

Libros de **Cátedra**

# Debates en el campo de la salud mental Práctica profesional y Políticas Públicas

María Noelia López, Jacqueline Torres  
y Clara Weber Suardiaz (coordinadoras)

FACULTAD DE  
TRABAJO SOCIAL

**S**  
sociales



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

# DEBATES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

## PRÁCTICA PROFESIONAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS

María Noelia López  
Jacqueline Torres  
Clara Weber Suardíaz  
(coordinadoras)

Facultad de Trabajo Social



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA



Para aquellos/as que saben que es posible otra salud mental.

Para aquellos/as que quieren construirla...

Para aquellos/as que nos enseñaron como hacerla

Para aquellos/as que tengan dudas, esperamos convencerlos.

# Agradecimientos

A los usuarios y usuarias de servicios de salud mental y adicciones, con los que cotidianamente desarrollamos nuestra práctica profesional

A los/as estudiantes del seminario de grado Trabajo Social y Salud Mental de la FTS/UNLP que en cada edición acompañan con sus interrogantes.

A los compañeros y compañeras con los que integramos equipos, compartimos proyectos, y discusiones interdisciplinarias: a veces en lugares inhóspitos como una sala de internación, una pequeña oficina perdida en la inmensidad del organigrama institucional; otras en las aulas, en reuniones de cátedra, en seminarios o encuentros académicos. Un especial agradecimiento a quienes aceptaron contribuir al presente libro.

A la residencia de Trabajo Social del Hospital Dr. Alejandro Korn, que a lo largo de los años nos permitió juntarnos, formarnos y creer que es posible una mejor salud mental para todos/as.

A nuestra querida Universidad, por brindarnos esta posibilidad y permitirnos compartir reflexiones sobre la problemática de la salud mental y las adicciones, que esperamos contribuyan a los espacios de formación de trabajadores sociales, al colectivo profesional y trabajadores de la salud.

*“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. Entrevista con Slavoj Žižek  
Sonia Arribas y Howard Rouse)*

# Índice

<b>Introducción</b>	8
---------------------	---

## **Capítulo 1**

El campo de la salud mental: nociones, recorridos históricos y perspectivas actuales	11
<i>María Noelia López y Clara Weber Suardiaz</i>	

## **Capítulo 2**

Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de derechos humanos de los efectores de atención de salud mental de la provincia de Buenos Aires.	27
<i>Noelia Rodríguez, Noelia López, Jacqueline Torres, Carolina Chabat, Natalia Rochett, Laura Andreoni, Clara Weber Suardiaz y Roxana Zunino.</i>	

## **Capítulo 3**

Capacidad Jurídica: Teorías, implicancias y prácticas	40
<i>Roxana Zunino, Jacqueline Torres</i>	

## **Capítulo 4**

Apoyos para la vida independiente; notas sobre sus implicancias	59
<i>Fabián Murua</i>	

## **Capítulo 5**

DDHH, procesos sociales y práctica profesional. Notas sobre las transformaciones legislativas en el campo de la salud mental en la Argentina	69
<i>María Noelia López</i>	

## **Capítulo 6**

Intervención Profesional del Trabajo Social en el Hospital 'Dr. Alejandro Korn' en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. Desafíos y Obstáculos	84
<i>Valeria Laura Carosella</i>	

## **Capítulo 7**

Tramando Barrio: Una experiencia donde el territorio se hace presente  
en la política pública \_\_\_\_\_ 94

*Soledad Grizia, Cynthia Ramacciotti y Claudia Saavedra*

## **Capítulo 8**

Definiciones y estrategias pedagógicas en la Residencia Interdisciplinaria  
en Salud Mental de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” \_\_\_\_\_ 111

*Francisco Gulino, Mónica Lacanna*

## **Capítulo 9**

Intervenciones en las tramas vinculares de los sujetos en proceso  
de externación DDHH, procesos sociales y práctica profesional. \_\_\_\_\_ 123

*Andreoni María Laura, Bortolazzo Antonela, Bravo Marisa, Tielimans, María Daniela*

## **Capítulo 10**

Perspectivas comunitarias en salud mental: Entre el neodesarrollismo  
y la responsabilidad del Estado \_\_\_\_\_ 130

*Clara Weber Suardiaz*

**Los autores** \_\_\_\_\_ 145

# Introducción

El presente libro recupera discusiones fundamentales que se vienen desarrollando en el campo de la salud mental. La intención con la que compilamos los distintos artículos que integran esta publicación, es aportar a la reflexión acerca de una problemática que aunque relegada, ha cobrado vitalidad y fuerza en los últimos años. Esto ha sido producto de múltiples luchas que los colectivos de usuarios y trabajadores del sistema de salud han tenido que dar a lo largo de décadas; en este sentido creemos que se configura un escenario propicio para consolidar una perspectiva de derechos para pensar la salud mental. No es tarea sencilla, la lógica manicomial se erigió con solidez durante más de dos siglos, principalmente porque cumplía con propósitos societales, que aún cumple; desarmar ese andamiaje resultará una tarea colectiva.

Las discusiones aquí presentes son producto del intercambio en el marco del Grupo de Estudios Políticas Públicas y Salud Mental del Centro de Estudios Trabajo Social y Sociedad de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP; asimismo se suman los aportes de la experiencia docente durante siete años consecutivos en el desarrollo del seminario de grado: Salud Mental y Trabajo Social en la Facultad de Trabajo Social (UNLP) que coordinamos, donde hemos podido enriquecer los debates junto a colegas y estudiantes.

Los mismos se han centrado en el análisis de herramientas teórico metodológicas para la intervención en el campo de la salud mental, así como la revisión de las tendencias e indagaciones actuales en el ámbito de las ciencias sociales que aportan a la problematización del mismo en un momento histórico signado por la revisión de los marcos jurídicos y las modalidades de asistencia.

Incluimos en los planteos, el impacto que ha generado la Ley Nacional de Salud Mental en los últimos años, para aquellos que trabajamos en el ámbito de la salud y por supuesto para las personas con padecimiento mental. La ley 26.657 establece los lineamientos básicos: integralidad, territorialidad, limitación de prácticas tutelares; consideración del usuario como sujeto de derecho, nuevos estándares para la definición de “buenas prácticas en la materia”. El cambio paradigmático reconoce como eje sustancial la formación y capacitación de futuros profesionales, con la consecuente necesidad de revisión y actualización de planes de estudio.<sup>1</sup> Asimismo el principio de corresponsabilidad e intersectorialidad en el abordaje de la salud mental impacta en la agenda universitaria apelando a la responsabilidad de las unidades

---

<sup>1</sup> Compartimos el enlace de los Lineamientos curriculares para las Universidades elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el 2015.



formadoras en lo atinente a su participación en los procesos de información y promoción sociosanitaria, en políticas de transferencia, y en programas de extensión e investigación. Es por ello, que queremos contribuir con esta producción escrita, en esta dirección.

En el caso de la formación de grado universitaria, si bien hay profusa bibliografía referente a salud mental, podemos identificar dos enfoques en su tratamiento; uno que ha limitado la aproximación al tema de la salud mental al tratamiento de contenidos acotados en materias específicas como psicología con énfasis en las dimensiones subjetivas o bien en el conocimiento de las modificaciones normativas como es el caso de materias vinculadas al derecho; y un segundo enfoque, si bien se ha aventurado a problematizar la práctica profesional de distintas disciplinas, lo hace desde la noción recortada y disciplinar con énfasis en el detalle de roles y funciones profesionales, configurando un enfoque endógeno que dificulta el desarrollo de estrategias interdisciplinarias, y favorece la inscripción hegemónica de la psiquiatría. Se entiende que ambos enfoques en el tratamiento de la cuestión han contribuido a la existencia de un área de vacancia en la formación sobre la que esta producción pretende incidir.

El recorrido del libro centra su propuesta metodológica en torno a la práctica profesional y las políticas públicas en el campo de la salud mental y las adicciones, trascendiendo lecturas que ponen el acento en las dimensiones psi o normativas en términos exclusivos. Asimismo se entiende que los desarrollos del libro responden a un enfoque interdisciplinario y podrán aportar material al estudiantado, habilitando el diálogo con las herramientas conceptuales que puedan ir adquiriendo en las materias específicas, sobre todo a aquellos que realizan prácticas de formación profesional en relación a la salud mental.

Los autores que participan esta obra, no son solo docentes sino profesionales que se desempeñan en el campo de la salud mental. Nos resulta fundamental poder rescatar las trayectorias mixtas, y valorizar el análisis de las prácticas cotidianas de aquellos que nos encontramos trabajando en distintas instituciones de salud.

En cuanto al contenido específico, caracterizamos el campo de la salud mental, tanto su estructura como sus políticas; abordamos los temas de la capacidad jurídica para aquellas personas con padecimiento mental; analizamos el plexo normativo vigente, incorporamos los relatos de experiencias donde podemos identificar reflexiones en relación a las condiciones y puntos de tensión que estructuran las prácticas de los equipos. Como hilo conductor todos los artículos abordan la problemática central que se pone en debate en el campo: la dificultad de concretizar una perspectiva de derechos.

La intención principal es brindar un material propedéutico para aquellos que trabajen la temática, tanto estudiantes, docentes o profesionales. Para lo cual, proponemos en diferentes capítulos trabajos prácticos a desarrollar que sirva para discutir y poner en tensión los materiales que escribimos.

Se incorpora también sugerencias de material audiovisual y enlaces externos, que contribuyen a resaltar la riqueza analítica y de debate que tiene el campo de la salud mental; esperamos que el mismo resulte dinámico e interactivo. Asimismo quisiéramos invitarlos a revisar la bibliografía sugerida, ya que existen excelentes referentes acerca de los temas

trabajados, que pueden aportar a profundizar el análisis y desarrollar tratamientos más específicos, que los que permite la extensión y objetivos de esta publicación.

No presentamos un material exhaustivo, ni cerrado, y es probable que para cuando esto llegue a los y las lectores/as, la dinamicidad de lo social haya hecho transformaciones importantes. Pero creemos que la propuesta central no pierde vigencia: es una invitación a indagar, a cuestionar, a no quedarse conforme con lo que nos ofrece la lógica manicomial, a sumarse al colectivo que cree que otra salud mental es posible.

# CAPITULO 1

## El campo de la salud mental: nociones, recorridos históricos y perspectivas actuales

*María Noelia López y 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, A. (2012:3)

### Introducción

El objetivo de este capítulo consiste en realizar un breve recorrido histórico por algunos de los elementos centrales que componen el campo de la salud mental y que resultan fundamentales para comprender su complejidad. Asimismo dicha reconstrucción nos permite comprender la estructuración contemporánea del escenario actual.

Finalmente se introducen algunos ejes de análisis, respecto a las transformaciones en curso: legislaciones, modalidad de atención y problemáticas principales que permiten sistematizar ciertos aportes para profundizar una perspectiva de derechos y cuáles son las prioridades analíticas frente a las políticas de salud.

### El campo de la salud mental

En Argentina, los orígenes de la atención en salud mental se organizaron en base a los valores alienistas de la psiquiatría y en cada época histórica fue influido por las distintas “reformas psiquiátricas.” Según Mendoza (2009) la intervención filantrópica tendrá una fuerte injerencia en el abordaje de la salud mental hasta el primer 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. Haciendo un recorrido por las experiencias históricas más relevantes vemos que estos preceptos serán una constante.

En primer lugar nos detendremos en la noción de campo de la salud mental, 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”.

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. Es sin embargo 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 salud mental es definida desde diversos ámbitos y perspectivas, por lo cual proponemos hacer un recorrido por el concepto, a fin de introducir sus significaciones históricas.

La salud mental es un campo de conocimientos y prácticas en el ámbito de las políticas públicas en salud<sup>2</sup> (Amarante: 2009). Este campo es constitutivamente complejo, no se basa en un solo tipo de conocimiento, conteniendo intereses políticos 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 Pierre Bourdieu, quien 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, 2012:2). 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 mental es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”, ya que la misma invisibiliza 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),

---

<sup>2</sup> Aquí se incluyen saberes y prácticas de distinta índole: psiquiatría; neurología, psicología; psicoanálisis; historia, antropología, sociología etc.

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.

En este punto creemos de suma utilidad para el análisis incorporar el concepto de proceso de salud/enfermedad/ atención acuñado por E. Menendez 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.<sup>3</sup>

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 Rodrigues 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. (Rodrigues Neto en Bisneto:2005: 69).

En esta perspectiva podemos decir que el campo de la política pública de la provincia de Buenos Aires en materia de tratamiento de la salud mental está centrada en 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

---

<sup>3</sup> 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.)

hacia una perspectiva de Derechos Humanos, incidiendo también en el campo de la salud mental”<sup>4</sup> (Torres, 2012:1).

Para comprender estas transformaciones y tener un panorama analítico del campo de la salud mental, realizaremos un breve recorrido histórico de las modalidades de atención en salud mental. De esta manera podemos aproximarnos a dar respuesta a la pregunta ¿Por qué siguen existiendo los manicomios/ formas manicomiales de forma hegemónica en nuestro país? Y cuáles son las vías de transformación.

## **De la nave de los locos al Gran Encierro<sup>5</sup>**

A finales del siglo XV aparece la figura de la Nave de los Locos en Occidente, que eran los barcos que transportaban de una ciudad a otra con “cargamentos de insensatos”<sup>6</sup> a cargo de mercaderes y marineros quienes finalmente los dejaban a la deriva en el mar (García Canal, I:2005). En el siglo XVII esta figura será remplazada por el Hospital, que Foucault denominará el Gran Encierro.

El Hospital creado en 1656 en Francia, fue un nuevo lugar social para la locura, que se destinaba a los pobres de todos los sexos, lugares, edades, sin distinción de clase y en cualquier estado en que se encuentren, curables o incurables. Es decir que el encierro no posee una connotación médica, de naturaleza patológica, lo que se lleva a cabo es un encierro indiscriminado, donde la pobreza y la marginación se transforma en un “mal social” que debe ser encerrado, encarcelado. La internación no es un problema médico sino policiaco, aquí comenzará la estrecha relación entre hospital y policía (García Canal, I: 2005).

A partir del siglo XVIII comenzará una transformación – que arrastrará también continuidades- centrada en la caracterización del loco como una figura de riesgo y peligrosidad, esto inaugura la institucionalización de la locura por la psiquiatría y el ordenamiento del espacio hospitalario por dichos profesionales. A partir de aquí se asociará a la locura con el concepto de enfermedad mental, formulado por la medicina, propiciando una estructura de castigo y tratamiento (Amarante, 2009). Teniendo su punto culmine luego de la Revolución Francesa, donde la razón será el centro de la sociedad, los “sin razón” deben ser apartados para permitir el progreso de la sociedad y a la vez el espíritu moderno debe permitir humanizar las instituciones y transformar el hospital en un lugar medicalizado.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Para la historización de las formas de abordaje de la salud mental son ineludibles los aportes teóricos realizados por M. Foucault; I. Goffman y S. Freud.

<sup>6</sup> Hasta ese entonces cada ciudad aceptaba hacerse cargo de sus propios “locos”.

## **Pinel y el alienismo**

Los principios del iluminismo, de igualdad y progreso, se vinculan con la concepción de la enfermedad mental de la época. La corriente alienista genera un modo de entender a la locura y al sujeto que la padece, desde una perspectiva moral. El tratamiento moral se estructura de manera de favorecer, mediante la presión social el retorno del internado a los caminos de la razón. La internación y aislamiento no bastan para alcanzar tales objetivos, el alienista debe intervenir para modificar las conductas inapropiadas producto de las pasiones. Se debe reubicar al paciente en el camino burgués de la virtud respetuosa del orden y del trabajo. El manicomio será el lugar de encuentro de la locura con la medicina.

Pinel (1793) es un médico francés que postula al aislamiento como fundamental para la cura del individuo y la observación de sus síntomas, organizando de esa forma el espacio asilar. Se funda una ciencia a partir de que una población de “insanos” es clasificada, Pinel construye una nosografía de las enfermedades mentales, estructurando la relación entre medicina y especialización alojándola en un poder institucional: la asistencia y la tutela. Aquí se solidifica la relación de la enfermedad con el derecho, ya que los sujetos enfermos perderán su carácter de sujeto de derecho sometidos a la autoridad del médico. El loco pasa a ser alienado y el médico pasa a ser padre de familia y juez de aquellos sujetos (García Canal, I:2009).

## **Reformas Sanitarias<sup>7</sup>**

El escenario de la posguerra de la segunda guerra mundial, fue propicio para las reformas psiquiátricas contemporáneas, ya que comenzaron a compararse las condiciones de internación con los campos de concentración, entonces la sociedad comenzó a cuestionar el papel y la naturaleza asilar del saber psiquiátrico. Lo interesante de recorrer las experiencias más importantes es localizar continuidades y rupturas en las mismas. Cada una de ellas aportó nuevos elementos a las transformaciones del sistema sanitario actual y tuvo influencias en los dispositivos de salud mental de nuestro país.

## **Comunidad Terapéutica**

En 1959 en Inglaterra Maxwell Jones consagra este término aplicando diversas reformas al hospital que consistían en la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas. Se centró en el cambio de la dinámica institucional. Se incluyen espacios grupales que apunten a la rehabilitación, grupos de discusión, reuniones diarias y Asambleas. En estos espacios participan desde los técnicos y profesionales hasta los pacientes. La idea de

---

<sup>7</sup> Comúnmente se llaman reformas psiquiátricas, pero entendemos que este nombre resulta restringido para dar cuenta del proceso, por lo cual nos referimos a reformas sanitarias. Para el desarrollo completo de las mismas ver Amarante (2005,2009).

comunidad intenta eliminar las jerarquías y establecer una comunicación libre entre todos los integrantes.

La principal crítica que se le hará a esta experiencia, reside en que se intenta humanizar al hospital, pero la transformación se reduce solo al escenario asilar, sin un cambio de perspectiva ideológica y societal.

## **Psicoterapia institucional**

También en el periodo de posguerra en Francia se llevó adelante esta experiencia a cargo de Tosquelles. En base a una lectura psicoanalítica, propuso el sentido de transversalidad a fin de problematizar las jerarquías. Se planteaba que las propias instituciones enferman y deben ser tratadas- Este movimiento encuentra su límite en la imposibilidad de dialectizar la relación entre el adentro y el afuera, ya que queda acotado a un espacio microsocioal.

