro que nunca es pacífico. De allí se establecerán estrategias que no pueden definirse a priori.

Con esto no queremos dar cuenta de una postura anticomunitarista, pero si llamar la atención, sobre orientar nuestras intervenciones desde un ideal de comunidad.

Nos preguntamos entonces ¿porqué esta vuelta a lo comunitario de la mano de un Estado con configuraciones neodesarrollistas? Algunas de las cuestiones las fuimos respondiendo, quedando por profundizar la explicación política ideológica por la cual este mecanismo procede.

Lo político y el malestar como parte del proceso

Resulta esclarecedor al respecto, el planteo de Stavrakakis, Y. (2007), quien discute la importancia de lo político en la teoría lacaniana. Siguiendo esta línea analítica nos ofrece una explicación a partir de ubicar que toda promesa política está sostenida por una referencia a un estado perdido de armonía, unidad y completud, una referencia a un real presimbólico que la mayoría de los proyectos políticos aspira a recuperar. Si la realidad social está marcada por la falta, si el goce es sólo parcial, entonces el estado presimbólico

que añoramos tiene que ser un estado de completud, un estado sin límites. La orientación por un ideal comunitario, entonces permite cerrar sentido tanto político como práctico para pensar las transformaciones en el campo de la salud mental.

“¿Pero cómo se consigue esto? Si la fantasía social produce la sustentabilidad de una determinada construcción, sólo puede hacerlo presentando al síntoma como "una extraña, perturbadora intrusión, y no como el punto de erupción que de la de otro modo oculta verdad del orden social existente" (Zizek, 2000: 40). Es decir, la demonización de la institución- lógica manicomial vs la perspectiva comunitaria, imposibilita ver que el orden manicomial ha servido a los fines sociales –y lo sigue haciendo- y las lógicas comunitarias no carecen de estos elementos estigmatizadores.

“La fantasía social de un orden social o natural armonioso sólo puede sostenerse si todos los desórdenes persistentes pueden ser atribuidos a un intruso extraño. Para volver a nuestro ejemplo, el carácter ilusorio de nuestra construcción armoniosa de la naturaleza se muestra en el hecho de que hay una parte de lo real que escapa a su esquema y toma una forma sintomática (alimaña, etc.); para que esta fantasía pueda mantener su coherencia, este síntoma real tiene que ser estigmatizado y eliminado. No puede ser aceptado como la verdad excluida de la naturaleza; un reconocimiento tal llevaría a la dislocación de la fantasía en cuestión. Cuando, no obstante, se revela la dependencia de la fantasía con respecto al síntoma, entonces el juego –la relación- entre el síntoma y la fantasía se revela a su vez como otro modo del juego entre lo real y el nexo simbólico-imaginario que produce como resultado la realidad.” (Stavrakakis, Y. 2007: 104)

En esta lógica, aquellas poblaciones que no se adaptan a la vida en comunidad, por culpa de su padecimiento mental, deben ser devueltos a la comunidad y todos los esfuerzos del sujeto, así como de los equipos tratantes, deben apuntar a que puedan ocupar un lugar en esa fantasía social. El problema con el que nos encontramos es la cosificación de lo comunitario bajo un orden social armonioso, el problema en realidad es que lo comunitario es parte de la misma lógica que crea el manicomio, y que en realidad se trata de encontrar con las personas con las que trabajamos arreglos provisorios, que le permitan estar en el mundo, ya sea su comunidad de origen como otros proyectos que se

puedan ir construyendo en función de los recursos subjetivos y materiales a los cuales se acceden, y que serán siempre provisorios. No es una perspectiva fatalista, sino que incluye la idea de malestar subjetivo y malestar societal intrínseco a la lógica capitalista.

Pensar en la inclusión social de las personas con padecimiento mental en las comunidades, concepto que aparece en la LNSM, plan de salud mental, y diversos programas resulta tarea compleja. Ya que la comunidades también opondrán su resistencia.

“En la medida en que una comunidad experimenta su realidad como regulada, estructurada, por la fantasía, tiene que repudiar su imposibilidad inherente, el antagonismo en su propio corazón y la fantasía da cuerpo a este repudio. Brevemente, la efectividad de la fantasía, es la condición para que la fantasía, mantenga su control” (Stavrakakis, Y. 2007: 159)

Tanto Stavrakakis como Zizek plantean su preocupación por la orientación por los ideales en el plano político⁴⁵: “...en la esfera ética, el ideal fantasmático de armonía todavía es dominante. Si hoy estamos situados en un terreno de aporía y frustración es porque aún fantaseamos con algo que ha revelado ser, cada vez más imposible y catastrófico. Aceptar esta imposibilidad última parece ser la única vía de salida de este estado problemático.” (idem: 159)

Para Zizek, la falta y el antagonismo son constitutivos de lo social y, de esta manera, todas las construcciones utópicas, incluyendo los discursos proféticos del humanismo, de lo comunitario, se equivocan en su punto totalitario. Lo que hace la fantasía utópica es ocultar la falta en el Otro. “Este reconocimiento de la imposibilidad de la sociedad, de un antagonismo que atraviesa el campo social, constituye el punto de partida de casi todas las ideologías políticas. Sólo si se lo presenta en oposición al fondo de este desorden, el orden final armonioso que promete la fantasía utópica adquiere

⁴⁵ Por el contrario, la democracia se basa en el reconocimiento del hecho de que ningún principio así puede pretender ser verdaderamente universal, en el hecho de que ninguna construcción simbólica social puede jamás pretender el dominio de lo real Imposible. La democracia implica la aceptación del antagonismo, en otras palabras, el reconocimiento del hecho de que lo social siempre estará estructurado en torno a una imposibilidad real que no se puede suturar. (Stavrakakis, Y. 2007:169)

fuerza hegemónica.” (Idem: 168). Y es justamente este planteo el que abre la posibilidad a la política, a incluir el conflicto, lo disruptivo, el malestar como parte constitutiva de los procesos, imposibilidad de eliminarlos en el análisis. La cuestión central aquí es que la sociedad y la historia se constituyen y reconstituyen todo el tiempo a través del juego interminable entre posibilidad e imposibilidad, orden y desorden.

Castoriadis (1993) en el mismo sentido reconoce esta imposibilidad, a la vez, que las instituciones heterónomas cercenan al sujeto histórico que las ha creado, y reconoce la imposibilidad de acceder a los deseos originarios. Para el autor, la incorporación de la imposibilidad a la actividad lúcida y política, es la clave para el proyecto de autonomía, proyecto no orientado por los ideales ni de forma universal, pero proyecto construido que permita sostener la política como una praxis.

Volvemos al punto de partida que plantea a las transformaciones de la política en salud mental ancladas a un ideal comunitario, lo cual tiene consecuencias explícitas en el diseño de las mismas.

En este sentido desde las instancias estatales ejecutivas y judiciales se les pide a los trabajadores y a los equipos que lleven adelante la transformación del campo de la salud mental con las mismas políticas fragmentadas e ineficaces, fetichizando el sentido de la comunidad, las familias y la Ley. Resulta fundamental tener estos elementos en cuenta, para poder hacer frente en términos analíticos al desgaste y alienación a los que están expuestos los equipos de salud y sobre todo para resistir desde las propuestas alternativas que supimos construir. Disputando en el campo que las mismas se constituyan como política pública.

En un trabajo anterior mencionábamos:

“Ante esta matriz despolitizante y deseconomizante [del campo de la salud mental] se vuelve sustancial una lectura compleja, rigurosa y en clave socio- histórica a fin de no sucumbir en la desesperación voluntarista de indexar a la categoría profesional la responsabilidad de toda transformación; o bien de abonar el resentimiento paralizante ante una ley añorada pero imposible de materializarse. Es importante considerar que la

dimensión jurídico normativa es una expresión mediatizada y mediatizante de las disputas y tensiones en nuestra sociedades occidentales; así como de las estrategias y estructuras políticas creadas para “hacer algo con ellas”. Desde esta comprensión los trabajadores sociales junto a otros colectivos podremos participar activamente de la creación, defensa y uso de herramientas que no fragmenten.” (López, M. y Weber Suardiaz, C: 2014: 87)

Este proceso de estos últimos años nos vuelve a enseñar que pensar prácticas autónomas, es pensar en poder decidir. Supone establecer nuevas relaciones que superen el plano individual y que incluyan al Otro como sujeto –no universal. El eje de la universalidad se encuentra presente en toda la ley nacional como noción de derecho, y puede orientar las estrategias de manera operativa: acordando los tratamientos con las personas, evaluando las estrategias más adecuadas en cada caso para el padecimiento mental, respetando las decisiones de los sujetos con los que trabajamos, exigiendo una atención adecuada para las personas en virtud de sus derechos.

A pesar del aparente panorama pesimista, existe la posibilidad de fundar nuevas hegemonías, las disputas permiten poner en evidencia la dimensión política como constitutiva de nuestro que-hacer/ saber profesional en el campo de la salud.

Finalmente retomando el planteo de Castoriadis (2010), proponemos una reflexión lúcida sobre nuestra praxis que nos permita pensar estrategias *que no confundan la intención y realidad, deseable y probable con los ideales pero que en el mismo movimiento no renunciemos a ellos.*

El desafío de la atención a la salud mental integral comunitaria exige plantear ampliamente el debate sobre la producción de cuidados y de las supuestas características inclusivas de la sociedad contemporánea (marcada por el consumismo, el individualismo, la competición, la violencia en el espacio público, los prejuicios, etc.)

