

# El campo de la salud mental en perspectiva de derechos

*Clara Weber Suardiaz*

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, 2012, p. 3).*

## **Resumen**

El presente artículo, presenta algunos ejes de análisis sobre la transformación de la política de salud mental en la Provincia de Buenos Aires, producto de la Tesis de maestría realizada en la Maestría de Trabajo Social de la FTS/UNLP en el año 2014. Los ejes se centran principalmente en: la salud mental como campo complejo; la perspectiva de derechos humanos; la simplificación de lo social y el debate político ideológico acerca de las reformas en la política pública en salud mental.

Las reflexiones parten de 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 (Ley Nº 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.

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.

**Palabras claves:** salud mental, política pública, subjetividad, lógica manicomial perspectiva de derechos.

## Introducción

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 conflictos y en políticas sociales.

En este sentido identificamos ciertas lógicas en cómo 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 sociales, 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 desprenderán algunas cuestiones cruciales como la orientación por los ideales, la entronización de lo universal, la simplificación de lo social, que si bien, son características del capitalismo, configuran el proceso de transformación en el campo y afectan directamente a los trabajadores de la salud mental. Los resultados, aquí presentados, se derivan de la realización de entrevistas a trabajadores de la salud mental, análisis de documentos oficiales, crónicas de reuniones sobre la reglamentación de la ley y elaboración de plan provincial, que por motivo de espacio no son presentadas aquí.

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 sa-

lud 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 sí queremos identificar tendencias políticas ideológicas que a nuestro criterio van tomando mayor definición y que amenazan con enquistar los procesos de transformación.

### **Entre un giro conservador y un escenario de concreción de derechos**

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

*(Zizek, 2006).*

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 interrogan-

tes 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?

Si bien podemos ubicar distintos procesos históricos que intentaron alternativas a la atención de salud mental en la Provincia de Buenos Aires podemos afirmar que la misma continúa siendo, hegemónicamente, un abordaje manicomial. Desde esta base nosotros nos preguntamos cómo se han desarrollado las transformaciones en esta modalidad en los últimos años, ya que no obstante a la mencionada hegemonía, se han producido distintas transformaciones.

El 10 de diciembre de 2010 –luego de varios años de disputas- se sancionó por unanimidad La Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM), 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.

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 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.

Las diferentes discusiones, contrapuntos, construcciones de la política pública en salud mental, se encuentran en tensión con las relaciones con el Estado y no pueden pensarse aisladas 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, p. 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 tensionar 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.

En el campo específico de la salud mental, este marco de los derechos humanos se expresa en la LNSM, que cuestiona el constructo 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 reestructuración 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 institución, 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.

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 transformación. Una de las cuestiones que Basaglia (2005) 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. 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 predominante-

mente 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 su 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 derechos humanos; ahora bien, no es posible considerar este paradigma jurídico internacional por fuera de las circunstancias históricas, sociales, institucionales en las que se torna visible y posible (Llobet, 2010).

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).

### **Rasgos generales de la política de salud mental de la Provincia de Buenos Aires**

La “red” 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. A grandes rasgos esta red se caracteriza por un modelo asistencial centrado en grandes hospitales monovalentes, hospitales especia-

lizados, 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 general.

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. Al 2019, podemos afirmar que los tres monovalentes principales de la provincia, siguen absorbiendo la mayor parte de la demanda, y que si bien se han hecho intentos de reforma, la red de dispositivos de base comunitaria no ha aumentado, así como el presupuesto destinado a las reformas, ni políticas públicas que sean específicas para la problemática de la salud mental. 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. Si bien ha habido censos dentro de las instituciones manicomiales propiciados por las entidades de gobierno, esto no se

convierte en una práctica habitual, ni se usa como insumo para la toma de decisiones políticas y de planificación.

Respecto a la política asistencial, a lo largo de los últimos diez años, las políticas específicas 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 2004-2015; y luego en 2016, reconvertido al Programa SUPEBA (Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida) Luego existe el Subsidio por Externación del Poder Judicial Provincial, 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. Por último están las Pensiones por discapacidad provinciales del IPS (cuyo monto no alcanza un salario mínimo) y las pensiones no contributivas, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que en el último tiempo se han visto sometidas a un contralor excesivo, provocando bajas y la imposibilidad de dar nuevas altas.

En estos dos últimos recursos suele generarse 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 capacidad jurídica, como si fueran sinónimos de una misma situación. También los equipos han 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. Algo similar ocurre con los países 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. Esta es una tendencia 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 y Radiszcz (2012) advierten que hay una tendencia a la banalización de la locura 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. Indiana Vallejos (2009) realiza un análisis 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

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 (2012). Los protocolos de acceso a los recursos también las 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.

Sintetizando, luego de esta breve caracterización se podría decir que los obstáculos estructurales en los procesos de transformación de la política en salud mental, son los siguientes:

- 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: 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. Tampoco los equipos asistenciales tienen una conformación equilibrada.

-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.