## **Psiquiatría de Sector**

Transcurre en Francia en simultáneo con la anterior, se critica a la modalidad asilar. Se incluye el concepto de territorialidad. Es decir cada división del hospital corresponde a un área geográfica, donde el paciente se pueda atender en un sector del hospital que coordine directamente con un sector de su propio barrio y luego pueda ser atendido in situ. Se introduce la idea de internaciones breves.

## **Psiquiatría Preventiva (Comunitaria)**

Se desarrolla en EEUU en la década del 60 bajo la presidencia de Kennedy. Se centra en intervenir en las causas y prevención- promoción de la salud mental, se comienza a utilizar el término salud mental con asiduidad. Se establece un Plan Nacional de Salud Mental, se incorpora la figura de equipos interdisciplinarios, fuertemente ligado a las ideas desarrollistas. Se parte de afirmar que las enfermedades mentales pueden ser prevenidas y detectadas.

La principal dificultad de esta experiencia reside en que se sigue pensando al sujeto como desviación de la norma, sobre todo en un contexto convulsionado como es la década del 60 (movimientos de protesta, raciales, guerra de Vietnam, uso de diferentes drogas). Con lo cual la detección de aquel que se desvía de la colectividad revierte un tono policíaco. No obstante prepara el terreno para las propuestas de desinstitutionalización y la expansión de servicios extrahospitalarios como centros de día, centros de salud, etc. Y la ampliación de profesionales de la salud.



## **Antipsiquiatría<sup>8</sup>**

En sus inicios se desarrolla en la década del 60 en Inglaterra a cargo de los psiquiatras Cooper y Laing en un contexto donde los jóvenes estaban discutiendo la contracultura y el movimiento hippie tenía mucha incidencia en las discusiones intelectuales. Podemos ubicar este movimiento como la primera crítica estructural al manicomio y al saber psiquiátrico. Se pasa a cuestionar el binomio locura/ enfermedad, se discute que la esquizofrenia sea una enfermedad y que la función tutelar no sirve. Se convierte en un movimiento de denuncia heterogéneo, que plantean a la enfermedad mental como consecuencia del capitalismo. La locura es un hecho político con lo cual no es necesario un tratamiento farmacológico. Si bien es un movimiento que tuvo mucha influencia a nivel teórico, no pudieron consolidarse experiencias concretas en esta perspectiva. Se suele confundir la antipsiquiatría con la psiquiatría democrática. Esta última centrada en la figura del italiano Franco Basaglia. Basaglia, si bien tenía afinidades ideológicas con la antipsiquiatría, se apoyaba en otros postulados.

## **Psiquiatría democrática: el cambio estructural**

La complejidad de este proceso, no podemos desarrollarlo en este apartado, pero si puntualizar algunas cuestiones de avanzada que permitió por primera vez romper con los valores alienistas y morales que definían la atención de la salud. Basaglia trabajó en distintos lugares de Italia, pero fue en Trieste en Italia donde desarrollo su experiencia pionera.

La reforma culmina con la aprobación de la ley 180 (1978), que elimina los manicomios y establece la construcción de servicios comunitarios para sustituirlos. Los servicios territoriales pasan a tener un protagonismo relevante, las estructuras pueden existir en hospitales generales u otros formatos pero no pueden exceder las 15 camas. Queda abolido el estado de peligrosidad social del “enfermo mental”, lo cual va a producir una fractura conceptual en la base constitutiva de la psiquiatría. Una clave fundamental para entender esta reforma es que la misma hizo partícipe a distintos sectores de la sociedad, desde sindicatos, políticos, población civil y los propios sujetos con padecimiento mental. Signada por las década de los 70 donde tanto el cuestionamiento social y la participación formaban parte de la cotidianeidad de los procesos. La reforma italiana tiene una connotación dinámica y conflictiva, a diferencia de otras reformas; la misma no se centra en una solución institucional completa, dejando abierto un campo de incertezas, es una lucha contra la lógica manicomial que invade todos los sectores de la sociedad.

En este sintético recorrido lo que queremos subrayar, es que, las distintas reformas a lo largo de la historia no lograron descentrar el núcleo duro de la modalidad asilar (a excepción de

---

<sup>8</sup> Puede verse el relato de esta experiencia en la película, “Había una vez: una ciudad de Locos” de Marco Turco(2009) Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=-Y8bpKgoQZY>

la experiencia italiana), a la vez que cada una de las experiencias nos aporta algunos elementos para entender el campo actual, ya que sus elementos se han ido resignificando e incorporándose a la modalidad de atención actual.

## **Modalidad de asistencia de la salud mental en la Argentina**

Nuestro país organizó la atención en base a los valores alienistas antes descriptos y en cada época histórica fue influido por las reformas psiquiátricas.

Los jesuitas tuvieron el monopolio de la atención médica en Buenos Aires hasta su expulsión de América en 1767 y sus bienes fueron expropiados y destinados a obras de utilidad pública. En 1770 los religiosos de Nuestra Sra. de Belén (betlehemitas) construyeron una casa para internación de incurables, locos y contagiosos, más tarde fue habilitado como Hospital General de Hombres. El aumento en las internaciones de alienados exigió separarlos del resto de las personas enfermas y fue así que se diseñó un sector especial, cuya denominación oficial fue Cuadro de dementes.

En 1860 la Sociedad Filantrópica presidida por el Dr. Ventura Bosch se encarga de la construcción de la Nueva Casa de Dementes. Inaugurada en 1863 bajo el nombre Hospicio San Buenaventura recibe internos del Hospital de Hombres(luego hospicio de las Mercedes) En el año 1876 Meléndez es designado director del Hospicio de las Mercedes<sup>9</sup>, siendo una de sus preocupaciones la de establecer claramente una delimitación del espacio manicomial a través de las admisiones (Mendoza, 2009).

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 modificó todo el sistema de salud, la salud mental siguió estando relegada bajo los preceptos manicomiales y asilares.

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.<sup>10</sup> 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 en la década de 1960 porque en definitiva no se había logrado superarla desde las propuestas de abordaje desinstitucionalizantes.

Este período histórico puede ser denominado como un período de rupturas y 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

---

<sup>9</sup> El hoy denominado Hospital J.T. Borda.

<sup>10</sup> 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.

ideológicas progresistas y en perspectivas teóricas vinculadas estrechamente al marxismo y al psicoanálisis. Y 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.

En la década del 90 se reinaugura un período filantrópico en nuestro país, resignificado y bajo discursos humanistas se plantea como la modalidad de intervención social más transparente y desinteresada. La implantación de un modelo neoliberal que posibilitó la consolidación de un Estado con injerencias mínimas de intervención en lo social. Desde esta lógica de funcionamiento para la atención de las manifestaciones de la cuestión social, los “locos” nuevamente no fueron incluidos como población prioritaria.

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).

Como lo afirma Alberdi (2012) las prácticas alternativas a la asistencia manicomial conviven (de manera a veces conflictiva y en otros en calma), con las prácticas más tradicionales y conservadoras de la psiquiatría porque se produce un *aggiornamento* que no posibilita la construcción de cambios de fondo.

## **La Ley Nacional de Salud Mental: hacia un paradigma de derechos**

Podemos afirmar que el acontecimiento más importante en los últimos años para la salud mental ha sido la sanción de la Ley N° 26.657, en el año 2010; que abrió la puerta para que un paradigma de derechos comience a consolidarse con mayor profundidad. En este proceso, 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<sup>11</sup>, 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

---

<sup>11</sup> 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).

el mismo. Estas son expresiones del pensamiento heredado que van moldeando 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.

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 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 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.

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.

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 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.

A modo de síntesis, entendemos que se han producido cambios importantes; la ley nacional de salud mental está 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<sup>12</sup>. Sin embargo, 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.

## **A modo de conclusión**

Este sintético recorrido nos plantea en términos de Menéndez (2005) que la respuesta asistencialmanicomial y homogénea no se instala solo en la institución manicomial, sino que existe como perspectiva de análisis 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, bajo el auspicio del poder judicial y políticas públicas coherentes en esa dirección. En términos generales esta lógica dificulta pensar en respuestas singulares 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”.

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 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 Nacional de Salud Mental N° 26.657; 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 puja 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 sujetos con padecimiento mental, los equipos de salud no son únicamente dirigidos por médicos-psiquiatras, la problemática ha adquirido mayor visibilidad a partir de trabajar en términos de inclusión social. 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 nacional y provincial e intersectorial (Torres, 2012).

---

<sup>12</sup> 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)

Es necesario como sociedad que sigamos indagando en la pregunta de porque no hemos podido superar una respuesta asilar a la salud mental, los indicios a este interrogante lo encontramos en la historia y el análisis de las políticas públicas.

Entonces en este punto podemos decir que nos encontramos en un momento de transición. Es decir, los tiempos actuales son donde las lógicas manicomiales persisten aún y lo nuevo no acaba de consolidarse. 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.

## Trabajo Práctico sugerido

Elegir una de las siguientes películas y realizar un análisis de la misma recuperando los conceptos trabajados en el texto. Proponemos que se haga hincapié en las siguientes cuestiones:

- Luego de ver la película, elaborar una ficha técnica: director, año, nacionalidad. Analizar si estos datos están relacionados con los contenidos de la película, su ideología, el contexto, etc.
- Síntesis de la película: debe exponer el argumento central de forma breve, sucesión de eventos importantes, marcar lo explícito y lo implícito. Ver cuáles son los elementos objetivos: Narración, planos, encuadres, montaje, sonido, color, etc. Se puede seleccionar alguna escena que consideres de importancia y analizarla.
- Relacionar estos elementos con los contenidos teóricos trabajados.

Había una vez una ciudad de los locos de Marco Turco (Italia, 2009).

Había una vez la ciudad de los locos parte 1

Bicho de siete cabezas de Laíz Bodansky. (Brasil, 2001)

<https://www.youtube.com/watch?v=kYeejEXpvFo>

Comunidad de locos de Ana Cutuli (Argentina, 2005).

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_Yr9C00yiDo](https://www.youtube.com/watch?v=_Yr9C00yiDo)



## Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y psicosocial*. Bs.As: 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 Trabajadores Sociales. UNICEN. Tandil. Noviembre 2011.
- 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.
- Bisneto, J. A. (2005). *Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental*. Revista Serviço Social y Sociedade. N° 82. Año XXVI. San Pablo: Ed. Cortez. Traducción propia del portugués al español.
- 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). *La Institución imaginaria de la sociedad*. Bs.As: Ed. Tusquets.
- Díaz, 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.
- Faraone, S. (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.
- García Canal, I. (2005). *Foucault y el Poder*. Universidad Autónoma Metropolitana. México
- 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 Mandacaru.
- Menendez, E. (2005). *"El modelo médico y la salud de los trabajadores"* en Revista de Salud Colectiva, volumen 1. Número 1. La Plata.
- Mendoza, M (2009) *La modalidad de atención en salud mental*. Bs.As: Ed Mate.
- 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 2008.
- Vallejos, Indiana. (2009). *La discapacidad certificada y la certificación del reconocimiento*. En: Rosato, A y Angelino, M. *Discapacidad e ideología de la normalidad*. Desnaturalizar el déficit. NovEduc. Buenos Aires.

## **Marco Normativo**

[Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008.](#)

DNSMyA (Comp.): Instrumentos internacionales de derechos humanos y salud mental. Ministerio de salud de la Nación, 2010. Disponible en

<http://www.msal.gob.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/publicaciones>

[Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010](#)

## CAPÍTULO 2

# Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de derechos humanos de los efectores de atención de salud mental de la provincia de Buenos Aires

*Lic. Noelia Rodríguez, Lic. Noelia López, Lic. Jacqueline Torres, Lic. Carolina Chabat, Lic. Natalia Rochetti, Lic. Laura Andreoni, Lic. Clara Weber Suardiaz y Lic. Roxana Zunino<sup>13</sup>*

### Introducción

El presente trabajo es un extracto del proyecto de Investigación producido por el Grupo de estudios: Salud Mental y política Pública, en el que expondrá brevemente el propósito, la metodología de indagación y los resultados finales. Dicha investigación fue realizada a pedido del Observatorio Social Legislativo de la Provincia de Buenos Aires, presentado en julio de 2014. La indagación se centra en conocer y describir el estado de situación de los efectores de dependencia provincial, destinados a la atención de la salud mental y las adicciones, en relación al desarrollo de prestaciones (estrategias y prácticas) consecuentes con el paradigma social de la discapacidad y los lineamientos técnicos sanitarios conocidos como modelo de atención comunitario en salud mental y adicciones.

La pregunta que guio la presente investigación se centró en visualizar cómo se están produciendo las transformaciones en el campo de la salud mental en los efectores de salud públicos de la provincia de Buenos Aires, en virtud de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657.

Sí bien al presente podrían situarse algunos cambios en la provincia de Buenos Aires como la creación del Órgano de Revisión Provincial, entendemos que la presente investigación, los datos y conclusiones arribadas se constituyen en una herramienta que aporta insumos para la toma de decisiones, la identificación de procesos instituyentes y áreas de vacancia pasibles de ser abordadas desde el accionar legislativo.

---

<sup>13</sup> Integrantes del grupo de estudios: Salud Mental y Políticas Públicas de CETSyS FTS/UNLP

Este trabajo no habría sido posible sin la colaboración anónima de numerosos colegas y operadores del sistema de salud público de la provincia quienes nos brindaron su tiempo, saberes y experiencias.

## **Avances en el marco jurídico-normativo de los derechos de las personas con padecimiento mental**

En los últimos años “se produjeron transformaciones en el campo de la salud mental asociadas a la coyuntura histórica, social, política y económica no sólo 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 y las adicciones<sup>14</sup> (Torres, 2012:1).

En el año 2008 el Estado Argentino suscribe a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD (Ley 26.378). Ésta “se funda en el “Modelo Social” de la discapacidad, entendiendo que la misma obedece a causas netamente sociales. El Modelo Social implica que no debe privarse a las personas de la posibilidad de elegir y actuar; el principio rector es la dignidad de riesgo, esto es, el derecho de correr los riesgos y la posibilidad de equivocarse propios de la vida en comunidad.

En el campo específico de la salud mental, este marco paradigmático se expresa en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (en adelante LNSM) y pone en jaque el constructo filantrópico y al antiguo modelo tutelar de incapacitación<sup>15</sup>; en consecuencia se pone en tensión el concepto biológico jurídico de la discapacidad con su fundamento exclusivamente médico. El cambio paradigmático no se vincula (sólo) a la exigencia de nuevas tecnologías y propuestas asistenciales, sino sustancialmente a un reposicionamiento de las personas con padecimiento psíquico en el ordenamiento jurídico mediante las herramientas del derecho internacional público de los DDHH, y su necesaria efectivización mediante acciones positivas en el ordenamiento interno y en las políticas estatales y los nuevos reposicionamiento que las estrategias sanitarias deben respetar. (López, 2013:3).

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 fue sancionada el 23 de Noviembre de 2010 y reglamentada el 29 de mayo de 2013 (Decreto 603/2013), derogando la ley n° 22.914. La misma concibe a la salud mental desde una perspectiva holística e integral incluyendo a las adicciones dentro de su marco.

La sanción de la LNSMyA se constituyó en un avance al establecer un piso mínimo en garantía de derechos por parte del Estado. Es necesario mencionar que “Ésta es una ley de

---

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> El paradigma de tutela se fundamenta en la concepción de las personas con padecimiento mental como objetos de tutela y protección. Se restringe la capacidad de ejercicio de los derechos, bajo la excusa de proteger a las personas con discapacidad de los riesgos y/o peligros de la vida en sociedad, sustituyendo a la persona en la toma de decisiones. El diagnóstico médico-psiquiátrico se constituye en el insumo básico para determinar la insania o inhabilitación jurídica de una persona con padecimiento mental.

derechos humanos (...). Esta calificación es la que da coherencia interna a todo el articulado de la ley y la que le otorga validez jurídica en nuestro régimen constitucional, conforme lo normado por el art. 75 inciso 23 de la CN, que establece que es facultad del Congreso de la Nación legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen el pleno goce de los derechos reconocidos por los tratados de derechos humanos (...) tal como se ha resuelto en reiterada jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación” (Martínez M y Wolkowicz A; 2012 en Torres op.cit).

La normativa recupera aportes técnicos de organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud 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 2010 de la Conferencia Regional de salud mental.

En el marco de la Ley Nacional n°26657 y del decreto reglamentario 603/2013 en octubre de 2013 se formula el Plan Nacional de Salud Mental, en que se plasma que los responsables de la aplicación, monitoreo y evaluación serán el Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

“El Plan consta de un conjunto de pautas generales que permitirán hacer efectiva la función de rectoría del Estado en los distintos niveles jurisdiccionales, la gestión de las áreas competentes en la implementación de las acciones y la integración del componente de Salud Mental y adicciones en las políticas públicas de salud” (Plan Nacional de Salud Mental; 2013:28).

Si bien este plan plasma los principios fundamentales de la LNSMyA, el mismo no se traduce en una planificación operativa para las provincias, ni en un presupuesto asignado, ni en el desarrollo de acciones específicas para cada área. Es decir, sirve como orientador de los pasos a seguir para cada instancia gubernamental.

Finalmente, en la adecuación de la normativa provincial, cabe mencionar que en noviembre de 2013 por el decreto ley 14.580 nuestra provincia adhiere a la Ley Nacional de Salud Mental y adicciones n° 26.657, dando un plazo de 36 meses para instrumentar las reformas necesarias que se plantean en esta ley.

## **Marco metodológico**

Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta la red de efectores destinada a la atención de la salud mental y las adicciones de alcance provincial y de carácter público, bajo la dependencia de la Subsecretaria de salud mental y atención de las adicciones del Ministerio de salud bonaerense (SADA)<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Ver decreto 187/2011 y resolución 3695/12 M.de salud Pcia. De Bs.As.

Específicamente se tomó como referencia el mapeo de efectores publicado al 30 de diciembre de 2013, en la página web de la dirección provincial de Salud Mental<sup>17</sup> y el mapeo de la web de SADA sobre la red de centros provinciales de atención<sup>18</sup>.

Se entiende por efectores a las instituciones y servicios que con independencia de su ubicación en la red sanitaria provincial, definen su razón de ser por la realización de prestaciones destinadas a la promoción, prevención, asistencia y/o rehabilitación en materia de salud mental y atención de las adicciones. En sentido estricto este estudio incluye a los hospitales especializados en salud mental de dependencia provincial sean interzonales, zonales o subzonales; los hospitales generales de agudos de carácter provincial sean zonales o interzonales, y los centros provinciales de atención (CPA) de la red de adicciones; que desarrollan prestaciones específicas en materia de salud mental y atención de las adicciones bajo distintas modalidades terapéuticas<sup>19</sup>.