La cuestión es particularmente grave en la provisión de cuidados para las personas con padecimiento mental, ya que los modelos convencionales de familia con los que opera el saber médico se van desestructurando y la capacidad de producir cuidados en su ámbito disminuye y, en todo caso, recae sobre el componente femenino de las mismas. Por eso se torna central en las discusiones de las reformas sanitarias, que las lógicas

manicomiales dejen de orientar la política social; pero sin asentarse en perspectivas simplificadoras de lo social donde las familias y las comunidades de origen, integrarían sin conflicto a los usuarios, cuando ni siquiera pueden sostenerse ellos mismos, ni a otros conjuntos sociales.

Como claramente lo afirma José María Alberdi:

“Si no se avanza en la construcción de servicios alternativos al manicomio, como Centros Comunitarios de Salud Mental que funcionen las 24 horas, Cooperativas de Trabajo y Centros Culturales y de Acompañamiento Diario co-gestionados con los usuarios, se perderán «oportunidades históricas» y la mayor parte de los recursos continuarán presupuestando los manicomios y las administraciones «progresistas» continuarán salvando la institución totalitaria y reduciendo las políticas de externación a un mix de soluciones familiaristas con aportes comunitarios sumamente precarizados.” (2006:41)

Capítulo V

“Esto es efímero ahora efímero
como corre el tiempo!
Tic... Tac efímero luces efímeras
(pero te creo...)”

(Ya nadie va escuchar tu remera. PR)

Este capítulo apunta a subrayar analíticamente aquellos aspectos extraídos del trabajo de campo que dan cuenta de los elementos más significativos de la reforma política e institucional del subsector salud en el trayecto de adecuarse a los lineamientos de la LNSM. Como primer aspecto relevante, señalamos la tensión dicotómica entre lo nuevo- y lo viejo, lo cual nos habla de diferentes posturas políticas ideológicas. Se procura identificar ¿Qué tiene de nuevo la LNSM? La cual resulta paradigmática en el proceso de transición. A estos fines se entiende como fundamental, trabajar con las características que adquiere la subjetividad en el capitalismo contemporáneo, ya que la misma se liga directamente con la idealización de lo nuevo y la fetichización de problemas sociales. Aquí nuevamente insistimos con revalorizar la dimensión política para pensar la profesión.

Acerca de lo nuevo

Podríamos decir que lo nuevo es un adjetivo de moda que se incluye de manera apresurada a distintos procesos. *Nueva* ley de salud mental, *Nuevas* subjetividades, *nuevos* problemas sociales, entre otros. En este sentido, creemos que es importante subrayar, que la pasión por lo nuevo es una de las significaciones imaginarias⁴⁶ que sostienen al capitalismo, dentro de la organización de la lógica del mercado y que justamente es productor de subjetividades fragmentadas.

Desde esta perspectiva de pensamiento suele banalizarse/ naturalizarse aquello que sería lo nuevo, sin negar el imperativo societal que esto implica. Nuestra época es la

⁴⁶ Este concepto de significaciones imaginarias sociales lo tomamos de Castoriadis(2010)

de lo nuevo por excelencia, deseamos lo nuevo, es lo que nos falta, es la exigencia de nuestra cultura. Y como dice Alain Miller: "lo nuevo es la forma sintomática de nuestro malestar en la cultura." Y agrega ¿por cuánto tiempo lo nuevo sigue siendo para nosotros nuevo hoy? (Miller, J. A. 2006: 329)

Antonio Gramsci, desde otra posición teórica, afirmaba: "*lo nuevo que no termina de nacer, lo viejo que no termina de morir*", esta afirmación nos permite situarnos en planteos no dicotómicos entre lo nuevo y lo viejo y así analizar los momentos de transición, consideramos que esta es una clave importante para leer el proceso actual.

Retomando a Miller, si quedamos instalados en el automatismo de lo nuevo (todo tiene que ser nuevo), este carece de sorpresa (sería un falso nuevo), opacando las lecturas complejas que permiten reconocer la procesualidad, la participación de distintos actores en pugna, las tensiones y contradicciones en las que estamos inmersos.

A esta idea le sumamos la de Castoriadis cuando afirma que: "¿Lo que estaba en lo viejo está, de una manera o de otra, preparando lo nuevo o relacionándose con él? Pero aquí otra vez interviene fuertemente el principio de 'cierre'. En resumidas cuentas: lo viejo entra en lo nuevo con la significación que éste le da a aquél, y no podría ser de otra manera.

Basta recordar cómo, desde hace siglos, las ideas o los elementos griegos o cristianos han sido continuamente redescubiertos y remodelados (reinterpretados) en el mundo occidental para conformar lo que equivocadamente se llama las necesidades, y que, en realidad, es el esquema imaginario del presente." (1986: 5) Es decir lo nuevo existe en función de creación humana, lo viejo que insiste, no es aquel que existió en el pasado, sino aquel significado en el presente desde nuevas significaciones imaginarias sociales.

Si trabajamos esta idea en el campo de la salud mental, podríamos hacernos las siguientes preguntas. ***¿Qué es lo nuevo entonces en relación a la política de salud***

mental? ¿Qué tiene de nuevo la nueva Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657?

La ley tiene más de cuatro años, ya podríamos entonces de dejar de decirle nueva, para también subrayar su total instalación en la sociedad.

Ahora si le seguimos incorporando nueva porque vemos que sus principios no se han concretizado, vamos por el mal camino, ya que el trabajo en salud mental no se orienta por el ideal de la ley de forma absoluta sino que su texto marca una regulación que nos permite tomar como marco, referencia, en una tensión imborrable entre el universal y la particularidad de las situaciones. De allí que:

“Tampoco podemos desconocer la importancia del sentido social de la ley y de su eficacia como organizador simbólico de la vida social. Tal eficacia, que fuera fundante de la modernidad, hoy se encuentra tensionada (...) Observamos cómo se produce la paradoja de una entronización de la ley frente a la incapacidad de que su contenido político sea concretizado. Y vinculamos este aspecto a la crisis de significaciones sociales, especialmente a la crisis de la ley como ordenador simbólico.” (Fuentes, Weber y Zucherino en Cruz, Fuentes y Malacalza. 2012:38)

Como señala Castoriadis (2010), la crisis de estas significaciones no significa su total desmoronamiento; el autor inclusive explica la supervivencia de esta sociedad a partir de que los sujetos, aun con escepticismo y con desconfianza, siguen funcionando parcialmente al amparo de las significaciones de otra época. Esto explica, de algún modo, todo lo que se demanda a la ley, el énfasis que se pone al depositar en la letra de la ley la capacidad/ incapacidad de transformar prácticas y de “resolver” los problemas expresados en el cotidiano.

Como consecuencia de ello los debates respecto de las leyes se encaminan al maniqueísmo entre sus detractores y sus defensores sin que ello implique debatir su contenido político. Se pretende que una herramienta jurídica sea capaz de transformar el

discurso hegemónico que constituyó esta mirada y estas prácticas respecto de la salud mental sin cuestionar las condiciones estructurales en las que las mismas se enmarcan.

Ahora bien, si bien la ley es un producto histórico, sus implicancias estarán ligadas a las marcas que el mismo ha trazado y que plantean desafíos que sobrepasan su texto. Puntalicemos rápidamente algunos de estos trazos.

El Capitalismo contemporáneo produce subjetividad de determinada manera, algunos autores caracterizaran a este momento como globalización, barbarización de los procesos sociales, sociedades postindustriales, postneoliberales, pero más allá del detalle de estas caracterizaciones, todas coinciden en que el capitalismo, no solo socava y fragiliza los lazos sociales, sino que produce sujetos, con una pretensión de homogeneizar, vía el consumo, vía el control social, vía la fetichización de los procesos sociales.

En este sentido, algunos autores mencionan que el capitalismo está en crisis, en realidad lo correcto sería decir que las instituciones que simulaban su regulación, se encuentran en crisis (por el propio desarrollo del capitalismo) buscando nuevas lógicas para sostenerse. (Alemán, J: 2013) La característica discursiva es el consumismo sin límites, y su consecuencia es intentar producir sujetos sin legado histórico ni herencias simbólicas. De allí se desprenden las explicaciones simplificadas de un “nuevo” enfoque de derechos, una “nueva” ley, “nuevos” sujetos que invisibilizan la historicidad que los contiene y donde pareciera que todo tiene que comenzar de nuevo.

Justamente la crisis deviene de ese exceso que las instituciones no pueden contener. Implantando la idea de que el pasado no existe y que el futuro será catastrófico. Esta incertidumbre tiene la intención de plantear la imposibilidad de realizar proyectos colectivos y a largo plazo.

Frente a esta caracterización entonces podemos entender cómo se analiza la LNSM como una “cosa” a aplicar, desconociendo los procesos históricos que conlleva, a la vez una idea de inmediatez efectista desligada de la situación de las instituciones,

conformadas por sujetos que deben llevar adelante las políticas y sus leyes. Es decir no podemos analizar sus incumbencias sin tomar en cuenta la crisis de las instituciones y las características de la subjetividad contemporánea y el valor que tiene el estatuto de la ley en nuestra sociedad.

Podemos decir que esta ley expresa viejas luchas del campo de la salud mental, ha sido producto de innumerables disputas entre distintos actores que a lo largo de los años fueron construyendo consenso y alianzas para generar legitimidad y lograr que la misma se apruebe. Constituye una herramienta en la construcción de estrategias e instituciones centradas en la garantía de los derechos humanos, la democratización de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes centrados en la interdisciplina y la intersectorialidad. Es decir consolida una base para que las experiencias y prácticas alternativas puedan consolidarse a nivel nacional.