-Situación de los trabajadores de la salud: se evidencia dificultades en cuanto a las condiciones de contratación los profesionales, 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.

### **¿Configuración de nuevos escenarios (o al menos), de nuevas expectativas?**

...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, 2010, p. 12).*

Este apartado plantea sucintamente cuáles son las configuraciones más notables del escenario de transición, donde se tensionan la lógica de los derechos y la lógica conservadora.

Vanier (2012) considera que en 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 hegemónicamente. 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 afirma que 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. “(...) 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, p. 4).

Aquí también Mendoza (2009) plantea los riesgos de una refilantropización de la asistencia o 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 los autores mencionados quienes señalan 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”.

Aquí necesitamos incorporar algunos análisis y debates principales respecto a la LNSM, a casi 10 años de su sanción.

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 de derechos humanos y que toma los parámetros internacionales y sobre todo la piedra angular está 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 derechos. 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.

Respecto de las experiencias instituyentes identificábamos en todos los casos y en los entrevistados que se trataba de proyectos llevados adelante por los propios trabajadores que pugnan por consolidarse pero que no se desprenden inicialmente de la política pública. Lo cual 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 y Radiszcz, 2012, p. 117).

Esto nos lleva a un punto central, y es que las poblaciones destinatarias de la lógica manicomial son mayorí-

tariamente quienes integran los sectores más empobrecidos de la institución. 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, 2010, p. 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 heredado, tomando cuerpo en las políticas de asistencia (Castoria-

dis, 2010). Es decir, una persona con padecimiento mental requiere un recurso, entonces requiere un certificado de discapacidad, requiere ser nominada como discapacitada. 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 persisten en los criterios de acceso de las políticas asistenciales.

Otra de las características que transverbalizan 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, et al, 2010, p. 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 im-  
pronta capitalista de mercantilización -que conlleva la obli-  
gación 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  
cómo respuesta al sufrimiento. Los problemas no-médi-  
cos son definidos y tratados como problemas médicos, ge-  
neralmente en términos de enfermedades o desórdenes,  
utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando  
un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la inter-  
vención médica para “tratarlo”.

Si la medicación resuelve por sí misma los problemas,  
no es necesario pensar, reflexionar sobre los condicionan-  
tes 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, 2010; Barcalá, 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.

Otras de las preocupaciones del análisis es poner en  
cuestión la dicotomía viejo y nuevo paradigma, viejo y nue-  
vo 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. 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. 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.

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. 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.

Lo comunitario como último elemento de la configuración del escenario, es un constructo que es exaltado en todos los documentos oficiales sobre salud, en los organismos internacionales, programas y crónicas y entrevistas realizadas durante la investigación. Un riesgo es que a fuerza de repetirlo y no explicitarlo corre el riesgo de ser fetichizado.

Una 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 anteriormente. A la vez que se tergiversa y se asimila el abordaje comunitario con la comunidad, desdibujando las actividades terapéuticas necesarias. La perspectiva de que lo comunitario es un enfoque que requiere un armado nuevo y una estructura de recursos diferentes, y no abarca sólo actividades de promoción y prevención de la salud. 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. 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 la misma, no alojan a priori de manera no conflictiva a los usuarios de salud mental. Esto conduce al habitual equivoco donde se confunde el enfoque comuni-

tario en salud mental con que la comunidad en soledad reciba y atienda a los “locos” que le corresponden.

En este punto discutiríamos esta noción romántica de comunidad, ya que la misma encierra otras lógicas y heterogeneidades que enmarcan conflictos en su interior. 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, confrontaciones barriales y condiciones de vida deterioradas entre otras.

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, p. 40).

Y luego agregan que la relación entre Salud Mental y Comunidad, es 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” (2011, p. 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 desarrollan 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, p. 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 (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 concluyen 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, p. 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 sí llamar la atención, sobre orientar nuestras intervenciones desde un ideal de comunidad. Nos preguntamos entonces desde el Trabajo Social ¿Por qué esta vuelta a lo comunitario de la mano de un Estado con configuraciones neoliberales?

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, 2007, p. 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 la práctica 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 social 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, 2007, p. 159).

Tanto Stavrakakis como Zizek plantean su preocupación por la orientación por los ideales en el plano político: Para los autores, 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 armo-



nioso que promete la fantasía utópica adquiere fuerza hegemónica (Idem, p. 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, la 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, entre orden y desorden.

Castoriadis (2010) 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.

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- situado.

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 adecuadas para las personas en virtud de sus derechos. Pero aquí hay una diferencia en la utilización estratégica del uso de la universalidad de la ley y tomar a la ley en una traducción absoluta a la realidad.

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 inten-

ción 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, p. 41).

## **Conclusiones**

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. 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. 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, con el riesgo de que las mismas lleven una marca filantrópica.

Se identifica que 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.

Esta caracterización presenta un panorama complejo para el campo de la salud mental, ya que por un lado, el Estado caracterizado como Neoliberal, 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 se sigue hablando aún hoy 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 se adjudiquen el papel de conductores del proceso de transformación, siempre y cuando sean los trabajadores que lo lleven adelante, sin una nueva asignación de recursos.