Por modalidad terapéutica se entiende la organización estratégica de recursos y prácticas que un efector establece para llevar adelante la ejecución de sus prestaciones. En este estudio se consideran dos modalidades generales la internativa y la ambulatoria esta última subdividida en consultorio externo y hospital de día.

Nos interesó analizar el tipo de prestaciones y prácticas que desarrollan las instituciones seleccionadas. Las prestaciones refieren a la producción institucional de bienes y servicios, es decir las propuestas, dispositivos, programas, proyectos que cada institución pone en marcha para la producción de acciones de prevención, promoción asistencia y/o rehabilitación en materia de salud mental y adicciones. Toda prestación comprende requerimientos materiales, temporales, espaciales y una articulación específica de prácticas disciplinares, interdisciplinarias y de sostén (administrativas, de mantenimiento) sin las cuales no tendrían materialidad ni razón de ser.

La propuesta metodológica consistió en un estudio exploratorio y descriptivo, considerando que dicho diseño permite elaborar una caracterización del objeto de estudio con un fuerte énfasis en recuperar la perspectiva de los actores involucrados en los procesos sociales que se pretenden analizar. Este tipo de diseño permitió rescatar la perspectiva de los profesionales, la comprensión de los significados atribuidos por ellos a los sucesos, situaciones y acciones, prácticas posibilitando así el abordaje interpretativo a partir de nuestra inclusión como investigadoras en el campo de estudio.

En términos generales, la metodología de investigación se desarrolló principalmente a través de una encuesta administrada a los distintos efectores de salud mental; lo cual permitió en un segundo momento identificar a informantes claves con los cuales se mantuvo entrevistas en profundidad. También se agregó el análisis de documentos oficiales, producidos durante el año 2013, los cuales hacen referencia a la adecuación a los marcos normativos vigentes en

---

<sup>17</sup> <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/guia-de-recursos/>

<sup>18</sup> <http://www.sada.gba.gov.ar/adonde/index.php>

<sup>19</sup> Quedan excluidos del presente estudio los efectores de salud mental y atención de las adicciones de dependencia nacional y municipal. Dentro de la red provincial tomada como referencia se ha excluido de forma intencional a las comunidades terapéuticas propias y conveniadas sujeto de futuros estudios.

salud mental. Asimismo se incluyó bibliografía sobre el tema, investigaciones previas e informes técnicos de diversos organismos que pudieran aportar al análisis de los datos.

La aplicación del cuestionario se inició, como prueba piloto, en los efectores de Región Sanitaria XI, ya que teníamos mayor accesibilidad, dado el conocimiento por parte del equipo de trabajo de los referentes de los servicios de salud mental. Para el acceso a las demás Regiones Sanitarias se utilizó la modalidad de encuesta auto-administrada, indicando función desempeñada en el servicio de salud mental, previa comunicación e intercambio por parte de los integrantes del equipo<sup>20</sup>.

Las variables e indicadores de la encuesta fueron el tipo de efector, prestaciones y prácticas (modalidad de atención grupal, comunitarias, articulación intersectorial, recursos y estructura para la atención (estructura, recursos humanos, formación y áreas de capacitación), población y presentaciones clínicas habituales (población que se atiende, procedencia de la población, diagnósticos y motivos de consultas).

En cuanto al alcance si bien se remitieron a los efectores, se identificaron numerosas dificultades<sup>21</sup> para que los equipos aceptaran recepcionar la encuesta o en caso de hacerlo para remitirlas en tiempo y forma. La información solicitada en la encuesta también requirió que los encuestados debieran contactarse con áreas del efector, como el servicio de estadística para ofrecer información específica, vinculada, por ejemplo a la cantidad de población que atiende el servicio, lo cual retrasó la entrega de las encuestas.

## **Tendencias y problemáticas del campo de la Salud Mental y Adicciones**

En el actual contexto del complejo campo de la salud mental, podemos identificar un avance en cuanto las discusiones y acciones guiadas por una perspectiva de derechos humanos, donde los distintos niveles provinciales se han puesto a trabajar por realizar modificaciones. No obstante, existen algunos elementos que dan cuenta de esfuerzos que quedan aislados frente a tal complejidad, sin poder consolidar una política pública intersectorial, que brinde respuestas a largo plazo.

Los derechos a la salud mental han sido relegados durante décadas. Las instituciones estatales han actuado de manera aislada para alcanzar sus objetivos y los usuarios, la(s) familia(s) y las comunidades han quedado como únicas responsables de coordinar los esfuerzos y recursos. Entendemos que revertir esta situación que ha sido histórica requerirá los esfuerzos de los distintos actores que integran la política pública no solo de salud. Ya que no

---

<sup>20</sup> Se obtuvieron 17 encuestas a los siguientes efectores: 6 CPA (representativos de Región Sanitaria III, V, XI); 7 Hospitales Generales (representativos de Región Sanitaria I, III, IV,V,VI,X,XI); 4 Hospitales Monovalentes (VI, VIII, XI) y 3 especializados (región sanitaria XI).

<sup>21</sup> Algunas de estas dificultades han tenido que ver en primer lugar, con un déficit de las instituciones en cuanto registro y datos estadísticos que les permitan caracterizar sus servicios y dinámicas. A su vez, el escaso tiempo que tienen los equipos y las múltiples actividades que deben desarrollar en las instituciones dificultan dedicarle tiempo a la realización de encuestas o a ser entrevistado.

se puede garantizar los derechos a la salud mental si las instituciones y los actores encargados de diseñar e implementar las políticas de Salud Mental no reconocemos y articulamos los esfuerzos que realizan la(s) familia(s), los equipos profesionales y las instituciones. Sabemos que el camino se ha comenzado a transitar en esta dirección pero falta un largo proceso para que podamos pensar en una provincia sin manicomios.

Desde la indagación realizada por el Grupo de Estudio, hemos intentado relevar las dificultades en terreno y analizar los puntos prioritarios de acción, realizando observaciones constructivas para aportar a la reflexión del campo de la salud mental.

El presente trabajo se propuso desarrollar una caracterización de los efectores que conforman la red de Salud en la Provincia de Buenos Aires, así como describir el estado de situación de los efectores en relación a la implementación de la LNSM.

Apuntamos a que los datos de esta investigación se constituyan como insumo para la toma de decisiones en el ámbito legislativo con el objetivo que aporten y orienten en el diseño de políticas públicas para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios en salud mental enmarcadas en la normativa vigente.

De los datos relevados en esta investigación se identifican tres nudos problemáticos principales para ser abordados en el marco de la transformación de los procesos de atención en salud mental:

### **1. Persistencia de la centralidad en la modalidad de atención en salud mental en los hospitales monovalentes**

La misma concentra la mayoría de los recursos humanos y presupuesto.

Estas instituciones han desarrollado experiencias alternativas a la lógica manicomial, en la modalidad de rehabilitación de las personas con padecimientos mentales severos de larga estadía en el Hospital, pero se sostienen sin la suficiente apoyatura de recursos humanos y de presupuesto.

En el análisis de la información relevada en las entrevistas con operadores de los equipos de salud este aspecto fue identificado como un aspecto problemático central, que torna a estas experiencias como aisladas del conjunto de prestaciones tradicionales que el hospital ofrece. (Internación, consultorio externo).

En este sentido el desafío es reorientar la centralidad de este dispositivo hacia la ampliación de ofertas de servicios de salud mental en la comunidad, que modifiquen las actuales condiciones de ingreso a las internaciones sin georeferencia en un primer momento y el cierre progresivo de las internaciones en este tipo de efectores.

La construcción de dispositivos de asistencia adecuados para la población de larga estancia, para su rehabilitación y asistencia.

“El propósito de las internaciones breves en el hospital monovalente no prosperan en la mayoría de los usuarios que no tenían resueltas las necesidades de orden social, económico y de apoyo en su cotidianidad. En estos casos de desvalimiento, la institución



se convertía en un lugar donde vivir, más que en un centro asistencial donde recuperarse” (Cohen- Natella. 2013:42).

En este sentido queremos subrayar que, tal como lo plantea la LNSMyA, los monovalentes deben cerrarse, con lo cual toda transformación debe tener ese horizonte.

## **2. Servicios de salud mental de base comunitaria**

Con respecto a la atención de la salud mental en hospitales generales la centralidad de las prestaciones es a través de consultorios externos, asimismo algunos de los efectores cuentan con camas de internación declaradas previas a la sanción de la LNSMyA. Sin embargo estas prestaciones no se combinan con otras prestaciones y prácticas vinculadas a la modalidad de Hospital de Día, como recurso de apoyo para los usuarios que no pueden sostener solos, una modalidad de tratamiento ambulatorio, dispositivos de atención en crisis, etc.

La mayoría de los servicios de salud mental de Hospitales Generales se encuentran integrados por psiquiatra y psicólogo y no se incluyen otras disciplinas que pueden intervenir en el campo de la salud mental (trabajo social, terapia ocupacional). Algunas de estas disciplinas solo intervienen por interconsulta. En este sentido, la LNSMyA en el artículo 8 refiere en torno a la modalidad de abordaje que “debe promoverse que la atención en salud mental, esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Cuando nos referimos a servicios de atención de base comunitaria, no nos referimos solamente a centros de salud, sino que todo dispositivo / servicio tiene que orientar su quehacer desde una perspectiva que acerque la atención a los usuarios y respete sus derechos.

Según la densidad de la población que requiera atención, se pueden sumar equipos móviles interdisciplinarios de salud mental, con guardias pasivas y con una articulación solida entre el nivel municipal y provincial.

## **3. Déficit de estudios epidemiológicos y diagnostico situacional actual de la salud mental en la Provincia de Buenos Aires**

Otro punto esencial que se presenta como problemático para pensar la adecuación de la red de servicios en salud mental es el escaso desarrollo de la epidemiología específica de esta área. El diseño de un sistema de información de salud mental, permitirá acceder a datos fidedignos por ejemplo del número de camas, las altas, las bajas, los cierres de cama, así como el acceso al sistema público de salud, la calidad de las prestaciones, etc. Asimismo entendemos que esto no debe estructurarse solo en base a los efectores monovalentes sino incluir una perspectiva de red de salud mental de base comunitaria.

#### **4. Deficiencias estructurales de la Red de Salud Mental**

Las diferentes experiencias alternativas a las lógicas manicomiales, muestran una adecuación de los recursos humanos. No obstante, en general, no ha habido incorporaciones de trabajadores de planta dentro de la carrera hospitalaria de nuestra provincia. Muchas de estas experiencias en territorio son sostenidas por becarios, residentes o bajo contrataciones precarizadas. Lo cual presenta diversas dificultades para los trabajadores profesionales como ser, la imposibilidad de concursar, generar antigüedad laboral, recibir un salario acorde y fundamentalmente consolidar los espacios de trabajo.

Según los datos obtenidos en la presente indagación, los profesionales de planta en general constituyen equipos de trabajo con experiencia en intervenciones psicosociales y no tanto en intervenciones comunitarias y asistenciales. La mayoría, está conformado por psicólogos y en menor medida médicos (de distintas especialidades) y trabajadores sociales, siendo escasa la incorporación de otras profesiones. (Enfermería, terapia ocupacional, fonoaudiología, etc.) Resulta necesario aunar ambos aspectos en la atención: lo psicosocial y lo comunitario.

Respecto a las “Guardias de Psiquiatría/ Salud Mental” tanto los hospitales monovalentes como los hospitales generales que tienen Servicio de Salud Mental con internación, están conformadas y dirigidas por psiquiatras de planta. Tanto psicólogos como trabajadores sociales se incorporan a las mismas como residentes o pasantes, no existiendo su incorporación formal a la misma.

#### **5. Red Provincial de Adicciones**

Ha habido un avance sustancial en el terreno del tratamiento de las Adicciones en el país y a nivel provincial, que se plasman en primer lugar en la LNSMyA y en la resolución provincial 3695/12. Donde se plantea que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, razón por la cual las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la misma en su relación con los servicios de salud.”

Plantear el problema de las adicciones como un problema de salud, permitió comenzar a pensar en acciones y dispositivos integrados. Los CPAs cuentan con una red territorial consolidada que data de años de trabajo y que puede ser potenciada para llevar una atención integral a las poblaciones.

Esto ha implicado un arduo trabajo hacia el interior de la cultura institucional de los servicios de salud y el Poder Judicial, a fin de desterrar estereotipos y prejuicios respecto a las adicciones, cuestión que no se ha saldado aún.

Otro elemento de dificultad que se evidencia en el sector es el trabajo de derivación e internación de las personas con consumo problemático que así lo requieran. Con escasos recursos propios, la Subsecretaría convenía con Sectores Privados, donde aún la fiscalización de los mismos presenta dificultades. A la vez que los Hospitales Generales tienen poca apertura para trabajar con estos usuarios, persistiendo culturas institucionales y estigmatización respecto a los mismos.

Del análisis de los datos tanto de las encuestas como de las entrevistas es importante subrayar, que si bien se ha ampliado el espectro de atención en salud mental con la apertura de camas, consultorios externos servicios y programas, sigue prevaleciendo la atención psiquiátrica como preponderante. Este punto es fundamental ya que indica que se debe reforzar la conformación de equipos interdisciplinarios para los distintos servicios, a fin de que puedan consolidarse experiencias integrales de atención.

De este modo se corre el riesgo de que los consultorios externos se conviertan en estipendios de medicación y las camas en Hospitales generales continúen funcionando bajo la misma lógica manicomial.

Una epidemiología rigurosa en la provincia que dé cuenta de las enfermedades prevalentes y la cantidad de población que requiere atención también permitiría planificar estratégicamente que servicios y que modalidades son necesarias.

Otro elemento que no contribuye a consolidar un modelo de atención de base comunitaria e interdisciplinaria, es la fragilidad de inclusión que tienen los profesionales en los servicios. Algunos efectores que han incorporado servicios de salud mental incluyen a las distintas disciplinas, pero los profesionales no son exclusivos de esos servicios, teniendo que repartir sus actividades en distinta áreas o permaneciendo bajo contrataciones precarias que no permiten una estabilidad laboral.

## **Propuestas y acciones estratégicas posibles**

En virtud de los nudos problemáticos identificados queremos enfatizar la estrategia principal y sus acciones derivadas, para facilitar el desarrollo de una red efectiva de servicios de salud mental según la OPS.

Desplazar el eje de la atención desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad:

Garantizando el acceso a la atención de los usuarios de salud mental y fortaleciendo la red de recursos comunitarios y asistenciales para el sostenimiento de los usuarios en la comunidad.

Esta estrategia implica favorecer el desarrollo estratégico de planes de reconversión y adecuación de los monovalentes de la provincia, coordinados desde un nivel central y regional. Estipulando plazos, diseños graduales que permitan la reasignación de recursos hacia servicios de base comunitaria.

Propiciar una coordinación Interministerial con el fin de realizar gestiones que promuevan la inclusión social, laboral, cultural y educativa de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

**Algunas acciones posibles son:**

- a) Desplazar el eje de la atención desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad, por ejemplo, como se ha hecho en algunos lugares, a través de la oferta de atención en salud mental en centros integrados de salud mental y adicciones.
  - b) Desarrollar Servicios Comunitarios de Salud Mental, por ejemplo a través de centros de atención primaria de la salud, postas sanitarias, centros integradores comunitarios, etc.
  - c) Integrar la atención a la salud mental en los servicios de salud. En este sentido, la LNSMyA en su artículo 28 dispone que “las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales”. Sin embargo, como mencionábamos, la apertura de plazas en hospitales generales no debe constituirse en la única propuesta alternativa de adecuación, sino que se debe promover dispositivos intermedios como hospitales de día, casa de medio camino, residencias asistidas, etc. Estos dispositivos permitirán un trabajo con la población de larga estancia de internación en la medida en la que se le podrá ofrecer, por ejemplo un servicio de alojamiento destinado a personas con padecimiento mental que por los atravesamientos psicosociales requerirán de un espacio de residencia transitoria en el que podrán recibir acompañamiento terapéutico en el proceso de inclusión en dispositivos por fuera del espacio de residencia. En ese periodo los usuarios podrán adquirir y/ o recuperar habilidades que perdió por el proceso de institucionalización en el hospital monovalente.
- Conformación de un Órgano de Revisión Provincial (tal como lo plantea la LNSMyA), integrado por distintos actores del campo, que pueda observar los procesos de transformación, fiscalizar y realizar sugerencias.
  - Instrumentar a nivel provincial la unidad de defensa de acuerdo al art. 22 de la LNSMyA.
  - Se hace necesario que las pericias de capacidades realizadas por operadores judiciales se realicen de acuerdo a los parámetros de la Convención para personas con discapacidad y la LNSMyA. En la cual se indica que la evaluación debe ser interdisciplinaria, partiendo de la capacidad de la persona y discriminando cuáles son los actos de la vida cotidiana que puede realizar y en cuáles necesita algún tipo de apoyo.
  - Por otra parte es importante mencionar, que desde un punto de vista intersectorial, algunos dispositivos habitacionales, pueden ser comprendidos como parte de la red, aunque no pertenecen al sector salud, pueden formar parte de la red de salud mental, por ejemplo unidades convivenciales, viviendas cogestionadas (Estado/ usuarios), etc.
  - En cuanto al escaso desarrollo de la epidemiología en salud mental, se propone la creación de un sistema de información que permita obtener información fidedigna que oriente a la política pública, permitiendo atender a problemáticas prioritarias en torno a la red de servicios de salud mental.