La puesta en agenda de las problemáticas del sistema de salud mental, el enfoque desde una perspectiva de los derechos humanos, procesos de denuncia frente al trato de los usuarios, constituye un logro esperado por los actores del campo -al menos de los usuarios, familiares y trabajadores-.

A su vez la LNSM incorpora en su texto la complejidad del campo introduciendo algunas premisas conceptuales fundamentales para pensar la caracterización del escenario: se incorpora un concepto de salud mental amplio que incluye a la salud de manera integral, se introducen a las “adiciones” como parte de esta problemática, incluye la responsabilidad del Estado y la necesidad de entenderlo como un espacio interdisciplinario.

Otra instalación de lo nuevo que suele enunciarse: “el nuevo enfoque/ perspectiva de Derechos Humanos (Falso nuevo). Podemos decir que esta restructuración retoma los ideales de los años 60- 70 respecto del campo de la salud mental. Desde la antipsiquiatría hasta los procesos de lucha regionales. Hasta uno podría decir que el enfoque se remota hasta los ideales de la modernidad. Lo cierto es que los peligros de enunciarlo como nuevo

son la anulación de la historicidad de los procesos y la invisibilización de los distintos actores que participaron en ellos.

Las prácticas alternativas a las lógicas manicomiales no constituyen algo novedoso en sí mismas⁴⁷, hace años que desde distintos lugares se lucha por una atención en salud mental que no esté centrada en la figura del médico, en lo farmacológico y en la lógica manicomial. Esto ha sido subrayado por los distintos entrevistados. Lo que sí es nuevo, es el escenario propicio para disputarlo y consolidar prácticas más autónomas y emancipadoras que permitan a los sujetos portadores de padecimiento mental acceder al ejercicio de sus derechos.

Bien, que esto no sea nuevo no quiere decir que no sea importante. Y lo nuevo aquí, es que la ley existe como texto legal formal y permite otros marcos desde donde trabajar.

Lo que interesa marcar son las tensiones y desafíos actuales que plantea esta ley. A la vez, estar atentos a lo verdaderamente nuevo es esencial, en términos de que la clínica cambia en cada situación singular y de allí su complejidad de abordaje que no contiene solamente una ley.

Con la sanción de la LNSM uno podría apostar que la atención asistencial va tomando nuevas formas o al menos las experiencias alternativas al manicomio toman nuevos impulsos⁴⁸. La salud mental ya no es más un problema de bienestar físico, psíquico, social. Es un derecho para todos, y en tanto derecho humano la LNSM no es un objetivo en sí misma. Hay que entenderla como un instrumento, útil y potente, pero instrumento al fin.

⁴⁷ Esta afirmación se sitúa en la discusión de que no estamos en presencia de nuevos paradigmas sino que por primera vez la perspectiva de derechos tiene un espacio en la agenda pública y una fuerza para disputar hegemonía. Esto es importante en términos de reconocer la historicidad de las discusiones que acarrearón las distintas experiencias de desmanicomialización en nuestro país desde los años 60, la experiencia italiana, etc.

⁴⁸ Las experiencias alternativas no son iguales a las experiencias de sustitución de lógicas manicomiales, con lo cual lo alternativo podría convivir pacíficamente con lo hegemónico. (Schmuck, M y Serra M, F: 2008)

Una dificultad es entender la ley, solo desde su aspecto ideal. El trabajo en salud mental no se orienta por el ideal de la ley de forma absoluta, sino que su texto marca una regulación que nos permite tomar como marco, referencia, en una tensión imborrable entre el universal y la particularidad de las situaciones. Una ley no existe, en el cielo de las leyes, no es independiente de una práctica de la misma. (Laurent, E.:2000) Muchas veces los discursos progresistas insisten en la falsa universalidad de la ley, que impide ver los complejos procesos en los que se encuentra inmersa. El procedimiento crítico ideológico debe precisamente denunciar esa falsa universalidad.

Dicho de otro modo, la **universalización apresurada** propone una imagen casi universal cuya función ciega a las determinaciones histórico- simbólicas, a la historización, a los procesos sociales, a la particularidad de cada una de las situaciones, y el potencial estratégico de intervención que cada una de ellas contiene. (Zizek, S: 2013) Según Zizek, esta negación vía entronización del Universal hace que las particularidades queden subsumidas bajo el ideal provocando la represión de las mismas, cuya consecuencia es la repetición de lo reprimido. Qué queremos decir con esto: que ante la negación de la compleja trama del campo de la salud mental frente a la idealización resolutive de la LNSM corremos el riesgo que la lógica manicomial se reedite, se repita como parte de los procesos de transformación. Pero estas repeticiones, no son meras copias de lo que ya ocurrió; la repetición de lo reprimido, la reedición adquiere un impulso conservador aún más salvaje que su original, la historia se repite pero con todo el respaldo de las fuerzas hegemónicas.⁴⁹

Entonces, es importante subrayar que la transformación no la constituye solo la ley, que es un elemento; el objetivo es modificar un sistema de salud asimétrico, desigual, fragmentado, etc.

Las leyes indefectiblemente tienen que tener una pretensión universalista, -ser para todos igual- el desafío es poder tensionar esta lógica con las situaciones con las que

⁴⁹ Zizek, dirá parafraseando a Marx, primero como tragedia y luego como farsa. (2011)

trabajamos que nunca son iguales, al contrario expresan en cada una de ellas el sentido de la época y su radical singularidad.⁵⁰

Los trabajadores de la salud mental de las instituciones públicas, tenemos que incluir en el análisis, que el sistema no depende exclusivamente de nuestra aptitud profesional, y ni siquiera solamente de las decisiones de las autoridades sanitarias. Hay otros potentes factores que lo condicionan: la política económica, el imaginario social (las instituciones no son sólo lo que sus miembros quieren o hacen de ellas sino lo que la sociedad espera y deposita allí), el poder judicial, los medios de comunicación, la formación académica, la incidencia de los laboratorios, entre otras.

¿Cómo conocer lo nuevo?

En este punto me interesa subrayar que justamente el interés de la ciencia es conocer lo nuevo pero también caracterizar fundamentadamente lo existente.

Nuestro papel como profesionales de la salud asume esa premisa. En la caracterización actual en nuestras prácticas muchas veces no sabemos qué hacer, que estrategias llevar adelante. Resulta difícil “no saber”. Pero, no saber nos abre la posibilidad de una intervención mucho más eficiente, con capacidad de producir respuestas estratégicas que asuman los principios anteriormente mencionados. (Fuentes, P: 2009)

¿Qué significa conocer lo nuevo? Apertura a cuestionamientos, conceptos y lenguajes, cuestionamiento de los marcos interpretativos. En la tensión de lo nuevo que pugna por emerger y lo viejo que se aferra⁵¹, se producen situaciones de perplejidad y como bien decía Lewkowicz (2002), la perplejidad es antesala del pensamiento. Para llegar

⁵⁰ Esta última estrategia implica un reconocimiento simbólico de la irreductibilidad de lo real y un intento de institucionalizar la falta social. Esta actitud es la que Zizek ha llamado la ética de lo real. La ética de lo real nos convoca a recordar la dislocación pasada, el trauma pasado. (Stavrakakis, 2007)

⁵¹ Esto es entre la tensión de las prácticas manicomiales y las enmarcadas en una perspectiva de derechos.

al pensamiento entonces es necesario abstraernos de la novedad e instalar la historización como análisis, permitirse las preguntas, las aperturas y captar la singularidad de las situaciones. Que no siempre encuadran en la ley, ni son enteramente nuevas ni viejas.

En este mismo sentido de recuperar la dialéctica histórica: "Zizek nos llama a no renunciar: debemos preservar las huellas de todos los traumas, sueños y catástrofes históricos que la ideología dominante preferiría obliterar. Nosotros mismos debemos convertirnos en las marcas de estos traumas. Esta actitud... es la única posible para tomar distancia sobre el presente ideológico, una distancia que nos permita discernir los signos de lo Nuevo" (Stavrakakis: 2007:186)

Debemos hacernos la pregunta acerca de las continuidades y las rupturas de las perspectivas hegemónicas en salud mental; acerca de que resuelven las lógicas manicomiales, para no simplificar lo complejo, de qué necesidades resolvían y resuelve el manicomio en términos societales. Aquí se alojan algunas pistas para el análisis que dan cuenta que ante la falta de políticas públicas adecuadas en salud, lo viejo amenaza con restaurarse incluso bajo nuevas formas.

Esto no quiere decir que debemos esperar pasivamente a que las instancias estatales o de gestión planteen un paquete de reformas y una política integral de salud mental donde nos podamos incorporar.

Muchos profesionales y colectivos interdisciplinarios han elaborado propuestas diferentes antes y después de la ley pero para que las mismas puedan desplegar sus capacidades transformadoras debemos enlazarlas a los saberes teóricos que nos permitan imaginar instituciones consolidadas y no dispositivos precarizados, que pueden tener los objetivos más progresistas pero que no pueden sostenerse en el tiempo.