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 imaginarias 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 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? (2006, p. 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” (2010, p. 20).

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?

Ahora si le seguimos incorporando el adjetivo de nueva porque vemos que sus principios no se han concretizado, vamos por un análisis errado, 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, p. 38).

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 y que implican desarraigar la función social que ha tenido el manicomio por más de dos siglos. Se analiza la LNSM como una “cosa” a aplicar, desconociendo los procesos históricos que conlleva, a la vez de enfatizar 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 gene-



rar 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.

Las prácticas alternativas a las lógicas manicomiales no constituyen algo novedoso en sí mismas, 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. 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 impulsos. 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.

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, 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.

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.

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

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.

La tarea es reconocer que las hegemonías dominantes tienen el poder de tomar las posturas progresistas y anular su poder transformador, 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 se disfraza de militancia de los trabajadores, planteando un retroceso para los mismos y para los usuarios de los servicios de salud mental.

No obstante como trabajadores sociales tenemos la posibilidad de identificar que siempre hay una brecha en lo social, algo que no está suturado y que desde allí podemos pensar nuevas formas, identificar que los ideales fallan, 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. Zizek agrega: “no se trata de analizar cómo se logra, sino de repetir hasta la saciedad por qué falla” (2013, p. 73).

Este recorrido por la configuración de la política en salud mental intentó ser un aporte provisorio 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 pro-

cesos societales 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 la que trabajamos.

## **Bibliografía**

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*, n°4.

\_\_\_\_\_ (2008). Entre la codificación de los comportamientos bizarros y el elogio a la locura. *Revista Cátedra Paralela*, n° 5.

\_\_\_\_\_ (1997). *Reformas y Contra-reformas, políticas de salud mental en Argentina*. Tesis de Maestría. Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.

Alemán, J. (2013). *Conjeturas sobre una izquierda Lacanianana*. Buenos Aires: Ed Grama.

Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

\_\_\_\_\_ (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y psicosocial*. Buenos Aires: Topia Editorial.

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 So-

cial y II Encuentro Latinoamericano de Profesionales, Docentes y Estudiantes de Trabajo Social Tandil, 3, 4 y 5 de noviembre de 2011.

Ardila, S. y Galende, E. (2011) El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. Revista *Salud Mental y Comunidad*, n°1.

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” Buenos Aires: Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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*. Buenos Aires: Ed Topia.

Castoriadis, C. (2010). *Institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Ed. Tusquets.

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, V. y Fuentes, P. (comp.). *Lo metodológico en Trabajo Social*. La Plata: Editorial EDULP.

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.

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*. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Faraone, S. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Revista Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* v.14, n° 34, pp. 485-97.

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.

Laurent, E. (2000) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Ed Tres Haches.

Llobet V. (2010). ¿Fabricas de Niños? Las instituciones en la era de los derechos de la infancia. Buenos Aires: Ed. Noveduc.

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.

Malacalza, S., Fuentes, P. y Cruz, V. (2012). *Claroscuros: trabajo social, capitalismo tardío y subjetividades*. La Plata: Edulp.

Mendoza, M. (2009). *Critica a la modalidad de asistencia en salud mental*. Buenos Aires: Ed Mate.

- Miller J. A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de éticas. Seminario en colaboración con Eric Laurent*. Buenos Aires: Paidós.
- Plotkin, B. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- Santos Rosa, L. (2000). As Condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de Cuidados com o Portador de Transtorno Mental. En Vasconcelos Mourao (comp.) *Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. San Pablo: Cortez Editora.
- 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.
- Stavrakakis, Y. (2007) *Lacan y lo político*. Buenos Aires: Ed Prometeo.
- Vallejos, Indiana. (2009). La discapacidad certificada y la certificación del reconocimiento. En Rosato, A. y Angelino, M. A. (comp.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: NovEduc.
- Vanier, A. (2014) *Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización*. Revista *Topía*, n° 54.
- \_\_\_\_\_ (2012). Las dos luchas en Salud Mental. Revista *Topía*, n° 5. Disponible en <http://www.topia.com.ar/>



articulos/dos-luchas-salud-mental#\_edn5. Consultado en 19 de septiembre de 2013.

Weber Suardiaz, C. (2013) “Desafíos actuales en el Campo de la Salud Mental: perspectivas y estrategias profesionales.” Revista *Estrategias*, n° I.

Zizek, S. (2013). *El más sublime de los histéricos*. Buenos Aires: Ed Paidós.

\_\_\_\_\_ (2012). *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires: Ed Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (2011). *Primero como tragedia después como farsa*. Buenos Aires: Ed. Akal.

## **Documentos Consultados**

OMS. (2009) Instrumento de Evaluación de Salud Mental del año 2009 (versión 2.1) disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/argentina\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1)

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

APSA (2019) Declaración de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental. 24 de mayo de 2019. Disponible en <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>