- Sería fundamental trabajar en el diseño de planes asistenciales y de inserción social específicos para la problemática de la salud mental, que excedan el área de discapacidad<sup>22</sup>.
- Coordinación con los municipios, el desafío de armar una red de salud mental aprovechando el despliegue territorial que tienen los municipios, facilitando el acceso de las poblaciones a su atención (coordinación con CAPS, postas sanitarias, Cics, planes y programas de desarrollo social, emprendimientos productivos, etc). Asimismo, definir planes y programas tendientes a la construcción de dispositivos para los usuarios de larga estancia (tales como residencias asistidas, casas de convivencia, centros de día).
- Cambio de nominación de los servicios de salud mental. Se prevé que los servicios que atienden población usuaria de salud mental dejen de llamarse Servicio de Psiquiatría y/o guardia Psiquiátrica por Servicio de urgencias en salud mental. Incorporación formal de distintas disciplinas a las guardias de salud mental.
- Relocalización, reconversión e incorporación de recursos humanos, a fin de trabajar en dispositivos de externación con modalidad de abordaje comunitario, con base en la prevención y promoción de la salud. Esto incluye por ejemplo la instrucción de los profesionales que ya se encuentran en actividad con orientación comunitaria y territorial en la formación.
- Impulsar el diseño de planes de formación de grado y post grado que promueva la atención de salud mental interdisciplinariamente, basados en los principios de atención primaria de la salud comprendiendo un trabajo intersectorial.
- La formación de residentes de las diferentes disciplinas y otras disciplinas tales como la enfermería debe adecuar su programa de formación a los lineamientos de atención comunitaria.
- Es necesario la incorporación de técnicos y agentes, tales como acompañantes terapéuticos, asistentes personales o figuras de apoyo como personal de planta en la red de atención de la salud.
- Definir programas provinciales destinados a la inclusión laboral en igualdad de condiciones.
- Contar con recursos asistenciales (subsidios, pensiones, programas) que permitan al usuario vivir en la comunidad en condiciones dignas
- Para la reconversión de los hospitales monovalentes, una de las acciones que se hace fundamental es el cierre de las internaciones como modalidad de atención. En tanto, se continúen admitiendo usuarios a los efectores difícilmente se va a generar una sustitución en la atención.

---

<sup>22</sup> Hoy se recurre a las Pensiones por Discapacidad; Pases de trasportes por Discapacidad, Programa Vuelta a Casa, que no abarcan la problemática en su complejidad.

## **Trabajo Práctico sugerido**

Elegir uno de los siguientes artículos periódicos. Analizar su contenido identificando:

- a- su aporte para caracterizarla situación de la salud mental en nuestro país (tendencias, problemáticas),
- b- datos que brinda respecto a la implementación de políticas o ejes tratados en este capítulo. Para facilitar la tarea te proponemos focalizar la lectura de los apartados “Tendencias.” y “Propuestas...” del presente capítulo.

*Paciente crónico* de Roxana Amendolaro en Pagina12 edición 20 de diciembre de 2012

<http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-210230-2012-12-20.html>

*Eric Laurent y la guerra contra la medicalizacion del mundo* de Pablo Chacón en Página12 edición 23 de diciembre de 2012.

<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-8480-2012-12-23.html>

*Salir del Encierro* de Carolina Keve en *Le monde Diplomatique* edición N° 176 Latinoamérica. Febrero 2014.

<https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/02/nota-le-monde-feb-2014.pdf>

## Bibliografía

- Hugo Cohen- Graciela Natella. (2013) *“La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Rio Negro”*. Ed. Lugar. Bs. As. disponible en [http://www.lugareditorial.com.ar/extras/978-950-892-425-4\\_Hohear%20el%20libro.pdf](http://www.lugareditorial.com.ar/extras/978-950-892-425-4_Hohear%20el%20libro.pdf)
- [CELS-MDRI. \(2007\) \*Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos: un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina\*. Buenos Aires. Siglo XXI.](#)
- Conocente y Kameniecki (2009) (Comp.) *Del fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta*. Editorial letra viva. Bs.As.
- Informe de investigación (2004). *Los Efectores de la Red Pública de Adicciones de la Provincia de Buenos Aires: Factores Asociados a la Baja Cobertura de la Población de Riesgo*. Argentina. BID/UMPRES.
- López, N. (2013) *La dimensión jurídica normativa. Procesos Sociales y práctica profesional*. Mimeo. Sistema Provincial de Residencias. Unidad de Trabajo Social. HIEAC DR. A Korn.
- Mendoza, M (2009) *Crítica a modalidad de atención en salud mental*. Ed Mate. 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.

# CAPÍTULO 3

## Capacidad Jurídica: Teorías, implicancias y prácticas

*Roxana Zunino y Jacqueline Torres*

### Introducción

El presente trabajo intenta ser un aporte para pensar sobre las prácticas en salud mental a partir de los cambios legislativos-normativos que necesariamente requieren de la reflexión de los procesos de intervención de los profesionales, particularmente de los trabajadores sociales.

Se pueden situar dos paradigmas en tensión, el paradigma de tutela que se fundamenta en la concepción de las personas con padecimiento mental como objetos de tutela y protección. Se restringe la capacidad de ejercicio de los derechos, bajo la excusa de proteger a las personas con discapacidad de los riesgos y/o peligros de la vida en sociedad, sustituyendo a la persona en la toma de decisiones. El diagnóstico médico-psiquiátrico se constituye en el insumo básico para determinar la insania o inhabilitación jurídica de una persona con padecimiento mental.

En contraposición, podemos mencionar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD (Ley 26.378), marcando un cambio crucial en el enfoque hacia una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos. Se funda en el “modelo Social” de la discapacidad, entendiendo que la discapacidad obedece a causas netamente sociales. La Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657 fue sancionada el 23 de Noviembre de 2010, derogando la ley 22.914. La sanción de la ley se constituyó en un avance al establecer un piso mínimo en garantía de derechos, siendo el Estado quien debe garantizar el ejercicio de los mismos. Introduciendo la presunción de la capacidad y la revisión de la sentencia en el lapso de tres años, además del cambio de paradigma en el enfoque asistencial de la salud.

En tanto el Código Civil y Comercial de la Nación que rige a partir del 01 de Agosto de 2015, introduce los principios internacionales en materia de discapacidad y capacidad jurídica. Se plantea que la regla es la capacidad y se establece (para quien lo requiera) un sistema de apoyos que complementa, no reemplaza el ejercicio de dicha capacidad. De este modo, la declaración de incapacidad resulta la última opción legal y no la regla como rige bajo el paradigma de tutela.

Los replanteos del enfoque de tutela marco tensiones entre los actores en puja del campo de la salud mental, intereses contrapuestos, cambios de prácticas y estrategias de los equipos



de salud y operadores judiciales. En este marco, la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental adquiere mayor relevancia.

Se toma como insumo reflexivo para el desarrollo del presente trabajo el ejercicio profesional en el campo de la salud mental, como indagaciones investigativas sobre la aplicación de la Ley Nacional en Salud Mental desde el grupo de Políticas públicas y salud Mental de la FTS-UNLP, supervisiones de equipos de salud, participaciones en jornadas y eventos de intercambio.

## **Cambios y tensiones en el campo de la salud mental: impacto en la capacidad jurídica**

La capacidad jurídica, en términos generales, es la aptitud de la persona para ser titular de derechos, adquirir obligaciones y ejercer dichos derechos por sí misma. El derecho civil tradicional ha calificado a la capacidad como un atributo de la persona, inherente a su condición de tal; por su parte, el reconocimiento de la capacidad guarda relación con el respeto de la dignidad y libertad personal y por ello sus eventuales limitaciones solo pueden ser establecidas legalmente.

En nuestro país la limitación de la capacidad jurídica, bajo el enfoque de tutela, se regulaba a través del Código Civil (1871) bajo la figura de insania e inhabilitación. El diagnóstico médico-psiquiátrico se constituye en el insumo básico para determinar la insania o inhabilitación jurídica de una PPM (persona con padecimiento mental), reforzándose el paternalismo médico-jurídico (Torres: 2012). “En el código Civil de Vélez Sarsfield la certificación de una enfermedad mental no sólo era suficiente para declarar la incapacidad, sino también para presuponer peligrosidad” (Kehoe, S: 2015; 2).

El modelo tutelar de incapacitación, parte de una concepción del sujeto portador de padecimiento mental como un incapacitado, “enajenando” a la persona de las capacidades inherentes al ser humano. Es un modelo verticalista en el cual prevalecen los diagnósticos médicos y que, en las prácticas jurídicas, no solo desconocen la gradualidad de la discapacidad sino que simplifican el enfoque del proceso salud - enfermedad. Según este modelo la persona presenta una alteración psico-físico-funcional que, de alguna manera, afecta sus relaciones sociales, políticas y jurídicas con el resto de la sociedad. Como consecuencia de ello, el foco de atención se coloca en esa alteración y de allí se derivan una batería de respuestas jurídico-normativas para regular aquella diversidad de relaciones, restringiendo su capacidad jurídica y sustituyendo a las personas en el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado Argentino ratificó en el 2008 La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -Ley 26. 378- (en adelante CDPD), esto implicó la obligación de Argentina de modificar la normativa interna, plasmada en la Ley nacional de Salud Mental y el reciente Código Civil.

En este sentido, la Convención sobre los derechos de personas con discapacidad (2006) se constituye en el instrumento específico y rector hacia el cambio de paradigma de derechos, sin embargo no se puede dejar de mencionar la importancia del Pacto Internacional en derechos económicos, sociales y culturales (ONU-1966) y el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU-1966) si nos referimos a los personas con padecimiento mental. La ratificación por parte del Estado Argentino lo pone en la obligación de garantizar a través de los órganos administrativos, jurídicos y legislativos la aplicación de dicha normativa, en tanto Estado parte.

A su vez los estándares adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas promovidos por los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales (ONU 1991) y Las normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con Discapacidad (UNU 1993). A ello se suma la Declaración de Caracas (OPS-1990); Consenso de Panamá (OMS-OPS, 2010) y Principios de Brasilia (OPS-OMS 2005). Estos instrumentos técnicos, si bien no contraen responsabilidades para los Estados parte al igual que los pactos y convenciones ratificadas, se constituyen en estándares y en fuentes subsidiarias del derecho internacional por lo que marcan una orientación acerca de debates y la comprensión de determinadas temáticas, permiten al mismo tiempo orientar la acción y se constituyen en fuentes para el desarrollo de fuentes principales (tratados, convenciones) (Torres: 2014; 424).

La CDPD se funda en el “modelo Social” de la discapacidad, entendiendo que la discapacidad obedece a causas netamente sociales. Así en el preámbulo reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Reafirma la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los Derechos Humanos a fin de que las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente y sin discriminación sus derechos, apuntando a “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

“Uno de los pilares del tratado es la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad. Propone para ello un modelo social basado en la “toma de decisiones con apoyo”. Corriendo el eje de un “sujeto objeto de tutela” a un sujeto de derecho. Para ello deben generarse condiciones que propicien que la persona actúe con decisiones propias, lo que supone “asumir la dignidad del riesgo y el derecho a transitar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades.”

El artículo 12 de la Convención se considera el núcleo de la misma, la plena o igual capacidad jurídica para todos es la base en la que se asienta la Convención y el sistema de apoyos es la principal respuesta a las situaciones en las que una persona tiene dificultades para tomar decisiones y para comunicarlas a los demás.

La toma de decisiones por cuenta propia, la autonomía e independencia individual son los aspectos, que revisten fundamental importancia en esta legislación internacional ya que, por un lado, establece que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas que los afectan directamente. En este sentido, aquellas personas que padecen una enfermedad mental podrán elegir su lugar de residencia, con quienes vivir garantizándose para ellos la igualdad de condiciones respecto a los demás; con esto queremos decir que el Estado debe garantizar las instalaciones y los servicios necesarios para que las personas con discapacidad tengan cubiertas sus necesidades.

La incorporación de las medidas de apoyo y salvaguarda que propone la CDPD implica un giro en cómo concebimos y miramos la discapacidad.

“Esta noción nos permite desterrar el concepto de incapacidad por el de complemento, es decir, por el de colocar el apoyo o sostén para compensar ciertas dificultades que el devenir de la vida le plantea a una persona” (Olmo y Martínez: sin más datos).

Esas salvaguardas asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardas serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas (Nilson: 2012; 22).

Los principios reconocidos en estos instrumentos fueron incorporados a la normativa nacional, la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657 (en adelante LNSM) es consecuencia de la adecuación de la normativa internacional a la normativa interna. En este sentido se debe mencionar que la sanción de la LNSM recupera en su texto prácticas como experiencias desarrolladas en el campo de la salud mental<sup>23</sup>, sostenidas por diferentes grupos que históricamente han bregado por la transformación de la atención de la salud mental y al mismo tiempo, responde a la responsabilidad internacional del Estado argentino para la adecuación de la legislación en función de los estándares internacionales de derechos humanos y salud mental. Por tanto, no son meras respuestas normativas, sino más bien un texto normativo que se funda en un contexto histórico determinado, atravesado por diferentes principios teórico, políticos e ideológico de los agentes del campo. En síntesis, se podría decir que es el resultado de las relaciones de poder en un momento histórico determinado que posibilita el texto como norma jurídica y por tanto que positiviza determinados derechos para las personas con padecimiento mental.

---

<sup>23</sup> Previo a la sanción de la LNSM (2010), se pueden identificar prácticas orientadas hacia una perspectiva comunitaria en la década del '60 y posteriormente en los '90, en esta última década es cuando surgen la mayoría de los instrumentos técnicos en el que se plasman la necesidad de transformar el abordaje hegemónico de la atención de la salud mental.

Interesa remarcar que la normativa de salud mental, marca un quebrantamiento poniéndose en cuestión la hegemonía de la atención de las personas con padecimiento mental, caracterizado por el asilo, la medicalización y la centralidad del abordaje médico-jurídico.

En Primera instancia la LNSM prospera en la conceptualización sobre Salud Metal en su art.3°, respecto a la OMS, incluyendo como factores determinantes componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psíquicos. Parte de la presunción de capacidad de todas las personas. En este sentido la LNSM regula la salud desde una perspectiva integral, sin especificaciones sobre “lo mental” reducido a la meramente biológico. La atención de las adicciones serán abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

Una de las primeras cuestiones en la que incide la LNSM es en la sustitución del art. 482 de Código civil por el art. 43 de la LNSM y el art. 152 del CC concernientes a la declaración de incapacidad e inhabilitación es modificado en su art. 42 incorporando el art 152ter de la LNSM (Torres: 2012; 2).

Si bien la ley plantea la presunción de la capacidad jurídica de todas las personas y que las declaraciones de inhabilitación o insania deben estar fundadas en evaluaciones interdisciplinarias, con una revisión cada tres años, en las que se debe discriminar los actos y funciones que se limitan, no se ponía en jaque que dicha limitación sea la última alternativa, ya que la regulación del Código Civil contemplaba estas figuras.

El recientemente sancionado Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante CCyCN) en sus artículos 22 y 23 establecen la capacidad de derecho y la capacidad de ejercicio de tales derechos. El primero establece que toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos. La ley puede privar o limitar esta capacidad respecto de hechos, simples actos, o actos jurídicos determinados. El segundo (ejercicio), apunta a que toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en el mencionado Código y en una sentencia judicial.

La capacidad jurídica puede describirse como la facultad o la posibilidad de una persona de actuar en el marco del sistema jurídico. En otras palabras, hace que una persona sea un sujeto de derecho. Es un concepto jurídico, una noción, asignada a la mayoría de las personas mayores de edad, que les permite tener derechos y obligaciones, tomar decisiones vinculantes y hacer que éstas se respeten. Como tal, facilita la libertad personal. Nos permite aceptar un empleo, contraer matrimonio y heredar bienes, entre otras cosas. También protege a las personas contra (algunas) intervenciones no deseadas.

El CCyCN en vigencia a partir del primero de Agosto de 2015 parte de la presunción de capacidad y establece límites a la judicialización e intromisión en la vida de las personas con padecimiento mental, otorgándole la posibilidad de decisión a la persona. Es así que, si bien contempla la restricción del ejercicio de la capacidad jurídica, lo establece como medida excepcional. El CCy CN contempla que es el juez el que debe establecer el sistema de apoyos necesario, contemplando aquello que sea evaluado en el proceso, garantizando el derecho de

la Persona con padecimiento mental a ser escuchado y establecer de forma expresa quien desea sean tales apoyos.

En tanto el art. 37 establece los requisitos que deben contener la sentencia restrictiva de capacidad, y el art. 38 del mismo cuerpo establece sus alcances, resultando necesario determinar el régimen de apoyo y salvaguarda en reemplazo del régimen de sustitución de la voluntad previsto con anterioridad y las condiciones de validez de los actos específicos sujetos a restricción. El art. 32 menciona que el nombramiento de un curador, es una medida excepcional que debe ser dispuesta con carácter restrictivo.

## **Prácticas e intervenciones: algunos debates para pensar el sistema de apoyo**

Tal como se mencionó en el apartado anterior, en los últimos años se produjeron cambios en el orden normativo-jurídico que inciden en la determinación de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental, modificaciones que permiten partir de la presunción de la capacidad jurídica de cada persona (art. 12 de la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad - ley 26378 - y el art. 3 de la ley 26.657) y no como en el paradigma de tutela que parte de la incapacitación de la persona.

La ratificación de la CPCD por el Estado Argentino, como de la normativa interna de adecuación se circunscribió en el marco de disputas de saberes acerca de la significación de la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho y con capacidad jurídica. No responde a un hecho aislado, inédito o de acuerdos, sin conflicto ni dispuestas de intereses. El paradigma de derecho no es reductible a una normativa-legislación, los derechos no están garantizados per se, sino que esta “distancia entre la letra de la ley y lo real” marcado por algunos de los actores del campo de la intervención, se deben interpretar en relación con las prácticas desplegadas, los conflictos de intereses de los actores y el escenario actual.

Así de este modo, se puede identificar algunos “cambios” respecto al proceso de peritaje – de investigación- previa a la sentencia de inhabilitación o insania del juez. La interdisciplinariedad de las evaluaciones se constituyen en un tópico central para determinar los actos en los que la persona con padecimiento mental se encuentra limitada, aquí es necesario poner en cuestión que es la interdisciplina o como en estos procesos se juega las relaciones de poder entre las diferentes disciplinas. Se evidencia que al presente, en algunos departamentos judiciales de la provincia de Buenos Aires, los diferentes profesionales-peritos de psiquiatría, psicología y trabajo social- se realizan informes por disciplina, eventualmente se realizan informes entre psiquiatría y psicología.

Asimismo se evidencia la centralidad aún del diagnóstico y la evaluación de la necesidad de internación, en desmedro de aspectos centrales de la vida cotidiana de las personas tales como los vínculos institucionales o referentes vinculares que no necesariamente son familiares consanguíneos, pero que cumplen un rol central en tanto apoyo. De este modo, se puede

afirmar que hay una desvalorización de los apoyos y potencialidades de la persona con padecimiento mental, operando de este modo una determinada moral hegemónica y concepción acerca de la persona con padecimiento mental, la(s) familia(s), el género, el Estado, etc.