Aquí si apelamos a lo nuevo desde otra significación⁵², siempre estamos creando nuevas formas, instituyentes, respetuosas de los derechos de las personas, el desafío es

⁵² "La ética de lo real quiebra el círculo vicioso de la ética tradicional ideológica o utópica. El fracaso último de las sucesivas concepciones del bien no puede resolverse mediante la identificación con una nueva concepción del bien. Nuestro foco debe estar en la dislocación de esas mismas concepciones. Este es el momento en el que lo real a través de su modalidad política hace sentir su presencia y tenemos que reconocer el *status* ético de esta presencia. (Stavrakakis, 2007:186)

poder enlazarlo de manera interdisciplinaria- intersectorial apostando a que se constituyan en políticas públicas.⁵³

Entendemos que es fundamental plantear que implicancias teórico metodológicas tenemos los trabajadores sociales en este escenario complejo y contradictorio donde las lógicas de derechos humanos pugnan por abrirse paso pero las lógicas manicomiales dan batalla para mantener su hegemonía.

El punto central, se encuentra en los procesos de **desidealización** tanto de la ley como de la política. ¿Qué queremos decir con esto?:

La desidealización tiene que ver con la invitación de sospechar de toda experiencia colectiva que nos quiera fijar en determinado sistemas de identificaciones rígidas (Alemán, J: 2013). La política es un sistema de distribución de ideales: “derechos para todos” “acceso a la atención de la salud mental garantizado”. Si bien estaríamos de acuerdo con estos postulados, nuestro trabajo es darle contenidos a los mismos. Ya habíamos citado a Llobet (2010), cuando menciona que cuando las políticas plantean discursos progresistas que no se condicen con un correlato en la realidad, generan prácticas de exclusión o descuidadanzantes. Es decir, las personas con padecimiento mental tienen derecho a vivir en comunidad, y no encerrados, todos tenemos derecho de acceso a la salud, pero si esas premisas no toman consistencia y quedan solo del lado del ideal, asistiremos a procesos regresivos de derechos.

Desidealización de la política quiere decir poner en contrapunto el texto de la ley con los procesos contemporáneos. Castoriadis(1997) dice que una de las características de

⁵³ Sino como dice J. M. Alberdi (2012) estaremos conviviendo largamente con formas de pseudo- innovación sin cambio/ aggiornadas.

la autonomía es poder cuestionar la propia ley, en este caso cuestionar la ley nos abre la posibilidad de identificar desde donde intervenir conforme a un marco de derechos.⁵⁴

Desidealización significa problematizar, tensionando la lógica del universal.

En esta lógica entonces podemos reconocer que avances y que dificultades se nos presentan ante la LNSM. Principalmente podemos identificar que la LNSM no ha sido acompañada al menos hasta el momento, con un diseño de política pública que se encamine a cumplir algunos de sus puntos más importantes.⁵⁵

⁵⁴ En este punto Castoriadis nos plantea: "El momento del nacimiento de la democracia y de la política, no es el reino de la ley o del derecho, ni el de los "derechos del hombre", ni siquiera el de la igualdad como tal de los ciudadanos: sino el de la aparición en el hacer efectivo de la colectividad en su puesta en tela de juicio de la ley. ¿Qué leyes debemos hacer? Es en este momento cuando nace la política y la libertad como social-históricamente efectiva." (1997:11)

⁵⁵En este aspecto, me refiero específicamente a la provincia de Buenos Aires, probablemente los diferentes lugares tengan distintos matices.

Capítulo VI

“En el fondo, la pregunta fundamental de la filosofía
(igual que la del psicoanálisis)
coincide con el de la novela policíaca: ¿quién es el culpable?
para saberlo(para creer que se sabe) hay que conjeturar que
todos los hechos tienen una lógica,
la lógica que les ha impuesto el culpable.”
Umberto Eco

Este último capítulo, no es un capítulo de cierre, sino que intenta recuperar algunos de los trazos delineados hasta aquí y pensarlos para nuestra profesión.

En los apartados anteriores caracterizamos la política de salud mental, en este nos adentramos en algunas cuestiones que hacen a los equipos que trabajan en las implementación de estas políticas. En este sentido, volvemos a insistir con las nociones de filantropía como lógicas que caracterizan nuestro escenario de intervención. Finalmente discutimos con la lógica del ideal que intenta orientar las intervenciones y se consolida en el discurso acerca de los derechos humanos. Esta fetichización del ideal invisibiliza la dinámica de los procesos sociales. Para lo cual nos valemos de algunos elementos del psicoanálisis para la lectura del proceso y el trabajo de desidealización. Asimismo intentamos plantear algunos desafíos para los trabajadores del campo de la salud mental.

Desafíos para los trabajadores sociales y de la salud en general. Una lectura en clave psicoanalítica.

En este apartado queremos desarrollar algunos aportes del psicoanálisis a la lectura del campo de la salud mental, esta no es una elección azarosa, entendemos por el recorrido analítico que hicimos hasta aquí, que es la perspectiva de conocimiento que más se acerca a dar respuesta a la reflexión sobre el campo.

En primer lugar, la salud mental encuentra antecedentes firmes en los aportes de Sigmund Freud, dando lugar a otras vías de comprensión de las "alteraciones" que vivencian los sujetos. Pero fundamentalmente, el objeto del enfoque psicoanalítico, se constituye como tal en la medida en que hay algo que falta, hay un vacío. No es un objeto

que se construye a partir de las vivencias sucesivas o evolutivas si no que se recorta sobre el fondo de ausencia. (Miller, J.A.: 2005)

Freud postula la pérdida originaria de un objeto que marcará y enmarcará todo el surgimiento y desarrollo del psiquismo humano⁵⁶. (Freud: 2013) Es a partir de allí que el sujeto intentará reencontrar aquel mítico objeto de sus primeras experiencias de satisfacción, la búsqueda con aquello perdido es lo que posibilita el encuentro con otros. (Zizek: 2012)

La verdadera lección del psicoanálisis plantea Zizek, es que: lo insoportable de la vida, es que hay allí afuera acontecimientos que nos perturban: pobreza, matanzas, torturas. Aquí se da el encuentro traumático con un Real insoportable, el sujeto elaborará distintas defensas y mecanismos para poder “vivir con ellos”. La filantropía y la tolerancia multiculturalista para el autor son los mecanismos privilegiados de esta época elaborados por el capitalismo. (2003)

Eric Laurent, nos plantea la posición de Freud respecto a la filantropía: “La indiferencia de Freud se manifestó sólo en relación con la filantropía, ya que siempre desconfió de esta práctica, por encontrarla justificada por el ideal. Sin embargo, su desconfianza respecto del mandamiento cristiano formulado por Pablo, de amar al prójimo como a uno mismo no lo lleva a querer liberar al hombre de la ley.” (2002:79) Es decir, lo que protege de la tentación universalizante es el trabajo teórico y es la ley la que puede romper el sometimiento a lo ideal.

El planteo de incorporar algunos elementos del psicoanálisis para la reflexión, nada tiene que ver con la noción de psicologización de los problemas sociales o con la idea de intervenciones psicoanalíticas, si no que pretenden ser insumos para la lectura de lo social.

En los orígenes de nuestra profesión se tomaron insumos de la “psicología del yo” a fin de poder explicar e intervenir sobre los “casos sociales”. Por ejemplo, Helen Perlmán, postuló el modelo de intervención en crisis (o resolución de problemas), basado en el

⁵⁶ Obviamente, existen distintas orientaciones del psicoanálisis y posturas encontradas, a los efectos de este trabajo y como elección ideológica se trabaja con los autores citados en este apartado.

dominio de la influencia de la psicología dinámica. Su preocupación por los factores psicosociales subyacentes, en las situaciones atendidas, tenía como doble objetivo, por un lado, reforzar los recursos propios del sujeto y, por otro lado, movilizar los recursos del medio para apoyar el proceso de resolución de los problemas. Estos problemas podían ser de diversa índole, sean económicos o de incapacidades físicas o emocionales, que requieren de la intervención de la energía del profesional para contribuir a que la persona que sufre la problemática en cuestión encuentre la salida a su difícil situación momentánea. Esta lectura sesgada se asienta en la orientación de un ideal, de un “deber ser” a los cuales los sujetos deben orientarse y que guía las intervenciones de manera preformativa. Esta influencia subyace firmemente en lo que se les pide a los trabajadores sociales en el campo de la salud mental.

En esta apretada síntesis, entonces podemos introducir la noción de ideal que será la que nos permita analizar varias cuestiones paradigmáticas sobre el campo de la salud mental.

La orientación del trabajo en salud mental basado en el ideal, en la norma (al lugar donde se desea llegar) presenta a nuestro criterio algunas dificultades. Este ideal, en el capitalismo actual, está asentado en lo que Zizek llama tolerancia represiva, donde la norma parecería coincidir con toda la diversidad de formas ofrecidas.

Zizek desarrolla esta idea en varios de sus ensayos, donde plantea que la modernización produce nuevos oscurantismos, donde la reducción de la libertad es presentada como la llegada de nuevas libertades (2003). Esto es la percepción de que vivimos en una sociedad de opciones libres, donde todo puede escogerse.

Tomando a Benjamin el autor dice: “no es suficiente interrogar a cierta teoría acerca de cómo se declara con respecto a las luchas sociales- uno también debe preguntar cómo funciona efectivamente en estas mismas luchas.” (2003:21) Esto resulta de suma actualidad para pensar entonces la perspectiva de derechos humanos y los discursos sobre la desmanicomialización, para comprender las transformaciones en el campo de la salud mental. Si la perspectiva de derechos humanos es utilizada para justificar técnicas

aggiornadas que impliquen sumar más camas de internación a los hospitales generales, la incorporación de agentes de la salud de forma precaria, las transferencia de las responsabilidades a las comunidades y a las familias, se refuerza una corriente sanitarista de reformas de la que ya hemos sido testigos con anterioridad.