Siguiendo a Sheila Kehoe menciona que:

Quien haya trabajado en el poder judicial y/o tenido acceso a las pericias psiquiátricas, psicológicas y sociales de los procesos de insania/incapacidad, advertirá lo pobres y estandarizadas que son. Mientras muchas de ellas son el resultado de una única entrevista, en condiciones totalmente desfavorables para el evaluado e incluso para el mismo profesional, la mayoría se arroga la autoridad de conclusiones contundentes con pretensión de totalidad respecto de la realidad del sujeto. Carentes de toda rigurosidad metodológica, parecen casi portadoras de saberes mágicos. (Kehoe, S: 2015; 4).

Al mismo tiempo el CELS advierte que:

Entrevistado y entrevistador no son presentados en igualdad de condiciones. Los pacientes no conocen el nombre del entrevistador, ni su especialidad médica, ni su pertenencia institucional. Pero sobre todo, no conocen los resultados y el alcance de su evaluación, ni tienen acceso al informe final confeccionado y entregado a las autoridades correspondientes. Los entrevistados no participan en la elección del sitio ni del momento de la entrevista (CELS; 2013; 63).

El escenario suele presentarse como dicotomizado entre el “viejo paradigma” que es necesario destituir y el “nuevo paradigma a instaurar”, sin embargo, en tanto proceso político, está signado por contradicciones y resistencias. Proceso este denominado por algunos actores como de “transición” de un paradigma de tutela al de derechos, marcando tensiones entre los actores en pugna del campo, intereses contrapuestos, diferentes prácticas y acciones de los operadores judiciales, como de los profesionales de las diferentes instituciones que se encuentran habilitados para intervenir en situaciones de salud mental. Claramente este proceso genera un re ordenamiento de la distribución de los poderes entre los actores que disputan diferentes esquemas de interpretación y sentidos construidos sobre la protección en torno a la salud mental.

Entonces el derecho reconocido jurídicamente-capacidad jurídica-, es consecuencia de la acción social, en la que puede resultar un texto atravesado por ideas teóricas, políticas, ideológicas contrapuestas. Pero al mismo tiempo, las prácticas desarrolladas a partir del reconocimiento del derecho son atravesadas también por relaciones de poder. En este sentido, no puede comprenderse el reconocimiento de un derecho, como una consagración de una vez y para siempre. El reconocimiento jurídico como la disputa de un modo particular de “implementar” ese derecho o mejor dicho el ejercicio, (siempre en conflicto de intereses),

posibilita una instancia de lucha, por la distribución del poder y por la concepción de la dignidad humana. Siguiendo los aportes de Flores Herrera menciona que “Nunca debemos olvidar que el derecho es un producto cultural que persigue determinados objetivos en el marco de los procesos “hegemónicos” de división social, sexual, étnica y territorial del hacer humano” (Flores Herrera; 2008: 120).

El Código Civil contempla los requisitos que debe contener la sentencia restrictiva de capacidad, siendo necesario determinar la red de apoyos y salvaguarda previstos para esa situación<sup>24</sup>. Siendo la designación de un curador una medida excepcional, que debe ser dispuesta con criterio restrictivo (art 32).

Nos preguntamos, ¿mediante que procedimientos judiciales se establecerá la red de apoyos?, las pericias de las diferentes disciplinas pueden resultar centrales por tanto se evidencia la necesidad de revisar la práctica de las pericias de la justicia, desde que enfoque se realizan como la interdisciplinariedad.

El sistema de apoyo consiste en acompañar a la persona a tomar sus propias decisiones, reconociendo de los recursos que la persona dispone, no remplazando a la persona en la toma de decisiones. Pero al mismo tiempo implica una participación activa de la persona en ese proceso y no la designación arbitraria.

La expresión “acceso al apoyo” conlleva asimismo que el apoyo debe proporcionarse de manera voluntaria, y que el Estado no tiene que ser necesariamente el proveedor de dicho apoyo. La obligación del Estado es velar porque exista tal apoyo, independientemente de que sea prestado por las entidades públicas, la sociedad civil, los familiares y los amigos o una combinación de partes públicas y privadas (Nilson: 2012; 23).

En tanto la capacidad jurídica es un atributo esencial que nos define como personas y que el sistema de apoyos debe allanar el ejercicio de derechos, el mismo debe cristalizarse de manera tangible, real, funcionar operativamente en la vida cotidiana, ser viable y sustentable y orientado al desarrollo de la autonomía (Capria y otros: 2012: 8).

En este sentido, la construcción de la red de apoyos para la toma de decisiones de las personas con padecimiento mental implica indagar sobre la vida cotidiana. Esto implica indagar en sus vínculos afectivos, relaciones laborales, barriales, con diferentes instituciones del territorio donde reside la persona, instituciones de salud y educativas. No como meros datos, sino que implica reconocer los arreglos que cada persona posee para vivir en la comunidad, es decir cuáles son las estrategias que se ha dado tanto en el desarrollo de su vida cotidiana como con los diferentes actores e instituciones de la sociedad para poder afrontar los

---

<sup>24</sup> Olmos y Alcorta (año) mencionan que en la CDPD al término salvaguardia se lo relaciona concretamente con el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas, ya sea en modo genérico en el art. 12, o bien específico en los arts. 27 y 28.

obstáculos y desafíos que suponen el vivir en comunidad, recuperando capacidades y aptitudes que hacen a su singularidad.

Pero al mismo tiempo es prioridad que el Estado, a través de los diferentes Ministerios readeque el sistema de salud; es decir que la centralidad en tanto presupuesto y respuesta asistencial, no continúe centrada en el hospital monovalente; son necesarias políticas laborales en las que las personas con padecimiento mental no queden excluidas de hecho; políticas de formación laboral y educativas; políticas de vivienda y de acceso a la justicia.

En este sentido, afirmamos que la construcción de la red de apoyos no escinde al Estado de su responsabilidad de garante de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.

Por tanto, el reconocimiento de la capacidad jurídica, como un derecho en sí mismo, ya consagrado por el hecho de estar reconocido jurídicamente, corre el riesgo de instrumentar procedimientos tanto en salud como en la justicia que traspasan la responsabilidad del Estado hacia las personas con padecimiento mental y sus referentes o los propios trabajadores en tanto son entendidos -erróneamente- como apoyos.

Finalmente, expresamos con preocupación de que manera a través de la justicia se definirán los apoyos especialmente de las personas que se encuentran institucionalizadas en instituciones monovalentes durante gran parte de su trayectoria vital, que perdieron –como consecuencia de la prolongada internación-sus vínculos afectivos, relaciones laborales, con su territorio e instituciones de la comunidad. Aquí se torna central lo mencionado líneas anteriores respecto al Estado como garante y la distinción de las responsabilidades de los trabajadores, las personas con padecimiento mental y su grupo de referencia.

Asimismo es pertinente mencionar que actualmente amigos, familiares, vecinos, instituciones de la sociedad civil, Iglesias, entre otros, se constituyen en apoyos para la toma de decisiones de las personas con padecimiento mental que permite sostener un proyecto de vida y fortalece la autonomía. Nos preguntamos ¿Qué impacto tendrá el reconociendo jurídico de un juez sobre esos vínculos? Tendremos que estar atentos ya que el encuadre jurídico sobre aquellos que funcionan como apoyos puede tener consecuencias negativas sobre esos vínculos.

## **Conclusiones**

La capacidad jurídica es uno de los atributos esenciales que junto a otros atributos como el nombre, domicilio, el patrimonio y el estado civil lo definen como sujeto de derecho. Como se evidencio a lo largo del trabajo se pueden situar diferentes normas-jurídicas en el campo de salud mental que inciden sobre la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental, tales como la CDPD, LNSM y el reciente CC y CN.

Así la CDPD establece el sistema de apoyo en reemplazo del régimen de sustitución, la LNSM establece el abordaje interdisciplinario e intersectorial, las internaciones son



consideradas como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, parte de la presunción de capacidad, re define las funciones del médico psiquiatra y de la intervención jurídica. En tanto el CC y CN establece la designación de un curador tiene carácter excepcional y es de carácter restrictivo. Estas modificaciones en la normativa-jurídica, se constituyen en un gran avance en cuanto reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental, pero al mismo tiempo responde a un proceso histórico- situado- en el que se imbrican diferentes actores, intereses y perspectivas contrapuestas.

Al mismo tiempo se advierte que es central que este proceso de cambios y re planteos en el campo de la salud mental, las propias personas con padecimiento mental y sus familias sean parte activa de este proceso y que las personas sean escuchadas acerca de sus necesidades, inquietudes, etc, creemos que es un tema pendiente, pero que nos convoca a pensar las prácticas y las intervenciones, para que las personas con padecimiento mental no continúen siendo habladas por “otros”. Claro está que se constituye en un gran desafío, ya que “...pensar intervenciones en términos de apoyos resulta difícil ya que la idea de sustitución de las personas con padecimiento mental está arraigada a nuestra idiosincrasia. Incluso, puede resultar más cómoda” (Olmos y Martínez: sin dato; 9).

## Trabajo Práctico sugerido

Se sugiere la lectura de los siguientes informes interdisciplinarios en los cuales se parte de la presunción de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental. Asimismo se exponen las tensiones de prácticas, intervenciones, normativas y posiciones políticas e ideológicas que configuran el campo de la salud mental.

a. ¿Pueden identificar las matrices descriptas en el presente capítulo, en los elementos y ejes que estructuran los informes?

b. Fundamenten y Desarrollen, teniendo en cuenta los desarrollos conceptuales en relación a capacidad jurídica y posicionándose como integrantes del equipo interdisciplinario, si acuerdan con los componentes del informe, si omitirían o incluirían otros.

Nota: En los informes se resguarda la identidad de los usuarios. Son expuestos con las autorizaciones correspondientes.

Sugerimos trabajar también con el siguiente enlace

[http://issuu.com/fundaciontep/docs/1.1\\_cartilla\\_ilustrativa](http://issuu.com/fundaciontep/docs/1.1_cartilla_ilustrativa)

## Informe n°1

Hospital Neuropsiquiatrico

Servicio de Externación

La Plata

La Plata, 30 de agosto de 2012

Objeto: Elevar informe multidisciplinario al Juzgado de Familia N°XX de La Plata

Nombre del paciente: J. C. L

Fecha de nacimiento: 20/10/55

Nacionalidad: Argentino

Estado civil: Separado

Instrucción: Secundario Incompleto

Nos dirigimos a usted con el objetivo de dar respuesta a la solicitud de evaluación, desde este servicio de externación, que es un centro especializado en salud mental para la atención de personas con trastornos mentales severos en proceso de externación de internaciones manicomiales prolongadas, es una alternativa de transición entre el hospital y la comunidad. Tiene un Programa Personalizado de Rehabilitación a través del cual proporciona al Sr. J. C. L los apoyos adecuados a fin de mejorar el funcionamiento individual. Dichos apoyos incluyen tratamiento multidisciplinario de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, y enfermería comunitaria en las etapas pre y post externación, apoyo residencial y comunitario a largo plazo. El Sr. J. C. L es atendido en este Servicio desde el año 1996. Vivió en una casa de convivencia alquilada por el hospital desde el citado año hasta Marzo del 2010, siendo beneficiario del apoyo residencial brindado desde el citado dispositivo. En abril del corriente año el Sr. J. C. L se ha mudado a una habitación de una pensión.

#### Breve historia de vida:

J. C. L nació en Capital Federal y es hijo único de madre soltera, M. P.L, quien permaneció unida durante muchos años en concubinato con el Sr. E. G; habitando la propiedad de ella de Hurlingan.

Antes que M. P.L falleciera, en los primeros meses de 1993, mientras J. C. L estaba internado, esta propiedad es vendida, según los dichos del Sr. E. G para solventar los gastos de la enfermedad generados (según consta en la historia clínica).

J. C. L se casa con M. R, con quien aparentemente tienen un hijo, posteriormente se separan, formando ella una nueva pareja. Desde entonces J. C. L no ha mantenido ningún tipo de contacto con ningún familiar.

#### Reseña de historia clínica (internaciones psiquiátricas y clínicas)

- Primera internación: Abril 1987 – Alta: Agosto 1987 a sus 32 años de edad. Intervención Judicial del Juzgado Civil y Comercial N° 10 de Morón.

- Segunda internación: Enero 1993 – Alta: Enero 1997 a sus 38 años. Intervención Judicial del Juzgado Civil y Comercial N° 10 de Morón. Se le diagnosticó padecer un Trastorno Esquizofrénico Paranoide, remitiendo el episodio crítico con el tratamiento instituido. Esta internación se produce por abandono del tratamiento, presentando ideación de daño y perjuicio, alteraciones del sueño, ideas de grandezas polimorfos, etc. Si bien el proceso de enfermedad mejora con el tratamiento, la internación es prolongada hasta 1996 por no contar el paciente con lazo social.

En 1996 es externado por este dispositivo

Tercera internación: del 26/04/2002 – Alta: 22/05/2002:

El paciente es derivado, previo acuerdo de los profesionales intervinientes, al Centro de Rehabilitación Psicosocial de este hospital, dada la necesidad de ordenar y realizar estudios clínicos dado que el paciente padecía hipertensión arterial y trastornos en la marcha que debían ser estudiados por el Servicio de Neurología.

Es por esta internación que interviene el Tribunal de Familia N° X del Departamento Judicial La Plata. Deseamos dejar aclarado que esta internación entonces, se realizó por cuestiones relacionadas a su SALUD FÍSICA. Debe tenerse en cuenta la dificultad de internar a una persona con antecedentes de enfermedad mental en otros hospitales públicos.

- Cuarta Internación: Enero 2006 - Febrero 2006: es intervenido por un abdomen agudo, vía laparoscópica por litiasis vesicular de urgencia; sin intervención judicial.

#### Estado Actual:

Paciente ubicado en tiempo y espacio, actitud activa, aseado y prolijo.

Lenguaje adecuado, de tono medio, euproxésico, sin alteraciones ni ideas delirantes en el momento actual con algunas fallas mnésicas. Ejerce crítica de su situación y adhiere al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico instituido. Se encuentra medicado con Olanzapina 15 mg/día; Biperideno 2 mg/día y Enalapril por su HTA 20 mg/día.

#### Tratamientos psicológicos:

En estos 14 años en este dispositivo, el paciente ha realizado dos tratamientos, en el primero se trabajaron los fenómenos clínicos que se presentaron en el comienzo de su enfermedad, como así también las coyunturas que provocaron sus internaciones. En esta dirección se pudo despejar que el síntoma que domina su presentación clínica es el delirio, que se construye con un mecanismo interpretativo, que toma la temática de lo que en psiquiatría clásica se denominaba "Delirio de los inventores" acompañado de un sentimiento de perjuicio, que se materializaba en la denuncia de los

robos de sus producciones. Es importante destacar que está pendiente delirante se agotaba en las elaboraciones y no llegaba en ningún caso a un "pasaje al acto".

También en este periodo se trabajó su inserción en una casa de convivencia. Desde un comienzo el Sr. J. C. L. resolvió de manera favorable el vínculo con sus compañeros de casa. Logró esto regulado por la identificación al ideal de "pacientes externados de un hospital psiquiátrico". La eficacia de esta solución se mantuvo durante estos últimos 14 años, es más, del grupo originario de cuatro pacientes, él fue el que mantuvo la continuidad en esa casa, siendo el referente para los distintos paciente que rotaron por la misma.

La buena evolución de sus síntomas, en tanto puede relativizar las "intuiciones delirantes" permitiendo que "la construcción delirante" pierda vigor, así como la buena inserción en los dispositivos de externación, el mantenimiento de tratamientos farmacológicos y su habitual concurrencia a la Casa, fueron las condiciones que permitieron dar por concluido ese primer tratamiento psicoterapéutico.

En el año 2009 J. C. L. manifestó la intención de dejar la casa de convivencia para emprender un nuevo proyecto, por lo que se le ofrecieron entrevistas, que se extienden a la actualidad con un encuentro semanal. En este espacio se trabaja la caída de la identificación que permitió su externación, y en su lugar se esboza una nueva que es la de "ser persona", "ser ciudadano". En esta línea se trabaja retomando algunas representaciones de su historia en el hospital, su tiempo en la casa de convivencia y su situación actual. En este sentido el paciente decidió ir a vivir a una pensión solo e intentar obtener un empleo que le permita cierta independencia económica. Es una paradoja que precisamente en este momento, se le inicie un juicio de insania, cuando la dirección del tratamiento se orienta en alentar su autonomía y su responsabilidad subjetiva.-

Terapia ocupacional:

El presente informe se confecciona luego de una serie de entrevistas y observaciones del desempeño funcional, con el fin de realizar una descripción de las capacidades y del grado de autovalimiento del Sr. J. C. L. para la ejecución independiente de actividades instrumentales de la vida diaria y de actividades de educación.

La evaluación de actividades instrumentales de la vida diaria determina que el Sr. J. C. L. es INDEPENDIENTE debido a que realiza todas las actividades en forma autónoma, sin necesidad de asistencia o supervisión directa alguna. Realiza todas las compras necesarias independientemente, organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente, mantiene el lugar donde vive, lava toda su ropa, viaja solo en transporte público, es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta, y se encarga de sus asuntos económicos. A modo de ejemplo menciono el hecho de que planificó, organizó y ejecutó de forma autónoma y con óptimos resultados la mudanza que le fuera necesaria hacer hace cinco meses a una habitación de pensión para concretar su proyecto de vivir sólo. Dicha mudanza incluyó que J. C. L. solicitara ayuda al equipo tratante sólo a los fines de localizar un lugar, pero fue él quien realizó el contacto telefónico y luego personal con la propietaria de la pensión, donde pautó las condiciones de alquiler luego de visitar el lugar y observar que cubría sus necesidades. Buscó en la guía telefónica los datos de un flete a quien contrató. Organizó sus pertenencias en cajas que solicitó al supermercado de su barrio. Con sus ahorros compró una cama, una mesa, una cajonera y un televisor. En la habitación organizó los ambientes de forma que le resultan funcionales y cómodos. Ha establecido buenas relaciones interpersonales con sus nuevos vecinos, y es cuidadoso con los horarios y el

volumen cuando escucha música, mira televisión o toca su guitarra a fin de evitar conflictos.

En cuanto a las actividades de educación el Sr. J. C. L toma clases de guitarra con un profesor particular y asiste a un curso de computación en el Centro de Formación Profesional A.B.E.R..

Por lo antes expuesto es que se considera que el Sr. J. C. L posee las capacidades necesarias y está en condiciones de hacer efectivo su derecho a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las demás personas, como lo establece el Art. 27 de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, asegurándole en todo momento que acceda a los servicios de apoyo necesarios para su asistencia personal a fin de facilitar su inclusión comunitaria.

Trabajo Social:

Los ingresos económicos que percibe el Sr. J. C. L provienen de la pensión asistencial por invalidez, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social Nacional (ley 18910), desde el mes de abril de 2008 (\$640). La misma le brinda la cobertura médica del Programa Federal de Salud (Profe), sin embargo el funcionamiento de dicho programa es irregular en relación a las prestaciones, no garantizando el acceso a la salud y al ejercicio pleno del derecho a la salud, tal como lo establece la constitución nacional. El mencionado recurso asistencial fue gestionado desde este dispositivo.

Al mismo tiempo es asistido por la Curaduría de La Plata con el Subsidio de externación (Ley 10315) por el cual percibe \$300 mensualmente. Del total de los ingresos económicos detallados, el Sr. J. C. L destina \$450 al pago del alquiler de la pensión, por lo que cuenta con \$490 para solventar su reproducción cotidiana. Por ello debe ser asistido con alimentos desde el dispositivo. Es importante remarcar que los ingresos económicos que percibe el Sr. L no superan la canasta básica pautada por los organismos del Estado, de este modo se dificulta garantizar sus necesidades más elementales. En este sentido, consideramos que los conflictos de la vida cotidiana relacionados con la administración de los ingresos insuficientes han podido ser resueltos y sorteados de manera favorable por J. C. L en términos de su capacidad de resolución de las problemáticas diarias. Entendiendo que la capacidad de resolver conflictos habilita y potencia el autovalimiento de los sujetos con padecimiento mental.

Respecto a la trayectoria laboral del Sr. J. C. L, en el periodo comprendido desde la segunda internación hasta la posterior externación, se dedico a la venta de diarios en la vía pública. La mencionada actividad laboral implicaba cumplir con la jornada de trabajo, manejo de dinero, intercambio social y todas las responsabilidades competentes a la inserción en el mercado de trabajo. En este sentido remarcamos la capacidad del Sr. J. C. L para enfrentar y resolver la tarea de la búsqueda de trabajo y el sostenimiento de la actividad laboral, siendo para J. C. L el medio para la sobrevivencia cotidiana.

Concluimos que las dificultades del cotidiano que pueda atravesar el Sr. J. C. L no estarían saldadas por el sistema de curatela. Sino que el Estado debería garantizar el ejercicio pleno de los derechos fundamentales, respetando la particularidad del caso para la aplicación de la legislación vigente.

Consideraciones finales

Por todo lo expuesto, queda en evidencia que el Sr. J. C. L padece una discapacidad, entendida esta como alteraciones en sus funciones mentales, pero concebida desde el paradigma de la inclusión social.

Este equipo terapéutico considera que J. C. L. lejos está de necesitar de un juicio de interdicción que determine su insania, según el Art. 141 del Código Civil.

Si bien se tiene en cuenta el diagnóstico, no puede dejarse de lado la evolución clínica de esta enfermedad crónica que hoy se presenta con manifestaciones poco significativas que de manera alguna justifican una declaración de demencia. Esta categoría legal resulta innecesaria tanto por las capacidades personales de J. C. L. como por el ejercicio de sus derechos.

También consideramos que las posibilidades de establecer lazo social son las adecuadas en el momento actual y compartimos con el paciente la posibilidad de "toma de decisiones con ayuda", que no implica la pérdida de sus derechos.

El propio Sr. J. C. L. rechaza que su subjetividad y personalidad sean sustituidas por las de un curador, tampoco posee bienes personales, muebles o inmuebles, que le impliquen acciones que le resultaran riesgosas para su inexistente patrimonio; por lo que una declaración de insania representaría una protección excesiva y abusiva por parte del Estado.

Finalizando, por ser respetuosos de los Derechos y Principios aplicables por los Tratados Internacionales con jerarquía Constitucional enumerados en el Art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, y fundamentalmente teniendo en cuenta los Art. 3, 4, 5, 12, 13, 17, 18 y 23 de la Convención Internacional para Proteger y Promover los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, ratificada y aprobada en nuestro país por la Ley 26378, BO del 9 de junio de 2008, solicitamos al Sr. Juez se revea la instancia planteada, a la vez que lo saludamos muy atentamente.

## Informe n°2

Hospital Neuropsiquiátrico

Servicio de Externación

La Plata

La Plata, 28 de junio de 2011

Tribunal Civil y Comercial N° XX – Lomas de Zamora

S / D

Objeto: Informe interdisciplinario de J.C. A

Fecha de Nacimiento: 05/01/1970

Nivel Educativo: Secundario completo

Oficio: Técnico Electrónico

El dispositivo del servicio de Externación, es un centro especializado en salud mental para la atención de personas con padecimiento mental en proceso de externación de internaciones manicomiales prolongadas, es una alternativa de transición entre el hospital y la comunidad. El mismo es un dispositivo orientado al tratamiento ambulatorio y al sostenimiento del proceso de externación, a través de apoyo residencial y comunitario a largo plazo. El abordaje es interdisciplinario e individualizado. Dicho dispositivo cuenta con las disciplinas de Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, Enfermería comunitaria, Terapia Ocupacional, Artísticas y comunicacionales.

El Sr. J.C. A es asistido por este dispositivo desde el año 2007, desde esa fecha hasta el presente se encuentra residiendo en casas de convivencias con asistencia y apoyo domiciliario. El costo del inmueble (Calle 137 y 32), es afrontado por el hospital.

J.C. A presenta un recorrido institucional desde el año 1996, teniendo internaciones por periodos breves y continuados, externándose en algunas oportunidades con su madre ò su padre. Es importante mencionar que dichas externaciones no pudieron sostenerse en el tiempo por lo cual se produjeron ingresos reiterados.

1º Ingreso: 15/08/1996 Alta 21/10/1996. Se va con la madre

2º Ingreso: 22/11/1996 Alta 05/02/1997. Se retira solo

3º Ingreso: 07/07/1997 Alta 01/08/1997. Se va con la madre

4º Ingreso: 26/11/1997 Alta 02/10/1998. Se va con el padre

5º Ingreso: 19/01/2000 Alta 04/02/2000. Se va con el padre

6º Ingreso: 26/03/2001 Alta 24/04/2001. Se retira solo

Es admitido en el dispositivo de externación en el año 2007 (alta médica provisoria) derivado del Centro de Rehabilitación Psicosocial de esta institución.

Es incorporado al dispositivo de casas de convivencia en el año 2008 hasta la fecha, el mismo implica apoyo domiciliario y reuniones de convivencia con sus pares. Al mismo tiempo se inserta en el mercado de trabajo formal. Estas acciones contribuyeron a la estabilidad de su cuadro y a la autonomía en las decisiones en su proyecto de vida.

El equipo interdisciplinario evalúa el proceso de forma positiva, en tanto puede organizar su cotidiano, afrontar las actividades de la vida diaria como por ejemplo el mantenimiento de la vivienda, manejo del dinero y autovalimiento en general. Este proceso ha hecho posible que J.C. A elabore un proyecto de vida y habitacional autónomo. Es importante mencionar que involucra la responsabilidad de J.C. A en cuanto a la búsqueda de inmuebles para alquilar, la planificación de presupuestos de gastos y un ejercicio mayor de su autonomía. Al mismo tiempo se establece la posibilidad de relacionarse con otras instituciones y constituir lazos sociales. El equipo ha orientado a J.C. A en estas estrategias y evalúa que las mismas serían posibles de llevar a cabo y concretizarse con los apoyos necesarios, lo cual beneficiaría su proceso de rehabilitación.

Respecto a su inserción laboral es importante mencionar que se ha desempeñado en diferentes actividades entre ellas albañil y empleado del correo de OCA.

En el año 2009 se inscribió en el Se.C.La.S. (Servicio de colocación laboral selectiva del Ministerio de Trabajo de la Prov. Bs. As.), incorporándose en el año 2010 en el Dpto. de Conservación, en la Dirección Vialidad de la Prov. Bs. As. Desempeñándose en tareas administrativas, las cuales incluyen el manejo PC a demás de tecnología específica del área. En este tiempo el Sr. J.C. A ha demostrado ser competente en el desempeño de estas tareas y estar altamente comprometido con las mismas, siendo puntual y estableciendo buenas relaciones interpersonales con los coordinadores del departamento así como con sus compañeros de trabajo.

El Sr. J.C. A posee título secundario. Tiene un alto interés en la formación profesional continua, por lo que frecuentemente realiza cursos de capacitación en la comunidad.

En los últimos tres años el contacto con la familia ha sido esporádico, manteniendo una relación conflictiva principalmente con su madre. En este sentido el equipo terapéutico realizó intervenciones que posibiliten una mejor relación, sin resultados exitosos.

De hecho en el año 2008 Javier es declarado insano, lo cual es comunicado a su madre, quien en todo este tiempo no se lo transmitió ni a él ni al equipo tratante. La información de la situación jurídica- Civil de J.C. A fue notificada en el mes de mayo del corriente, cuando el equipo concurre a tomar vista de la causa en el Tribunal interviniente. Esto constituyó un impacto subjetivo para J.C. A y para el equipo que trabaja estrategias de rehabilitación en dirección opuesta a las medidas de protección tutelar por considerar que actualmente puede hacerse responsable de las diferentes dimensiones de la vida cotidiana.

Entendemos que como equipo tratante de estos tres últimos años estando en interacción permanente y diaria con J.C. A podemos concluir y discriminar acerca de las salvaguardas y apoyaturas necesarias en esta situación particular. En este sentido una insanía con la figura de curadora representada por su madre actúa en desmedro de sus interés, cercenando su derecho a poder decidir.

Por lo antes expuesto, este equipo terapéutico considera que J.C. A lejos está de necesitar la tutela según el Art. 141 del Código Civil.

Si bien se tiene en cuenta el diagnóstico, no puede dejarse de lado la evolución clínica de esta enfermedad crónica que hoy se presenta con manifestaciones poco significativas que de manera alguna justifican una declaración de demencia. Esta categoría legal resulta innecesaria tanto por las capacidades personales de J.C. A como por el ejercicio de sus derechos.

La identificación a una categoría diagnóstica por sí mismo, nada dice de las habilidades de las personas y de las posibilidades de despliegue de las mismas. Los avances en los tratamientos y recuperación de la enfermedad distan de los descriptos en el siglo XIX, por los conocidos cambios en las distintas disciplinas en este siglo XXI.

Finalizando, por ser respetuosos de los Derechos y Principios aplicables por los Tratados Internacionales con jerarquía Constitucional enumerados en el Art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, y fundamentalmente teniendo en cuenta los Art. 3, 4, 5, 12, 13, 17, 18 y 23 de la Convención Internacional para Proteger y Promover los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, ratificada y aprobada en nuestro país por la Ley 26378, BO del 9 de junio de 2008, La Ley de Salud Mental de Nación 26657/10 Art. 7 inc. n, principalmente en su Art.42

Declaración de Montreal sobre la declaración intelectual (2004) declara que “las personas con discapacidades intelectuales tienen el mismo derecho que las personas a tomar decisiones sobre sus propias vidas. Aún las personas que tiene dificultades para hacer elecciones, tomar decisiones y comunicar sus preferencias, pueden tomar decisiones acertadas para mejorar su desarrollo personal, la calidad de sus relaciones con otros y su participación comunitaria”. Además plantea que “Bajo ninguna circunstancia las personas con discapacidades intelectuales serán consideradas incompetentes para tomar decisiones en razón de su discapacidad.

Solamente bajo circunstancias extraordinarias, el derecho de las personas con discapacidades intelectuales a tomar sus propias decisiones puede ser legalmente interrumpido. Una tal suspensión debe ser limitada en el tiempo, sujeta a revisiones periódicas y aplicada únicamente a las decisiones específicas...”

En este sentido solicitamos al Sr. Juez que se revea la sentencia de insanía del Sr. J.C. A.

Saluda Atte.



## Bibliografía

- Bourdieu Pierre (1983) Campo del Poder y Campo Intelectual. Folio Ediciones. Buenos Aires.
- Capria, Luciana y Otros (2012). Capacidad jurídica: el derecho a ejercer derechos. Elaborado en forma conjunta por integrantes de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000089cnt-2013-05\\_capacidad-juridica.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000089cnt-2013-05_capacidad-juridica.pdf)
- CELS (2013). La práctica pericial respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Guía de trabajo para operadores del sistema judicial. Disponible en [www.cels.org.ar/common/documentos/Guiapericiales.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/Guiapericiales.pdf)
- Cifuentes Santos, TiscorniaBartolome y Rivas Molina.(1997) Juicio de Insania. Ed Hammrabi. Bs.As.
- Código Civil y Comercial de la Nación. 1ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus 2014.
- Convención para personas con personas con Discapacidad. Aprobada en el año 2006.ONU.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Publicada en BO el 09/06/2008.
- Flores, Herrera Joaquín (2008). *La complejidad de los derechos humanos. Bases teóricas para una redefinición contextualizada*. Revista Internacional de Direito e Cidadania, n. 1, p. 103-135.
- Kehoe, Sheila (2015). *Prácticas periciales en los procesos judiciales sobre capacidad jurídica. La necesidad de una transformación*. Presentado en I Congreso Latinoamericano de Salud Mental “Los rostros actuales del malestar”. Salta.
- Ley Nacional de Salud Mental n°26.657. Publicada en BO 03 de Diciembre de 2010.
- Martinez,Marcelo B y Wolkowicz, A.Marcela. (2012)Ley Nacional de Salud Mental 26657.<http://www.editorialjuris.com/docLeer.php?idDoctrina=58&texto=> .
- Ministerio Público Tutela (2011) *Panorámicas de Salud Mental “A un año de la sanción de la Ley de Salud Mental N°26657*. Bs.As. Eudeba. Colección de incapaces a sujetos de derechos. 1ª ed. Disponible en [http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06\\_Panoramicas\\_salud\\_mental.pdf](http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf)
- Normativas de la Dirección de Salud Mental y Adicciones (2010) *Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>
- Olmo Juan Pablo y Martínez Alcorta Julio A. “Art. 12 CDPD: Medidas de apoyo y de salvaguardia. Propuestas para su implementación en el régimen jurídico Argentino. Dirección General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación. Ministerio Público, Argentina. Sin más datos. Disponible en <http://www.articulo12.org.ar/documentos/trabajos/comision%20II/2-olmo.pdf>

- VVAA. (2012) Ponencia de la unidad de residencia de Trabajo Social del hospital Dr.A Korn (2012) *“Reorientando la formación profesional en el campo de la Salud Mental: fortaleciendo el abordaje comunitario”*. X Jornadas de salud Mental Comunitaria "Atención primaria de la salud y salud mental comunitaria. UNLa. Lanús.
- Schmuck y Serra. (2009) *Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos*. Jornadas Provinciales de Salud Mental. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.
- Torres, Jacqueline (2014). "Salud Mental y Comunidad: Tensiones y desafíos. Publicado en *Cuerpo y subjetividad*. 1 era. Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asociación Argentina de profesionales de la salud. ISBN 978-987-23478-9-5
- Torres, Jacqueline. (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.
- Anna Nilson(s/f) *¿Quién debe decidir? Derecho a la Capacidad Jurídica de las Personas con discapacidad intelectual y psicosocial*. Disponible en [www.commissioner.coe.int](http://www.commissioner.coe.int)

# CAPÍTULO 4

## Apoyos para la vida independiente; notas sobre sus implicancias

*Fabián Murua*

### Introducción

En la historia de los movimientos sociales, el activismo de las personas con discapacidad por la conquista de sus derechos constituye una de las reivindicaciones más novedosas. Esta lucha por el reconocimiento de derechos sin negación de las diferencias, se desenvuelve en una disputa por definir la discapacidad y establecer las formas de intervención de la misma. En efecto, la discapacidad constituye una categoría social que lejos de mantenerse inmutable se ha ido construyendo a través de procesos históricos y políticos, suscitándose en la actualidad una tensión entre las viejas intervenciones y las nuevas reivindicaciones. Así mismo la realidad de esta minoría no escapa a la lógica de otras, su puesta en la escena social es generadora de tratamientos específicos, instituciones burocráticas y luchas de poder. En definitiva, se trata de quien logra definir que es la discapacidad en la arena política, porque esto implica establecer sus derechos y las formas de intervención estatal.

Vale decir, el modelo médico, un verdadero paradigma de la tolerancia que por razones de espacio no podemos tratar aquí, ha construido una realidad material de la discapacidad, una verdad respaldada por el poder jurídico y psiquiátrico, que goza de una espectacular legitimidad. Pero si hay algo que la historia de las opresiones de grupo nos ha enseñado es que en algún momento los discursos públicos dominantes que dan sustento a la dominación, comienzan a ser impugnados. Esto no es otra cosa que la historia de los derechos humanos, lejos de toda consideración abstracta, como señala Joaquín Herrera Flores *Los derechos humanos, más que derechos “propiamente dichos” son procesos; es decir, el resultado, siempre provisional, de las luchas que los seres humanos ponen en práctica para poder acceder a los bienes necesarios para la vida*<sup>25</sup>. Procesos que en definitiva pretenden erosionar e impugnar las verdades dominantes y establecer otras “desde abajo”.