Respecto a la filantropía, el autor menciona que es el efecto que caracteriza al capitalismo tardío, centrado en la interpasividad, es decir hacer cosas, no para lograr algo, si no para evitar que algo pase realmente, que algo realmente cambie.

Volvamos al concepto de tolerancia represiva, el Otro es tolerado con respecto a costumbres que no lastimen a nadie, en el momento que se toca alguna dimensión traumática (para nosotros mismos), la tolerancia se termina.

“(...) la tolerancia es tolerancia hacia el otro en la medida que ese otro no es un ‘fundamentalista intolerante’- lo que significa simplemente: en la medida en que no es realmente otro. La tolerancia es ‘tolerancia cero’ para los realmente Otros.” (Zizek. 2003: 26)

Podríamos entonces trabajar conceptualmente con este planteo al pensarlo en las propuestas de reformas y diseño de políticas hechas en salud mental y también incorporar el curioso silencio de entidades privadas y asociaciones conservadoras como la APSA para analizar la coyuntura. También podemos arriesgar que esta será una de las lógicas que atraviese a las políticas sociales contemporáneas (que en su discurso de universalidad invisibilizan la focalización de las políticas).

Alberdi (2003) también señala la cuestión de la tolerancia en relación a la salud mental en términos de invisibilizar el conflicto:

“(...) los rasgos más clásicos de uniformidad, verticalidad y masificación, ya que no tienen fuerza para promover nuevas instituciones custodiales, al paso que la flexibilidad, la estetización de la marginalidad, y la reificación de la diferencia, ganan el pasaje del loco al ‘hiperespacio moderno’, la singularidad del loco es tolerada, como la del villero, la del homeless, la del travesti, etc. Más tolerada en cuanto ignorada, en tanto la diferencia se basa en el extrañamiento y la

imposibilidad del dialogo, y en cuanto comienza a formar parte de nuevos y viejos bolsones de pobreza y asistencia.” (2003:373)

Ahora bien, si los corpus legales y las políticas pueden tomarse como universales, también es necesario tomarlos como productores de subjetividades. En este sentido, Llobet, V. se interroga: “¿Qué mejor aplastamiento del sujeto marcado por la indefensión, la vulnerabilidad, que ofrecerles unos identificantes que lo des-reconocen diciéndole que lo conocen”. (2010:209) Es decir, qué ocurre cuándo un plexo normativo que nomina una serie de derechos deseables y esperables para un grupo social, no toman cuerpo en las instituciones. En las políticas públicas son los otros los que definen y determinan el bien común. Enuncian la relación con la ley, enuncian un tipo de lazo social y es articulado con la dimensión deseante de un sujeto particular. Aquí encontramos dos problemas: la brecha entre lo enunciado en la ley y lo concretizado en las políticas y el padecimiento subjetivo que será siempre singular y no puede encuadrarse automáticamente en el ideal de derechos.

Respecto a la sustitución de lógicas manicomiales por otras de corte más comunitarias e inclusivas queremos realizar una observación, que se centra en la tensión universalidad –singularidad. Donde las políticas para todos no se articulan fácilmente con el *no-todo*. Particularmente el enfoque comunitario, presenta sus límites cuando aborda a la psicosis, es decir al sujeto en su radical historicidad.

Esto nos advierte a los equipos interdisciplinarios lo negativo de orientar las intervenciones desde el ideal y no terminar propiciando procesos excluyentes de atención de la salud mental.⁵⁷ Si en el psicótico, el Otro aparece como mandato, el imperativo de participación, inclusión y lo comunitario de las políticas sociales puede convertirse en el Otro que reproduce la alienación, en la medida que el imperativo carezca de contenido, o que no alojen el deseo de los destinatarios o sigan tratando al loco como una cosa. (Karsz, 2007)

⁵⁷ “Lo que está en juego es el sufrimiento de los pacientes psicóticos, es decir la realidad concreta de sus experiencias subjetivas queda fuera del espacio público. (Díaz, F. y Radiszcz, S. 2012:116)

Tenemos que ser cuidadosos de no guiarnos por nuestros ideales en nuestras intervenciones profesionales, donde se impongan a los usuarios estándares normativos, diseñando estrategias supuestamente inclusivas que dejan más conformes a los profesionales que a los propios pacientes.

¿Cuáles son las estrategias de los equipos de salud mental que pueden rescatarse para diseñar una política de salud mental diferente a la de las lógicas manicomiales y articulada intersectorialmente? Aquí es fundamental reconocer que estamos ante un momento de transición, donde la ley puede ser utilizada como herramienta con vistas a reforzar estrategias que se vienen llevando adelante. Algunos de los principios que orientan la práctica y que el cuerpo normativo de la Ley 26657 reafirma son:

- La evidencia de que las personas con padecimiento mental pueden ser tratados fuera del manicomio –incluso en sus momentos de crisis-.
- Trabajar interdisciplinariamente en dirección de desarmar aquellas situaciones que implican una privación del efectivo acceso a los derechos y en consecuencia una profundización de la vulnerabilidad psicosocial de las personas.
- Estructurar las intervenciones desde una concepción de sujeto no deficitaria, es decir, capaz de implicarse y de encargarse de sí mismo, donde pueda tomar decisiones que le conciernen, asumir la dignidad del riesgo y desterrar el lugar de la tutela/ alienación. Cuestionar las formas más tradicionales de trabajo donde se plantea que los profesionales sabemos que es lo mejor para el otro, aquí la apuesta es diferente y es que los equipos puedan brindar referencias para la toma de decisiones.
- Partir del reconocimiento de la capacidad jurídica de cada persona, armando los apoyos necesarios para que pueda decidir sobre su salud, así como sobre sus conflictos cotidianos, a partir de los tiempos, posibilidades, los recursos materiales que posee y la posibilidad de construir lazos sociales que se constituyan en posibles referencias.

- La necesidad de un plan *personalizado* de tratamiento y acompañamiento comunitario, diseñado conjuntamente con la persona y el equipo de salud. Un plan flexible donde varían las necesidades e intereses del sujeto así como los apoyos del equipo a las situaciones singulares. Es decir, la no homogenización de las respuestas asistenciales.

- La necesidad de reconocer que tenemos un nuevo escenario que nos permite pensar estrategias al renovar las expectativas de todos los trabajadores de la salud, avasalladas durante las dictaduras y la década del 90. (Alberdi, 2012)

- Pensar que las estrategias serán una tarea interdisciplinar, compleja e intersectorial.

Desde el Trabajo Social, esta configuración del campo de salud mental, nos habilita a pensar estrategias profesionales que no entren dentro de las clásicas asignadas a la profesión⁵⁸. Si bien como mencionamos apostamos a que la transformación sea consolidada a partir de políticas públicas que garanticen los derechos de los usuarios del sistema de salud, los profesionales no podemos esperar pasivamente a que esto suceda.

Tenemos un nuevo escenario que nos permite pensar estrategias y sobre todo el proceso anteriormente mencionado, posibilitó renovar las expectativas de todos los trabajadores de la salud, avasalladas durante las dictaduras y la década del 90. (Alberdi, 2012) Resulta interesante pensar que estas expectativas y nuevos marcos nos permiten

⁵⁸ Retomando el planteo de las autoras Serra y Smuck (2009) que nos proponen salirnos de las lógicas binarias de análisis, teniendo como condición la apertura del pensamiento que pueda alojar lo inesperado, aquello que no encaja para pensar estrategias profesionales conlleva a pensar ciertas aperturas.

establecer e imaginar otros atravesamientos profesionales y lugares para el Trabajo Social.⁵⁹

Esta postura habilita a tener más próximo como horizonte los derechos de los usuarios y nos obliga a hacer un análisis exhaustivo de las políticas públicas con las que trabajamos.

El marco legislativo permite que se ofrezca una propuesta cualitativamente diferente a la del hospital manicomial. Una propuesta que pueda enlazar el tratamiento del tipo clínico en su singularidad y una propuesta que brinde la posibilidad de que cada uno de las personas sea responsable en la toma de sus decisiones y no poner en las intervenciones el acento en la tutela.⁶⁰

Es decir, las formas más tradicionales plantean que los *profesionales sabemos que es lo mejor para el otro* (orientación por el ideal), la apuesta puede ser diferente y es que los equipos puedan brindar referencias para la toma de decisiones. Se parte del reconocimiento de la capacidad jurídica de cada persona, armando los apoyos necesarios para que pueda decidir sobre su salud, así como sobre sus conflictos cotidianos, evaluando los proyectos de externación y el sostenimiento a partir de los tiempos, posibilidades, los recursos materiales que posee y la posibilidad de construir lazos sociales que se constituyan en posibles referentes.

En este contexto, nos parece importante establecer cierta alerta sobre las fronteras porosas y difusas entre el desarrollo de prácticas autónomas y las prácticas de control (de tutelaje/ de paternalismo). (Serra y Smuck: 2009). Esta tensión nunca

⁵⁹ Este planteo discute con la noción del “rol del trabajador social en salud mental” a partir de la concepción de Cornelius Castoriadis; entendemos que pensar al trabajo social desde el ROL, encorseta y limita el análisis de la profesión. (Para más Información ver Weber-Zucherino: 2011)

⁶⁰ De este modo se rompe o se intenta romper con la complementariedad ofrecida por el ámbito hospitalario manicomial o por el discurso jurídico, donde un “otro” es el representante en todo los actos de su vida, quedando por fuera la singularidad de cada uno de los sujetos. Y donde “el diagnóstico médico tiene un valor principal, utilizado como criterio para poner en cuestión la capacidad jurídica, homogeneizando todo tipo de situaciones que serán enmarcadas en los artículos del Código Civil (141 y 152 bis) (Demo-Torres, 2011)

desaparece en las intervenciones y aún más en un campo que históricamente se ha caracterizado por lo tutelar. La propuesta aquí es no desconocer ese componente de control que ejercen los profesionales sino incorporarlo como parte del análisis en las situaciones intentado limitarlo lo más que se pueda.

En el campo de la salud mental, por su complejidad⁶¹, hace que tengamos que trabajar también con lo inesperado de la clínica de las situaciones y elaborar estrategias que partan de lecturas interdisciplinarias. También lo inesperado produce en la singularidad nuevos encuentros, nuevos lazos que el sujeto elabora a partir de su nueva inserción, diferente a la manicomial.

A partir de estas características mencionadas, rescatamos el planteo de que las intervenciones en Trabajo Social asumen una ambigüedad constitutiva: como normatizadoras, reguladoras y limitadoras de la acción individual y como posibilitadoras de producción de identidad, subjetividad, valores, representaciones, autonomía (Serra y Smuck, 2009). Este punto es de suma importancia, a la hora de pensar estrategias y de reflexionar sobre la propia práctica.

Otro punto para pensar las estrategias profesionales es asumir la perspectiva de derechos, descrita en los marcos normativos permite ampliar nuestros horizontes de acción incluyendo de manera activa a los sujetos de nuestras intervenciones. En la línea de los derechos humanos y las reformas necesarias según estos estándares, acordamos que es un avance alentador e importantísimo. Pero la perspectiva de derechos no logra explicar por sí sola lo que no encaja, lo que irrumpe del otro por fuera de lo socialmente esperado, el malestar que insiste, el lazo que se rompe, lo que la sociedad por sí sola no puede alojar. Ante esto, los ideales jurídicos, sociales, etc., no alcanzan a dar respuesta.

En síntesis, el momento de transición exige transformaciones que no se dan sólo por su enunciación formal. La perspectiva de derechos plantea que el sujeto puede y tiene

⁶¹ En realidad, esto es más una tautología ya que el campo de lo social, siempre tendrá un componente de contingencia e imprevisibilidad imposibles de anular.

derecho a decidir pero reconocer este punto, implica que los profesionales de la salud estemos dispuestos a disputar proyectos/tendencias en la vía de democratizar las practicas en salud (que históricamente han sido impuestas, autoritarias), las viejas prácticas no van a desaparecer porque lo planteo una ley, tenemos que tener en cuenta que las viejas formas disputarán hegemonía con fuerza y se aferrarán a los instituidos con toda su potencia.

Es decir, no son tiempos sencillos, los equipos interdisciplinarios no podemos guiarnos únicamente desde el “ideal”⁶² de la ley o del deber ser de la profesión, sin evaluar las dimensiones estratégicas que tienen las situaciones complejas del campo de la salud mental.

⁶² En esta perspectiva, no se plantea el trabajo desde el ideal de la comunidad ó lo familiar. No son pensados como recursos sin contradicciones Debido a que por sí solos no alojan al sujeto sino que implicaría un entrecruzamiento desde las instancias estatales, el acceso al mercado de trabajo formal, a la educación, a la vivienda y a la asistencia de salud. Sino pondríamos todo el peso de las intervenciones y la responsabilidad en la comunidad ó lo familiar quedando desdibujada la figura del Estado. (Demo- Torres, 2011)

Reflexiones Preliminares

De la lógica del todo al no-todo

Las olas del destino a esta playa te trajeron.
La madera está partida ahora es tiempo de tallar
navegante, tu canoa.
A navegar el abismo! A navegar el silencio!
A navegar tempestades!..
con la proa en el norte y la cruz en el sur

(Astrolabio. Skay)

Concluyendo, queremos presentar una serie de (in)conclusiones, que no es más que rescatar lo sustancial de lo que fuimos identificando en cada capítulo, lo cual organizaremos a partir de los objetivos que nos planteamos inicialmente.

Al inicio nos planteábamos el siguiente interrogante: ¿Qué tipo de política pública se requiere para un abordaje de la salud mental integral y respetuoso de los derechos humanos y sociales? Entendemos que luego del desarrollo realizado, la política de salud mental no se encamina en esta dirección. No porque la LNSM no se constituya en un instrumento orientado en esa dirección, sino porque existen entrecruzamientos con procesos sociales más amplios. Existen otras formas de pensar la política actual que no se encuentran centradas en una perspectiva de derechos. Y fundamentalmente porque desarmar el modo de atención manicomial instaurado durante siglos requerirá más que la sanción de una ley.

A lo largo de los capítulos sin embargo pudimos identificar resistencias, discusiones y aperturas a otras posibilidades. Que si bien no están reforzadas de manera estructural por las políticas, nos permiten pensar en un horizonte de transformación genuino.

Perspectivas presentes en el escenario de transición entre las lógicas manicomiales y las lógicas de autonomía

Una de las principales perspectivas identificadas, es que se utiliza un discurso progresista basado en la perspectiva de derechos humanos, que expone a la LNSM como su máxima expresión, pero finalmente la reduce a un instrumento jurídico. Esto conlleva a posiciones dilemáticas que plantean, o que la ley no sirve porque no se están cumpliendo sus preceptos o en el sentido contrario, el texto de la ley debe orientar todas las intervenciones.

En este punto, entendemos que este tipo de lectura impide acceder a la complejidad de lo social. Por otro lado, oculta que la ley debe ser orientadora de los planes estratégicos que den curso a las políticas de salud mental. Los documentos oficiales plantean los principios de la ley, mencionan que desde allí deben orientarse las políticas pero concretamente, esto no se plasma operativamente en los diseños de los planes. Como consecuencia, hemos visto a las propias instituciones y sus trabajadores, realizar esfuerzos para acercarse a los ideales de la ley que, en ocasiones, no pueden sostenerse y si lo hacen, esto es a altos costos personales y laborales entre otros.

Aquí también se hace presente la idea de **adecuación**, un eufemismo, para demostrar que la transformación del manicomio se puede ir haciendo gradualmente, desde adentro de la misma lógica. Esta línea que Alberdi llama tradicional (gradualista) presenta el riesgo de rutinizar, estandarizar y alienar las experiencias alternativas que hasta el momento se alcanzaron. La utilización en el discurso oficial de la línea abolicionista, que apunta al cierre inmediato del manicomio y rescatando el valor de la libertad para los pacientes, termina teniendo el efecto contrario y el descreimiento en la transformación, si no es acompañado por políticas concretas. Podríamos decir que nos encontramos ante un mix híbrido entre lo tradicional/abolicionista. Donde también se invisibilizan los aspectos económicos, donde la distribución de los presupuestos pareciera ser un tema menor. No se habla de adecuación a los presupuestos.

A lo largo del trabajo se menciona reiteradamente la perspectiva comunitaria de abordaje, pero en ningún momento se pone en cuestión la medicalización de la vida

cotidiana. En parte porque es un hecho naturalizado a toda la sociedad, pero a la vez se lo entiende como totalmente compatible con los abordajes comunitarios y perspectivas de derechos. Al ser la medicalización un elemento ligado a la forma de producción de subjetividad del capitalismo contemporáneo, se invisibiliza su poder estructurador en las intervenciones.

Otro de los elementos relevantes que entendemos que presiona este proceso, es lo que llamamos la universalización apresurada, la cual usamos para entender lo que ha sucedido con la ley y la perspectiva de derechos. La retórica de la ley y los derechos propone una imagen universal/ ideal, que termina cegando las determinaciones histórico-simbólicas, a la historización, a los procesos sociales, a la particularidad de cada una de las situaciones, y el potencial estratégico de intervención que cada una de ellas contiene. Esta propuesta ideológica talla en la apelación para que los trabajadores se hagan responsables, pero fundamentalmente resulta en la justificación de cambiar algunas cosas para que nada cambie, en una tónica modernizadora.

En el repaso por la literatura por las “reformas”, Amarante (2005) dice claramente que el espíritu reformista no tiene por qué derrotar a la lógica manicomial, que ambos pueden convivir perfectamente. Desde nuestra perspectiva de análisis, entendemos que una transformación es posible, si se tiene en cuenta la historización de las propuestas. Si se tapa “lo que realmente falla” bajo discursos progresista, aquello -que es la lógica manicomial- se re-editara, una y otra vez con mayor fuerza arrasando con los logros construidos.

Elementos que contiene la reforma político institucional a fines de adecuarse a los lineamientos de la LNSM.

Nos realizábamos la siguiente pregunta conductora: ¿A partir de la sanción y posterior reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657), se potenciaron políticas en la Provincia de Buenos Aires que favorecieran lógicas dominantes o puede haber tendencias que visibilicen cuestionamientos? políticas No podemos esbozar una respuesta por sí o por no. Desde nuestra perspectiva de análisis consideramos que se evidencian tendencias en pugna que se expresan en las presiones de distintos colectivos de profesionales/trabajadores que vienen disputando los cuestionamientos como así también la

lógica dominante cuenta con grupos de presión poderosos que moldean las políticas (corporación médica, poder judicial, funcionarios del sector salud).