Esta noción de los derechos humanos es perfectamente aplicable a la historia reciente de las personas con discapacidad. Durante las décadas del 60 y 70 se fue gestando en Estados Unidos y Reino Unido un movimiento de derechos humanos de personas con discapacidad, catalogado como movimiento de vida independiente, que comenzó a cuestionar el modelo médico imperante,

---

<sup>25</sup> Herrera Flores, Joaquín. *La Reinención de los Derechos Humanos*. Atrapasueños. Andalucía. Pág. 22.

alcanzando en el año 2006 un logro valiosísimo a nivel global. En ese año se aprobó en Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) un tratado de derechos humanos que receptó una serie de reivindicaciones (discutidas por 5 años y finalmente consensuadas) de las organizaciones internacionales más representativas de las personas con discapacidad. De esta manera dicho colectivo logro institucionalizar en un ámbito formal de derechos humanos las demandas que se venía impulsando. Sin embargo, la preocupación que nos lleva a escribir estas líneas está dada porque ronda en torno a la Convención una incompreensión (por parte de distintos operadores) de su filosofía medular en algunos casos y en otros, lisa y llanamente resistencia, y es que como reza un proverbio, cuando soplan vientos de cambios, algunos construyen muros, otros molinos”

No cabe duda de que se trata de un tratado moderno e innovador en múltiples sentidos (incorpora una perspectiva de género, introduce una preocupación por temas propios del derecho internacional humanitario, permite que las organizaciones regionales sean parte del mismo, destaca la importancia de la recopilación de datos para la medición de los DD.HH) ni de la importancia de muchos de los derechos allí consagrados, como el derecho a la salud, a la vivienda, a la personalidad jurídica o a la libertad de expresión. Pero nada de esto cobra sentido ni resulta importante sino se lo piensa en torno a un postulado transversal *“la toma de decisiones como componente del derecho a una vida independiente y el acceso a servicios de apoyo como herramienta para lograrlo”*. Este es el punto que demarca y da contenido a los demás derechos, el que justifica la necesidad de un instrumento de protección particular. Esto es así porque el derecho a la salud o la libertad de expresión ya estaba consagrado en diversos instrumentos (Pacto DESC o C.A.D.H por citar algunos) pero en ninguno de estos fue pensado para las particularidades de las personas con discapacidad.

En lo que sigue me ocuparé de describir y explorar sus consecuencias.

## **Servicios de apoyo; dispositivos para la vida independiente**

Si bien se afirmó que *“La Convención no crea ningún derecho nuevo; más bien aclara las obligaciones de los Estados en relación con los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales ya existentes”*<sup>26</sup>, esta afirmación es una verdad a medias, sobre todo en lo que incumbe al eje temático primordial de la Convención, *el derecho a una vida independiente y en comunidad* reconocido en el artículo 19.

Aun cuando este derecho descansa en el principio de autonomía personal, postulado medular en la teoría de los derechos humanos, la novedad radica en que hasta el momento dicho principio no solo no se encontraba reconocido en ningún tratado de derechos humanos ni universal ni regional para las personas con discapacidad, sino que además obliga a revisar disposiciones de otros instrumentos. Por mencionar algunos, la Convención Interamericana

---

<sup>26</sup> A/HRC/4/75, cit., Párr. 19.

para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad establece en su Art. 1 que:

En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación” y la Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 23 dedicada al reconocimiento de los derechos políticos dispone que “La ley puede reglamentar el ejercicio de los derechos ... exclusivamente por razones de edad, nacionalidad, residencia, idioma, instrucción, capacidad civil o mental, o condena, por juez competente, en proceso penal.

Como se desprende de estas dos disposiciones, incluso en las normas internacionales sobre derechos humanos, la discapacidad ha sido considerada un factor o motivo razonable de restricción de derechos humanos especialmente vinculados con la vida autonomía. En el caso del primero se habilita la posibilidad de restringir el ejercicio de la capacidad con las consecuencias que esto supone en aspectos de la vida no solo patrimonial sino también extrapatrimonial (derechos de familia, derechos electorales, etc). En el segundo, pero muy vinculado al primero, habilita la restricción de la dimensión política de la autonomía al permitir su limitación por motivos de capacidad civil o mental.

Es en este aspecto en que aflora el sentido de la Convención, en la reformulación del principio de autonomía en la particularidad de las personas con discapacidad. Su artículo 19 reconoce *“el derecho....de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y...en especial... la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”*.

El punto central de este artículo es el concepto de independencia, que a su vez comprende tres elementos.El primer componente de la independencia está dado por la posibilidad de autogobierno, es decir el poder de cada persona de tener el control sobre su propia vida y determinar su devenir y de tomar decisiones según los propios deseos. En las personas con discapacidad esto es de tal relevancia que ocupa un lugar privilegiado dentro de la propia Convención, de tal manera que el artículo 19 es reforzado con el artículo 3, que incluye dentro de los principios generales *“El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”*. De nuevo, nada asimilable a este enunciado y la filosofía que lo rodea había tenido expresión normativa hasta la fecha. El segundo componente se vincula con la asunción de riesgos, ya que la libertad implica responsabilidades. En efecto, las opciones de libertad implicaran necesariamente la posibilidad de cometer errores, una suerte de “derecho a equivocarse”. En este punto radica una de las causas por las que muchas personas con discapacidad no pueden vivir de manera independiente, el miedo de sus familiares y de las instituciones a que tomen decisiones equivocadas.

El tercer y último es el componente apoyos. Este aspecto ocupa un lugar gravitante en el engranaje del modelo de vida independiente ya que es una herramienta imprescindible para

gozar de diferentes derechos. Se trata de afirmar que independencia no implica hacer las cosas por uno mismo y no necesitar ayuda, la independencia esta puesta en el aspecto del control de las situaciones y no en la autovalencia absoluta. De hecho, el elemento apoyo complementa el elemento autogobierno. A esto la Convención lo denomina “apoyos para la vida independiente”. El artículo 19 reconoce además el “acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”.

La Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha señalado que *Vivir de forma independiente no significa vivir solo o en aislamiento. Significa, más bien, tener libertad de elección y control sobre las decisiones que afectan a la propia vida*<sup>27</sup>.

Si bien no se intenta aquí condensar todas las variantes y formas disímiles que pueden adoptar los servicios de apoyo, si es posible presentar sus ventajas desde la óptica de cada derecho. En el campo del derecho a la libertad personal y a no ser privado de ella por motivos de discapacidad (Art. 14 CDPCD), los servicios de acompañantes terapéuticos, asistentes personales y otros servicios comunitarios ofrecen en muchos casos, una alternativa a la segregación y el aislamiento de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial. En materia de libertad de expresión, el derecho a acceder a apoyos tecnológicos como las formas de comunicación alternativas y aumentativas (Art. 21) permiten que las personas con dificultades para hablar se expresen, y desde aquí todo. Recobrar la voz es constituirse como sujeto político, es poder emprender la lucha por los derechos. En relación al derecho a disfrutar de la ciudad y a participar en la vida social (Art. 9, 30 CDPCD) particular mención merecen los servicios de asistencia personal. Estos constituyen una figura clave en el modelo de vida independiente ya que son considerados un apoyo vital para que muchas personas con discapacidad puedan ejercer su derecho a tener control sobre sus propias vidas según sus deseos y necesidades. Sobre todo, en casos de personas que tienen severas discapacidades físicas y que pueden necesitar ayuda para las acciones más cotidianas, el asistente personal se puede convertir en sus piernas y manos.

En palabras de los miembros del Foro de Vida Independiente Alejandro Rodríguez-Picavea y Javier Romañach: *El Asistente Personal es ... aquella persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación, bien sea por una diversidad funcional o por otros motivos, no puede realizarlas por sí misma*<sup>28</sup>. También se ha señalado que la asistencia personal facilita la participación plena de las personas con discapacidad en actividades, lugares y formas en que no podría hacerlo sin apoyos<sup>29</sup>. Las tareas que puede realizar un AP son de las más variadas, sin intención de mencionarlas destaco algunas; ayuda en el aseo personal (bañar, afeitarse, depilar, vestir, desvestirse) ayuda

<sup>27</sup> Ver ACNUDH., Estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, Párr. 13, 2014.

<sup>28</sup> Rodríguez-Picavea, A y Romañach, J., Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, 2006.

<sup>29</sup> Asociación Azul: Por la vida independiente de las personas con discapacidad., Capacitación para Asistentes Personales de personas con discapacidad, Guía de Contenidos, Proyecto Capacitar para el cambio: el artículo 19 y la vida independiente de todas las personas con discapacidad.

para levantarse de la cama o acostarse, dar de comer o preparar medicaciones; acompañar a personas con discapacidad en diferentes momentos (salidas, trabajo, viajes); colaborar en tareas domésticas y ayudar en la comunicación, en especial a personas que utilizan sistemas de comunicación alternativa y aumentativa.

Así mismo en ocasiones el asistente personal puede resultar de ayuda en la toma de decisiones a personas con discapacidad psíquicas o intelectuales, sin perder de vista que no se trata de sustituir su voluntad sino ayudar a decidir. El ACNUDH ha señalado la importancia de los servicios de asistencia personal al afirmar que:

Una gama de enfoques de asistencia personal como el apoyo y el respaldo entre pares, el respiro y la planificación para las crisis, el apoyo no médico para hacer frente a las alteraciones de la percepción, la asistencia para atender las necesidades prácticas de la vida diaria, la promoción del apoyo en la toma de decisiones y las redes de apoyo para la vida cotidiana que ayudan a establecer lazos con la comunidad, han resultado ser especialmente beneficiosas para las personas con discapacidad psicosocial o intelectual. La facilitación a las personas con discapacidad intelectual y psicosocial de acceso a asistentes personales es esencial para pasar de un enfoque médico a un enfoque social de las cuestiones de salud mental en lo que se refiere a la autonomía persona<sup>30</sup>.

En relación a este punto la Convención consagra el derecho a la capacidad jurídica, incluyendo sus dos dimensiones, la capacidad legal así como la capacidad de actuar y el derecho a acceder a los apoyos necesarios cuando sea necesario, que hagan posible su ejercicio. El artículo 12 reconoce *“que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”*

Por último, el asistente personal puede también ayudar y acompañar en la preparación de actividades vinculadas a las relaciones sexuales.

## **Hacia una política de asistencia personal con enfoque en derechos humanos**

Existe hoy un creciente consenso en considerar que son los estándares desarrollados en el derecho internacional de los derechos humanos los que deben servir de guía a la hora de construir políticas y estrategias de desarrollo<sup>31</sup>, a tal punto que cabe afirmar que en el estadio actual de los derechos humanos existen obligaciones jurídicas vinculantes de diseñar políticas sociales con enfoque de derechos humanos. En consecuencia se pone de relieve que hoy

---

<sup>30</sup> Ver ACNUDH, Estudio temático sobre el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, Párr. 34, 2014.

<sup>31</sup> PAUTASSI, L. Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo, CEPAL, Santiago de Chile, 2010.

podemos hablar de un derecho humano a la política pública con enfoque de derechos y por tanto los titulares de este derecho deben contar con mecanismos de exigibilidad.

En el campo particular de los apoyos para la vida independiente, el reconocimiento de este derecho entonces, obliga a diseñar una política pública de provisión de servicios de asistencia personal basada en el espíritu de la CDPCD. En Argentina hoy, las políticas de apoyo, en el mejor de los casos carecen del enfoque de la Convención. En primer lugar vale resaltar que dichas medidas se encuentran inspiradas en el modelo médico, por ejemplo las obras sociales suelen proveer servicios de enfermería o asistencia domiciliaria, todos ellos servicios vinculados a la salud y no pensados para facilitar la autonomía. En otras oportunidades, dichos “apoyos” son otorgados de forma discrecional o discriminatoria, ya que se autorizan a unos o deniegan a otros sin fundamentos. Más aun, en ocasiones estos profesionales no son elegidos por las personas con discapacidad sino que le son impuestos ni tampoco responden a sus requerimientos ya que terminan decidiendo por ellas. Así también, estos trabajadores suelen recibir su dinero con mucha posterioridad a su trabajo<sup>32</sup> lo que genera que solo las personas que tienen capacidad económica para adelantar pagos puedan gozar del derecho, generándose así una discriminación indirecta en razón de las condiciones económicas. Entonces, a modo de proponer una política de asistencia personal compatible con la Convención, decimos lo siguiente:

En primer lugar existe la necesidad de una regulación legal de esta figura a través de un marco normativo apropiado que fije el contenido de este derecho, su regulación y los derechos básicos de usuario y Asistente Personal<sup>33</sup>, ya que el artículo 4 de la Convención establece dentro de las obligaciones generales de asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos, la obligación de adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en la Convención.

En este sentido, consideramos que la definición y reglamentación de este derecho debe ser establecida por ley formal del órgano legislativo ya que la etapa legislativa donde se desarrollara este derecho exige un nivel de deliberación que garantiza mayor incidencia social<sup>34</sup>, la discusión de diferentes iniciativas y la participación de las organizaciones de personas con discapacidad, trabajadores y diferentes actores así como mayores niveles de transparencia. De modo que es posible afirmar que la regulación por ley constituye una garantía para la participación de los afectados a los efectos de poder diseñar políticas y estrategias en la materia.

---

<sup>32</sup> Un ejemplo concreto de esto sucede con el Instituto de Obra Médico asistencial (IOMA).

<sup>33</sup> Al instrumentarse mediante un contrato entre AP y usuario dicha norma debería contener los derechos básicos de las partes que no pueden dejarse de lado, entre ellos: Derechos del usuario; Seleccionar a su AP, decidir cuáles son las tareas para las que necesita asistencia, ser tratado con dignidad y respetar respecto a su privacidad, tener el control sobre su vida y tomar decisiones por sí mismo o con asistencia del AP, en particular las personas usuarias de sistemas de comunicación alternativas y aumentativas (CAA). Derechos del AP: Recibir instrucciones claras sobre las tareas que debe realizar con los insumos adecuados para hacer su trabajo, ser tratado con dignidad y respeto, recibir un pago justo y en tiempo y forma.

<sup>34</sup> COURTIS, C. Políticas sociales, programas sociales, derechos sociales. Ideas para una construcción garantista, en Abramovich, V y PAUTASSI, L, La medición de derechos en las políticas sociales, editoriales del puerto, Pcia de Bs as, 2010.



Por otro lado, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los DD.HH en el Informe sobre Vida Independiente señaló ciertos requisitos para un apoyo adecuado; En primer lugar se destacó la necesidad de capacitar a los apoyos al expresar que *En ciertos contextos la capacitación es esencial para que el apoyo se ajuste a los criterios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, responda a las necesidades y respete la voluntad de la persona.* En particular, con respecto a los AP creemos que el tema no merece una respuesta unívoca. Como bien expresa el Alto Comisionado la capacitación es necesaria “en ciertos contextos”. Por tanto pensamos que en general la capacitación no es imprescindible, pero sí recomendable una formación básica en derechos humanos, vida independiente y privacidad así como en cuestiones elementales de primeros auxilios ya que la falta de conocimiento de los proveedores de servicios sobre el modelo de vida independiente combinado con extensas formaciones en instituciones médico terapéuticas, pueden resultar en un apoyo orientado hacia enfoques médicos. En particular no es recomendable ni debe exigirse una preparación extensa ya que cada usuario instruirá al AP según sus propias necesidades.

Por otro lado el ACNUDH señala que en este modelo son las personas con discapacidad quienes tienen el control sobre los diferentes aspectos del servicio incluyendo la administración del dinero para pagarlo, de manera que habría una transformación de la visión clásica de paciente a usuario de un servicio. El mencionado órgano expresa que:

... las personas con discapacidad deben tener control sobre el apoyo que se les presta y ellas deben ser quienes contraten, empleen, supervisen, evalúen y despedan a sus asistentes. La posibilidad de elegir entre diferentes proveedores es una forma de asegurar una mayor rendición de cuentas por los servicios, darle mayor control al usuario y ofrecer protección contra el riesgo de maltrato...(. ....)....Al pagar a los usuarios y no directamente a los proveedores se contribuye a que el apoyo esté centrado en la persona y respete las preferencias de las personas con discapacidad.

La posibilidad de que sea la propia persona con discapacidad quien administre o tenga el control sobre el dinero (aun en casos donde la persona pueda necesitar del apoyo de familiares) es fundamental como estrategia de empoderamiento y responsabilización. Recordemos que en este paradigma los apoyos deben colaborar en la construcción de poder, incluyendo deberes y responsabilidades.

Así mismo, es de necesidad ineludible que los criterios de provisión de servicios de Asistentes Personales sean razonables y no estén establecidos de forma discriminatoria, por ejemplo, una distinción entre ciudadanos y extranjeros en principio podría violar el postulado de no discriminación. En cambio, sí podría ser razonable organizar el servicio y el otorgamiento de horas de Asistencia Personal en razón de la situación de cada persona. Por ejemplo, las personas con discapacidades físicas más severas podrían necesitar mayor cantidad de horas de Asistencia.

Por último, una forma frecuente de violar dicho postulado se da cuando los pagos de asistencia personal se demoran excesivamente ya que ante tales supuestos las personas se ven obligadas a adelantar el dinero a los trabajadores. De esta manera se genera una discriminación indirecta en relación a la situación económica ya que las personas que no cuentan con el dinero para adelantar, en la práctica se ven privadas del servicio.

## **Apreciaciones finales**

En definitiva, los sistemas educativos que segregan a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad o que restringen el acceso a la educación terciaria o universitaria por motivos de discapacidad, la institucionalización y el aislamiento por motivos de discapacidad, las restricciones al ejercicio de la capacidad jurídica que no solo tienen impacto en aspectos patrimoniales sino que también limitan el ejercicio de derechos personalísimos como la libertad de casarse y tener hijos o los obstáculos a la participación política, presupuesto mínimo de la vida comunitaria y el ejercicio de la ciudadanía o la ausencia de políticas públicas destinadas a brindar servicios de apoyos como asistentes personales u otras formas de acompañamiento constituyen los obstáculos más frecuentes al ejercicio de las libertades de las personas con discapacidades. Frente a esto la Convención ofrece alternativas a considerar.

Sin duda alguna, la provisión de servicios de asistencia personal no agota el derecho humano a vivir de manera independiente y en comunidad, sin embargo constituye un punto vital en su concreción y así lo han ponderado los mismos usuarios. Es así que hay una necesidad de establecer reglas claras que tengan como parámetros los estándares y principios de derechos humanos como marco conceptual orientador del diseño, implementación y evaluación de una política en la materia<sup>35</sup>.

El intento de sistematización realizado no incluye todos los elementos indispensables para la construcción de una política pública de asistencia personal con enfoque de derechos humanos, quedando fuera del presente análisis entre otros puntos centrales el destino de recursos disponibles, el contenido mínimo de este derecho/instrumento, el acceso a la información y la rendición de cuentas. Sin embargo destacamos estos ya que constituyen hoy en nuestro país las preocupaciones centrales de las personas con discapacidad y sus familias.

---

<sup>35</sup> ABRAMOVICH, V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la C E P A L N° 88, 2006.

## Trabajo Práctico sugerido

Elegir una de las siguientes películas y realizar un análisis de la misma a la luz de lo trabajado en el texto. Proponemos que hagan hincapié en las siguientes cuestiones:

- Luego de ver la película, elaborar una ficha técnica: director, año, nacionalidad. Analizar si estos datos están relacionados con los contenidos de la película, su ideología, el contexto, etc.
- Síntesis de la película: debe exponer el argumento central de forma breve, sucesión de eventos importantes, marcar lo explícito y lo implícito. Ver cuáles son los elementos objetivos: Narración, planos, encuadres, montaje, sonido, color, etc. Se puede seleccionar alguna escena que consideres de importancia y analizarla.