Los trabajadores en ocasiones llevan adelante estrategias alternativas o crean nuevas formas, pero como hemos visto, no solamente por la consigna de adecuarse a la ley, sino porque trabajar subsumido a la lógica manicomial, cercena todo margen de autonomía profesional y de trabajo con los sujetos. Así veíamos cómo desde un hospital realizaban un acuerdo con el Ministerio de Trabajo para que contraten a cuatro (4) de sus usuarios; los residentes creaban un hospital de día; los hospitales llevan adelante procesos de externación asistida con recursos propios, entre otros. Esto no se realiza porque hay una ley, sino porque la institución manicomial, asilar, interpela a los profesionales para que lleven adelante otras opciones a fin de hacer más transitable la institución (tanto para ellos como para los usuarios). También vemos que esta manera de hacer, queda subsumida a una fragilidad estructural pero también demuestra que es posible plantear abordajes diferentes.

Identificábamos al documento del Consenso de la Provincia de Buenos Aires (D2), como uno de los más significativos, porque abría política e institucionalmente la posibilidad de la transformación. En el mismo se pautaba como prioridad: 1) Inclusión de las adicciones como parte de las políticas de salud mental; 2) La atención mental comunitaria para niños y adolescentes 3) Avanzar en el proceso de desmanicomialización 4) Internaciones en hospitales generales 5) Constitución de una red de servicios comunitarios de salud mental y adicciones, articulación con lo existente y la creación de nuevos servicios de base comunitaria.

Hasta el momento y excluyendo el punto 1); podemos afirmar que la política no ha sido encauzada hacia esas orientaciones principales. Si no que se centró en intentar sostener las estructuras manicomiales y realizar un llamamiento a sus trabajadores para que sean estos los que comiencen a cambiar.

Otro aspecto de las disputas se centra en el traslado de las internaciones en las instituciones manicomiales a los hospitales generales. Esto, junto con el factor de la capacitación pareciera ser eje central de la transformación. Creemos que esta insistencia

sobre la internación, se produce porque es el elemento más visible e inmediato. ¿Dónde atender a las personas que tienen un padecimiento mental subjetivo, una crisis? Y si bien es un elemento importante, si sólo nos ocupamos de lo emergente de lo más visible, descuidamos la transformación de la atención de estructura comunitaria. Entonces, no es posible pensar en una transformación real si no se le otorga el mismo peso a los dos aspectos.

Configuraciones actuales del campo público de la salud mental.

Al inicio del trabajo conceptualizábamos a las configuraciones del campo como la compleja dinámica de instituciones, con actores, conflictos y dilemas particulares que se configuran entre la vida cotidiana y las exigencias de la política pública. En esta dirección mencionamos algunos aspectos relevantes.

En los documentos analizados se habla de la perspectiva de derechos humanos y la indiscutible violación de los mismos en la institución manicomial, no obstante se realiza la crítica de manera abstracta, sin relacionarlo a la insuficiencia de recursos, como si fueran factores independientes entre sí.

También volvemos a insistir que si la perspectiva de derechos humanos es utilizada para justificar técnicas aggiornadas que impliquen solo sumar más camas de internación a los hospitales generales, la incorporación de agentes de la salud de forma precaria, la transferencia de las responsabilidades a las comunidades y a las familias, se refuerza una corriente sanitarista de reformas.

El trabajo social, que históricamente se le asignó el abordaje de lo social, en este escenario adquiere un mayor protagonismo, pareciera que es la profesión que debe propiciar la perspectiva comunitaria. En las entrevistas veíamos cómo la apelación y valorización hacia nuestra profesión estaba orientada desde nuestro “bien hacer”, nuestras intenciones de cambio genuinas y nuestra militancia y compromiso con los derechos humanos. Insistimos a lo largo del trabajo lo complicada que puede ser esta premisa que ya se había planteado en el desarrollismo y que llanamente nos ofrece que nos orientemos por el ideal, por el deber ser. Si la filantropía es una marca de origen para

nuestra profesión, y el capitalismo contemporáneo cada vez exacerba más su veta filantrópica, estamos a merced de ser cooptados por esta lógica en cada política.

Nuestra propuesta es, siguiendo a Bisneto (2005) hacer uso de esa ambigüedad constitutiva que caracteriza al trabajo social, frente a esa consigna que nos llama a ocuparnos de “lo social”, allí reside la potencialidad de desplegar nuestras fortalezas metodológicas y estratégicas, ganando espacio en el campo de la autonomía profesional.

Otro elemento llamativo es la apelación a la capacitación como un eje de transformación primordial. No obstante la noción a la que se refieren los discursos oficiales se basa en una invocación a una idea de adherir a una perspectiva, a convencerse, a la voluntad; no se están refiriendo a un saber técnico y profesional. Con lo cual, estamos en presencia de configuraciones que propician borramientos de lo profesional, propugnando lo “comunitario” por sobre lo clínico, como si estos no fueran constitutivos de un mismo proceso.

Proponíamos como título de este apartado de la lógica del todo al no- todo, justamente porque pensamos que un aporte es desmenuzar las posturas universales, ya sea de los derechos humanos, de lo comunitario, de la ley, sin que esto signifique no acordar con sus postulados. El propósito, lejos de plasmar un saber absoluto, es justamente prestarse a sostener su porosidad, que nos permite despegarnos de la espesura que a veces se produce en un marco teórico monolítico. Esto no significa pensar desde cualquier lugar, ni negar una perspectiva consolidada. Todo lo contrario significa reconocer nuestra perspectiva teórico ideológica y ponerla en tensión para leer la realidad con la apertura suficiente para captar lo nuevo, para captar lo viejo, es decir, para imprimirle la dinámica de la historicidad. Partir del *no-todo* implica la toma de una posición porque instala una objeción al universal. Posición que nos involucra como sujetos cognoscentes activos, ya que se debe hacer un esfuerzo, para comprender que sucede, lo que no encaja. La subjetividad propuesta por el capitalismo, nos empuja a adoptar consignas –de cualquier extracción política, izquierda, derecha- ya que frente al dogma difícilmente tengamos que pensar.

La tarea es reconocer que las hegemonías dominantes tienen el poder de tomar las posturas progresistas y anular su poder revolucionario, cosa que han venido haciendo muy bien los últimos siglos. Las formas filantrópicas se re-editan y se cuelan en la perspectiva de los derechos humanos; el voluntarismo es disfrazado para su adhesión de militancia de los trabajadores, planteando un retroceso para los mismos y para los usuarios de los servicios de salud mental. No-todo, nos permite ver que hay una brecha, algo que no está suturado y que desde allí podemos pensar nuevas formas, identificar que el todo falla, no por nuestra propia impericia, sino porque eso falla por estructura. Lo cual, no quiere decir que no hagamos nada, porque igual va a fallar; sino que nos podamos ubicar como sujetos en los procesos de transformación. Žizek agrega: “No se trata de analizar cómo se logra, sino de repetir hasta la saciedad por qué falla”. (2013: 73)⁶³

Este recorrido de indagación intentó ser un aporte a visualizar que es lo que falla, a la desidealización, para que desde allí podamos volver a tomar la política en su sentido histórico y conflictivo pero constructivo a la vez. Para que los procesos sociales traumáticos no se repitan bajo otros ropajes y quizás así podamos hacer un poco más y un poco mejor con las personas con padecimiento mental con las que trabajamos.

⁶³ Žizek, en esta afirmación está trabajando sobre el seminario XX de Jacques Lacan.

Bibliografía Consultada

- ✓ Abel, Lidia y Weber Suardiaz Clara (2006) Análisis de la práctica profesional: Reflexividad vs. Neopositivismo. Boletín Electrónico Surá# 120, Julio 2006. Escuela de Trabajo Social. UCR disponible en www.ts.ucr.ac.cr. Consultado el 22/09/13.
- ✓ Alberdi. J.M (2012). Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe. En Revista Debate Público. Reflexión en Trabajo Social. Año 2 N°4. UBA. Buenos Aires
- ✓ _____(2008) Entre la codificación de los comportamientos bizarros y el elogio a la locura. Revista Cátedra Paralela. N° 5. Universidad de Rosario.
- ✓ _____(2006a) El Estado Pavoroso de la locura. Entre la codificación de los comportamientos bizarros y el elogio a la locura. Revista Cátedra Paralela. N° 5. Universidad de Rosario.
- ✓ _____(2006b) Manicomios, nunca más en la Argentina. Ponencia presentada en las Jornadas: "HISTORIA, CONTEXTO y ACTUALIDAD EN EL CAMPO PSi. Jornadas por la memoria", previstas para los días 8 y 9 de Septiembre 2006, en la Ciudad de Rosario.
- ✓ _____ (1997). Reformas y Contra-reformas, políticas de salud mental en Argentina. Tesis de Maestría presentada en la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.
- ✓ Alemán Jorge (2013) Conjeturas sobre una izquierda Lacaniana. Ed Grama. Buenos Aires.
- ✓ Amarante, P.(2006) Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.
- ✓ _____ (2009) Superar el manicomio. Salud mental y psicosocial. Topia Editorial Bs.As.
- ✓ Andreoni y otros (2011) Aportes del Trabajo Social a los procesos de Externación. Del recorrido de las lógicas manicomiales a la perspectiva de derechos. Ponencia

presentada en el III Congreso Nacional de Trabajo Social y II Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social Tandil, 3, 4 y 5 de noviembre de 2011 .

- ✓ Ardila, S y E. Galende (2011) El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria en Revista Salud Mental y Comunidad. N° I, Diciembre 2011. UNLa. Buenos Aires.
- ✓ Barreiro y otros (2002) ¿Comunidad como una unidad? Rupturas y continuidades en el concepto de comunidad en Netto, J. y otros (2002) Nuevos escenarios y prácticas profesionales. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- ✓ Barcalá, A. (2012) Los dispositivos de atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la CABA en “Salud mental y derechos humanos” Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires (MPT). Eudeba, 2012.
- ✓ Carpintero, E. y Vanier A. (2005) Las Huellas de la Memoria I y II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Ed Topia. Buenos Aires.
- ✓ Carrera, I.N. (2004) La descomposición del capitalismo y de las ciencias sociales en Argentina. en Soto, S. (2004) El Trabajo Social y la Cuestión Social. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- ✓ Castoriadis, C. (2010) Institución imaginaria de la sociedad. Ed. Tusquets. Bs. As.
- ✓ _____ (1997) “Un mundo fragmentado” Ed. Altamira. Bs. As.
- ✓ _____ (1993) Subjetividad e Histórico Social en Revista Zona Erógena. N° 13 Año 1993.
- ✓ _____(1986) El campo socio histórico disponible http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/estudio04/sec_3.html en consultado en noviembre de 2014.
- ✓ Cruz, V; Fuentes, P.; López, N.; Weber Suardiaz C, y Zucherino, L. (2014) Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en trabajo social. en Cruz y Fuentes (comp) (2014) Lo metodológico en Trabajo Social. Edición Virtual. Editorial EDULP. La Plata.

- ✓ De Lellis, M y Sosa S (2012) Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental. Dirección Nacional de Salud Mental. Documento de trabajo. Mimeo.
- ✓ Documento de trabajo N° 21 (2014) Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Febrero 2014 disponible en www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones consultado septiembre de 2014.
- ✓ Demo, M y Torres J. (2010) Pensando la legislación en Salud Mental como herramienta política de la práctica profesional. Ponencia de las Jornadas Provinciales de Salud Mental. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata. Diciembre 2010.
- ✓ Diaz, F. y Radiszcz, S. (2012) Más allá del encierro asilar. Sobre la gestión gubernamental de la locura y sus nuevas formas de exclusión. En Chávez Hernández, A, Macías García, L. y Klein, A. (2012) Salud Mental y Malestar Subjetivo. Debates en Latinoamérica. Ed. Manantial. Buenos Aires.
- ✓ Díaz Fernández, E. (2004) Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos. En Revista española de Psiquiatría. Vol 24. N° 1992. Madrid. España.
- ✓ Faraone, S. et al (2010) Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. en Revista Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.14, n.34, p.485-97, jul./set. 2010.
- ✓ Félix, Mariano (2011) Neoliberalismos, Neodesarrollismos y Proyectos contrahegemónicos en Suramérica. Revista Astrolabio N ° 7. Ed, Nueva Época. Buenos Aires.
- ✓ Freud, S. (2013) Proyecto para una psicología de neurólogos en Obras completas. Tomo II. Siglo XXI editores.
- ✓ Fuentes, María Pilar (2009) “Nuevas problemáticas sociales: complejidades y desafíos a la producción de conocimiento.” En La investigación en Trabajo Social. Vol. VII. UNER, Paraná, Entre Ríos.

- ✓ Garcia, R. (2006) *Sistemas Complejos*. Ed Gedisa. Buenos Aires.
- ✓ Giddens, Anthony (2002) *Sociología. Manuales/ Ciencias Sociales*. Alianza Editorial. Buenos Aires.
- ✓ Goetz, J.P. y LeCompte, M.D. (1988) *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Ediciones Morata. Madrid.
- ✓ Guber Rosana (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Ed.Norma. Buenos Aires.
- ✓ Hernández Monsalve, M. (2003) *Tratamiento Comunitario Asertivo En Atención comunitaria, rehabilitación y empleo* Verdugo Alonso, López Gómez, Gómez Sánchez (Coordinadores) Publicaciones del INICO. Actas 3/2003.Salamanca, 2003.
- ✓ Karsz, S. (2007) *Problematizar el Trabajo Social*. Ed Gedisa. Buenos Aires.
- ✓ Kinoshita, T. (1995) *Una experiencia pionera: la reforma psiquiátrica italiana*. En *Salud Mental y Ciudadanía. Plenario de Trabajadores en Salud Mental del Estado de San Pablo*. Ediciones Mandacarú.
- ✓ Kosik, K. (1967) *Dialéctica de lo concreto*. Ed Grijalbo. Mexico.
- ✓ Laurent, E.(2000) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Ed Tres Haches. Bs. As.
- ✓ Llobet Valeria.(2010) *¿Fabricas de Niños? Las instituciones en la era de los derechos de la infancia*. Ed. Noveduc. Buenos Aires.
- ✓ López, M y Weber Suardiaz, C. (2014) *Transformaciones en el campo de la salud mental: Tensiones entre lo (no tan) nuevo y lo (no tan) viejo*. Revista Escenarios. N° 20. Año 14 Ed. Espacio Buenos Aires.
- ✓ MENENDEZ, E. (2005) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en Revista de Salud Colectiva, volumen 1, número 1, La Plata.
- ✓ Mendoza Mariela (2009) *Crítica a la modalidad de asistencia en salud mental*. Ed Mate. Colección Alejandria. Buenos Aires.
- ✓ Miller J. A. (2005) *El Otro que no existe y sus comités de éticas*. Seminario en colaboración con Eric Laurent. Paidós. Bs. As.

- ✓ Muñoz, Sonia. (1998) Visiones de una joven en la Urbe en Cubides, H. y otros (1998) "Viviendo Toda" Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Serie Encuentros. Siglo del Hombre Editores. Bogotá. Colombia.
- ✓ Plotkin, B. (2003) Freud en las Pampas. Ed.Sudamericana. Buenos Aires.
- ✓ Portelli, H. (2003) Gramsci y el Bloque histórico. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- ✓ Pellegrini, J. (2005) Cuando el manicomio ya no está. Ed. Fundación Gerónima; San Luis, Argentina.
- ✓ Richmond Mary. (1997) "Caso social individual". Humanitas. Buenos Aires.
- ✓ Sans Daniel (2012) Tratar la locura. La judicialización de la salud mental. Ed. Topía. Buenos Aires.
- ✓ SANTOS ROSA Lúcia (2000). As Condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. En Vasconcelos Mourao et al. Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Cortez Editora. San Pablo.
- ✓ SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL, Revista de Psiquiatría Pública, Nº5, España, 1998. p. 301-306 disponible en Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. Disponible en: [www.msps.es] consultado octubre 2013.
- ✓ Schmuck, M y Serra F. (2008). *Sustitución de lógicas manicomiales: de las perplejidades a los desafíos*. Ponencia presentada en Jornadas de residentes de Salud Mental. La Plata, Facultad de Medicina, UNLP. Diciembre. 2008.
- ✓ Stavrakakis, Y. (2007) Lacan y lo político. Ed Prometeo. Bs.As.
- ✓ Torres, J. (2012) Aportes al debate sobre los cambios en el campo de la Salud Mental en la provincia de Buenos Aires Ponencia presentada en las XXVI Jornadas de residentes de Salud Mental. La Plata. Diciembre 2012.

- ✓ VALLEJOS, Indiana. (2009). La discapacidad certificada y la certificación del reconocimiento. En: ROSATO, Ana y ANGELINO, María Alfonsina. Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. NovEduc. Buenos Aires.
- ✓ VANIER, A. (2014) Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización en Revista Topia N° 54 . Ed Topia. Buenos Aires.
- ✓ _____(2012) Las dos luchas en Salud Mental. en Revista Topía N° 5. abril 2012. Disponible en http://www.topia.com.ar/articulos/dos-luchas-salud-mental#_edn5. Consultado en 19 de septiembre de 2013.
- ✓ Weber Suardiaz, C y Zucherino, L. (2011) Cristalizaciones del deber ser: discusiones acerca del rol en Trabajo Social. Argentina. Tandil. Congreso. III Congreso Nacional de Trabajo Social y II Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social: Procesos de Intervención y formación Profesional en Trabajo Social. UNICEN.
- ✓ Weber Suardiaz Clara (2013) "Desafíos actuales en el Campo de la Salud Mental: perspectivas y estrategias profesionales." Revista Estrategias. Año 1, N° I. Buenos Aires
- ✓ Zizek, S. (2013) El más sublime de los histéricos. Ed Paidós. Bs.As.
- ✓ _____(2012) El sublime objeto de la ideología. Ed Siglo XXI. Buenos Aires.
- ✓ _____(2011) Primero como tragedia después como farsa. Ed. Akal Pensamiento crítico. Buenos Aires.
- ✓ _____ (2008) En defensa de la intolerancia. Ed. Sequitur. Buenos Aires.
- ✓ _____ (2003) A propósito de Lenin. Política y subjetividad en el capitalismo tardío. Ed Atuel. Buenos Aires.

Marco Normativo

- ✓ Convención de los derechos de las personas con discapacidad. 2008.
- ✓ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4, 11/08/2000. 22º período de sesiones, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
- ✓ DNSMyA (Comp.): Instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental. Ministerio de salud de la Nación, 2010.
- ✓ Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010
- ✓ Declaración de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental. 10 de Octubre de 2012.
- ✓ OMS/OPS Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS/WHO-AIMS). 2011.
- ✓ 49º Consejo Directivo de la OPS sesión 63º Estrategia y Plan de acción regional. - 2009-