Relacionar estos elementos con los contenidos teóricos trabajados.

"El Solista" (Joe Wright, 2009, EE.UU)

[El Solista \(The Soloist\) Trailer subtulado \[HD\]](#)

"Yo también" (Álvaro Pastor y Antonio Naharro, 2009, España)

[Yo tambienpelcula completa España 2009](#)

1% Esquizofrenia (Julio Medem, 2006, España)

<https://www.youtube.com/watch?v=IsaC2ZJrk6o>

## Bibliografía

- Herrera Flores, Joaquín (s/f). *La Reinención de los Derechos Humanos*. Atrapasueños. Andalucía. España. Disponible en <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-reinencion-de-los-derechos-humanos.pdf>
- Martinez, Kathy.(2003) *“El Movimiento de Vida Independiente en Estados Unidos”*, en *El Movimiento de Vida Independiente; Experiencias Internacionales*. Coord. García Alonso, Vidal. Fundación Luis Vives, Madrid.
- Palacios, Agustina (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Colección CERMI N° 36, Ediciones Cinca, S.A., Madrid.
- Sen, Amartya.(2000) *“La Pobreza como privación de capacidades”* (Cap. 4), en *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta S.A., Buenos Aires.
- Young, Iris Marion.(2000) *La Justicia y la Política de la Diferencia*, Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, Madrid.

# CAPÍTULO 5

## DDHH, procesos sociales y práctica profesional.

### Notas sobre las transformaciones legislativas en el campo de la salud mental en la Argentina<sup>36</sup>

*María Noelia López*

*“El desafío de concretizar derechos es apenas una expresión de la lucha contra la barbarie. Este desafío no es exclusivo de los trabajadores sociales, pero es un parámetro fundante, so pena de perder su legitimidad, el profesional del trabajo social está en el corazón mismo de la lucha por los derechos. Sin la defensa intransigente y firme del elenco siempre ampliado de los derechos humanos es impensable cualquier pretensión civilizatoria.”*

JOSE. P.NETTO, 2009; 17-33

## Introducción

Este artículo propone un acercamiento a la problematización de los DDHH como matriz socio histórica. Sucintamente retoma algunos ejes para problematizar la dimensión jurídica – normativa inherente a los procesos y prácticas sociales vinculados al derecho a la salud. Y en segundo término analiza el caso del campo de la salud mental y los recientes cambios normativos y paradigmáticos.

Profundizar estos componentes que condicionan, configuran e inciden en los procesos de salud – enfermedad – atención en el marco de la sociedad capitalista, constituye un imperativo de reflexión – acción para el desarrollo crítico de nuestra práctica como trabajadores sociales.

Una de las cuestiones más candentes del mundo contemporáneo es la destitución de derechos. Esto confronta a los asistentes sociales con la gigantesca tarea que los desafía: contribuir para convertir derechos formalmente reconocidos y concretamente necesarios en efectividades sociales. [Ello remite a preguntarnos] qué futuro queremos construir, con

---

<sup>36</sup> Este trabajo retoma documentos internos producidos por la autora, como aporte al proceso de discusión y confección del programa actualizado de la especialidad de trabajo social, iniciado en 2010 por la Comisión permanente de residencias. Ministerio de salud Provincia de Bs. As. Y otros desarrollos elaborados como fichas internas en el marco del seminario de grado Trabajo Social y Salud Mental dictado en la FTS – UNLP.

qué proyectos sociales pretendemos contribuir. El desafío de concretizar derechos en el marco de la globalización requiere reconocer el obvio condicionamiento que impone la mundialización del capital [por lo tanto la lucha por los derechos lejos de ser una cuestión jurídica aséptica se engarza con procesos culturales, históricos y económicos].<sup>37</sup>

Se plantea promover la reflexión sobre la dimensión del derecho en clave de totalidad, procesualidad, e indivisibilidad respecto de lo económico, lo cultural y lo político. Desde esta llave heurística es que los trabajadores sociales junto a otros colectivos podremos participar activamente de la creación, defensa y uso de herramientas que no fragmenten: reconocimiento formal de ejercicio efectivo; lo jurídico de lo socio- económico, lo singular de lo colectivo; las reivindicaciones en el campo de la salud, de los procesos de transformación social más amplios. Es decir, reconocer el campo del derecho como un escenario más de la lucha política entre proyectos societales diversos, y antagónicos.

## **Derechos humanos.... arena de posibilidad(es)?**

*Posibilidad es un término que proviene del latín possibilītas. El concepto hace referencia a la potencia, aptitud u ocasión para ser o existir algo, es decir, para que algo suceda*<sup>38</sup>

En la actualidad la reflexión en torno de los DDHH se torna central .El complejo desarrollo de los estados y sus relaciones internacionales, los totalitarismos y dictaduras durante el siglo XX, ligadas sin duda a los requerimientos de valorización del capital ha configurado procesos de transformación que tensionan con la misma idea de soberanía estatal y con el constructo ciudadanía de derechos.

[Si bien] la ampliación de derechos así como las personas capaces de gozar de ellos a lo largo de estas centurias ha dependido de la transformación histórica que han sufrido los estados tanto en cuanto a su forma como a su contenido así como de las transformaciones en la acción colectiva (Tilly,1992), ...el derecho representará frente al poder, una exterioridad imposible de ser borrada. Una exterioridad que no tiene punto de arraigo fijo. Su punto de anclaje es la naturaleza del hombre que está presente en todas las personas y es éste quien lo fija en un punto: las constituciones escritas, los códigos. Los DDHH reducen el derecho a un fundamento, que ha despecho de su denominación carece de rostro, se ofrece como interior a él y de ese modo se sustrae a cualquier poder que pretendiera apoderárselo: religioso o mítico, monárquico o popular. Exceden en consecuencia, a toda formulación producida: lo que también significa que su formulación contienen

<sup>37</sup> Netto, J. P (2009) La concretización de derechos en tiempos de barbarie. En Coyuntura Actual latinoamericana y mundial: tendencias y movimientos. Borgianni y Montaña (Orgs.). Brasil. Cortez Editora , pp17-33.

<sup>38</sup> <http://definicion.de/posibilidad/>

la exigencia de su reformulación o que los derechos están necesariamente llamados a sostener nuevos derechos. (...) el estado de derecho implicó siempre la posibilidad de oposición al poder...pero el estado democrático excede los límites tradicionalmente asignados al estado de derecho. Sufre el ejercicio de derechos que todavía no tiene incorporados, y es teatro de una opugnación cuyo objeto no se reduce (necesariamente) a la conservación de un pacto tácitamente establecida sino que surge de ciertos focos que el poder no puede controlar por completo (Lefort, 1992: 23-25).<sup>39</sup>

En síntesis, la potencialidad del constructo derechos humanos radica en que el derecho en general, por su imbricación con el desarrollo de nuestros estados constituye una arena de disputas legítimas y un medio legitimado “un lenguaje universal tanto para formular demandas como para resistir”. Específicamente los derechos humanos a diferencia de otros desarrollos jurídico normativos, instituyen nuevos sujetos y sujetas y una fuente de legitimidad (la persona y su dignidad inherente como ser humano), que concretizan la posibilidad de una lógica intrínseca de ampliación de derechos.<sup>40</sup>

Se configuran de este modo obligaciones para los estados independientemente del carácter de nacional o de ciudadano de un estado, que revistan los sujetos. Sin embargo como plantea Brown al analizar el campo de los derechos sexuales y (no) reproductivos

La dificultad reside aún en la resistencia de la frontera entre espacio público y privado y en la dificultad que hallan los grupos subalternos para que sus voces sea escuchadas en el ámbito público. De allí la relevancia que tiene delimitar los alcances asignados a estas (y otras nociones). (...) Es importante seguir la trayectoria de los conceptos y de las luchas por su reivindicación, así como ir siguiendo la evolución de la institucionalización de esas demandas a través de las conquistas legales en cada caso logradas. Porque la reconstrucción de esa genealogía nos permite señalar cuáles son los obstáculos y los límites pero también las posibilidades y potencialidades, e imaginar términos y demandas más acordes a nuestro tiempo presente, al mismo tiempo que se advierte la dificultad para engarzar lo deseable con lo posible cuando se mira hacia atrás. Cuando se realiza esa mirada retrospectiva también se advierte eso que suele escamotearse (...) esto es que los derechos de los grupos subalternos siempre son fruto de una conquista y deben ser sostenidos constantemente pues nadie los ha garantizado para siempre. De retrocesos, de contra ofensivas, también nos habla esa memoria que a veces se olvida.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Brown, J. (2007) Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión. Tesis - Maestría en Ciencia política y sociología FLACSO, Bs.As , Argentina. s/r. Pag. 152.

<sup>40</sup> (no regresividad, interdependencia, principio pro persona, progresividad).

<sup>41</sup> Brown, J. opcit , pp149 y190.

## **Salud como Derecho humano: Principios del derecho internacional de los DDHH, campo de la Salud, y políticas públicas**

Desde hace poco más de sesenta años viene configurándose un plexo jurídico normativo de características novedosas respecto a los desarrollos clásicos. Estos desarrollos<sup>42</sup>, tienden a establecer regulaciones no entre estados sino obligaciones del estado frente y para con las personas, resultando en limitaciones al ejercicio del poder público. El sustrato ontológico de los llamados derechos humanos se corresponde con la afirmación de la dignidad inherente a la persona humana, por lo que toda persona por el hecho de serlo, tiene derechos frente al estado sus organismos y agentes, independientemente de su reconocimiento por parte de éste. En base a lo expuesto las obligaciones del estado no implican sólo el abstenerse de violentar ciertas libertades, sino que el respeto y garantía, exigen también acciones positivas en materia de políticas públicas efectivas e integrales que incidan y transformen las condiciones de vida que atentan contra el desarrollo pleno del hombre. También la prevención, promoción y reparación se constituyen en componentes de la acción estatal en materia de DDHH.

“Los DDHH constituyen un complejo integral interdependiente e indivisible, que pese a la subsistencia todavía de hondas discrepancias, comprende necesariamente los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. Solo el reconocimiento integral de todos estos derechos puede asegurar la existencia real de cada uno de ellos”<sup>43</sup>

Son ejes articuladores de los derechos humanos la progresividad, no regresividad, el principio pro persona, y el carácter interdependiente, complementario, y solidario de las herramientas e instrumentos desarrollados. En base a estos componentes interesa resaltar los aportes de los organismos internacionales como el Comité de DESC<sup>44</sup>, en lo referente a la salud:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos como componentes integrales. Entre las libertades figura el derecho de cada persona a controlar su salud y su cuerpo, con

---

<sup>42</sup> Declaraciones, tratados, organismos, jurisprudencia, mecanismos convencionales y extraconvencionales de contralor etc.

<sup>43</sup> Gros Espiel, H.(1986). DDHH, Derecho internacional y Política internacional. En “Educación y DDHH”. IIDH San José de Costa Rica, Pag.17.

<sup>44</sup> Comité de DESC (derechos económicos, sociales y culturales): Observación General N°14.



inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El derecho a la salud debe interpretarse como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones, sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

Estos aportes construyen y legitiman horizontes de acción que hacen necesario restablecer una mirada sobre la práctica de los DDHH en las políticas públicas; visualizarlo como colectivo profesional resulta estratégico. En síntesis se considera que este eje brinda elementos sustanciales para repensar y orientar la práctica profesional en el registro de nuestras intervenciones cotidianas, en los encuentros singulares con la población, pero fundamentalmente en lo referente a la concreción de proyectos profesionales colectivos y al desarrollo de políticas públicas.

El énfasis y la división entre derechos políticos y civiles y derechos económicos sociales y culturales, permitió por mucho tiempo, que se pusiera el acento en el rol de abstención de violación del estado frente a las libertades fundamentales, relegando el estudio de la efectiva relación entre la política pública y el respeto a los DDHH. Si bien los efectos prácticos de estas posturas siguen operando desde el punto de vista de la comunidad internacional “el deber general de garantía requiere acciones positivas y no hay como negar que los hechos de política pública impactan decididamente en los DDHH y viceversa”<sup>45</sup>

## **El caso de la salud mental: Ley nacional de SM 26657 y DDHH**

*“Una ley que se sanciona para producir un cambio cuyos alcances no son comprendidos ni asumidos por el conjunto de sus actores, es una ley de cumplimiento imposible. Una ley que se sanciona para reflejar una realidad que ya ha cambiado, tal vez sea una ley innecesaria. La ley 26657 fue sancionada en un contexto histórico de*

---

<sup>45</sup> Salvioli, F (2009). Transparencia y políticas públicas: dimensiones contemporáneas de los DDHH. En Protección Internacional de DDHH y Estado de Dcho. JG Ibañez (dir). Colombia, Grupo Editorial Ibañez, pag104.

*convivencia de dos paradigmas y en tal sentido ha sido un momento propicio. Porque su cumplimiento es posible en tanto hay actores que pueden comprenderla y apropiársela, pero también necesario, porque la realidad aún no ha cambiado todo lo necesario.”*

LEONARDO GORBACZ, 2011;19

## **El instituido**

En el campo de la salud mental, las estructuras especializadas y monovalentes se constituyen en las máximas objetivaciones de la respuesta estatal y social frente a aquellos y aquellas considerados “enfermos mentales, loco/as”.

Mediante la legitimación del constructo tutelar y filantrópico se fue desarrollando una modalidad de atención centrada en la medicalización, el aislamiento y la sustitución en la toma de decisiones de las personas con padecimiento mental.

En términos socio - históricos puede identificarse una tendencia que ha reducido la salud a la atención médica de la enfermedad, por lo que las respuestas sanitarias mediante instituciones especializadas y profesionalizantes, en sm también presentan este sesgo.

En el caso de la salud mental diversos autores han subrayado el componente moral que acompañó la constitución del discurso médico psiquiátrico como ordenador del campo, y que marco a fuego e desarrollo de la “terapéuticas legitimadas”. Se identifica una suerte de subsidiariedad entre discurso médico psiquiátrico y orden jurídico, que ha habilitado un engranaje sistemático de vulneración de derechos, una concatenación jurídica - sanitaria (internación – insania, padecimiento -cuestionamiento de la capacidad y de la voluntad).

Paternalismo/minorización conforman un binomio relacional sustancial para entender los efectos de estas operatorias. La intervención desde lo jurídico en el campo de la salud mental se ha orientado hegemónicamente por una tendencia tutelar, siendo la ausencia de debido proceso moneda corriente. Desde esta matriz se presupone la inexistencia de conflictos de interés entre el usuario, los profesionales, la policía, la familia, quienes “obrarían siempre por el bien del usuario”. En forma solidaria saber “técnico” y accionar judicial han legitimado estrategias cuyo efecto es la des-responsabilización de las personas con padecimiento mental sobre su propia vida.

Como en la expresión del patronato, aunque las condiciones de vida impuestas contuvieran encierros, privaciones, enajenación de bienes, adopción de decisiones por sobre los intereses o deseos de los implicados, se justificaban en nombre de la necesidad de protección requerida ante una falla o déficit del individuo.

Asimismo las prácticas indicadas, adolecían de mecanismos de exigibilidad que pudieran activarse ante la negligencia estatal y de sus agentes para proveer apoyos adecuados que permitieran el ejercicio de la autodeterminación. Esta entelequia ha sido

justificada por discursos “técnicos” desarrollados en torno a las implicancias de la “enfermedad mental”, y abreva en la representación social del “loco/a” como peligroso/a e irresponsable.<sup>46</sup>

## La sanción de ley 26657

La ley 26657 fue publicada en el boletín oficial en diciembre de 2010<sup>47</sup>. El proceso legislativo que concluyó en su sanción casi por unanimidad, se inició en 2007 siendo un hito importante la media sanción obtenida en diputados en 2009. Como plantean Kraut y Diana <sup>48</sup> “fue fruto de una discusión parlamentaria con una fuerte confrontación ideológica sectorial y teórica”. La estrategia de trabajo instrumentada por sus promotores, implicó encuentros participativos en distintos puntos e instituciones del país.

Fueron actores sustanciales para su concreción la Secretaria de derechos humanos de la Nación, el INADI (instituto nacional contra la discriminación xenofobia y racismo), la delegación regional de OPS (organización panamericana de la salud) , el CELS (centro de estudios legales y sociales), el movimiento social de desmanicomialización y transformación institucional representado en un acervo de experiencias de atención comunitaria en efectores públicos<sup>49</sup>; organismos de DDHH como la asociación madres de Plaza de Mayo, legisladores y jueces, integrantes de equipos e instituciones de salud, integrantes de asociaciones de familiares y usuarios (red FUV, APEF, APUSSAM, entre otras).<sup>50</sup>

Las resistencias que intentaron trabar el proceso y que continúan operando, se sitúan en cabeza de los lobistas de la corporación psiquiátrica y algunos organismos profesionales, quienes básicamente se oponen a:

- la democratización de los equipos de salud, con la posibilidad de que cualquier profesional idóneo pueda desempeñar la conducción de los equipos
- la exigencia de evaluaciones y criterios interdisciplinarios para definir las internaciones, la determinación de capacidades, las estrategias terapéuticas
- el lugar asignado por la norma a los monovalentes entendiendo estas corporaciones que el manicomio es necesario “para algunos casos”

En síntesis, podemos inferir que las resistencias obedecen a los intentos de mantener una cuota de poder anclada en estructuras vetustas y represivas; ante una cambio normativo que no solo propone refuncionalizar los recursos concentrados en los monovalentes, sino una nueva redistribución del poder entre los actores del campo.

<sup>46</sup> Sobre este eje se remite a Frias J, Lopez, Povilaitis A (2011) El consentimiento informado y la atención en salud mental. Trabajo no publicado presentado en Jornadas de salud y población. Buenos Aires. Instituto Gino Germani- UBA.

<sup>47</sup> [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26\\_ley-nacional-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf)

<sup>48</sup> Kraut, A. y Diana, N. (2011). Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectora. En Panorámicas de SM a un año de la sanción de la ley nacional 26657, Buenos Aires. Eudeba, pag31.

<sup>49</sup> Aquí mencionamos a título de ejemplo la experiencia de Radio La Colifata y Frente de artistas del Borda, el PREA y sus experiencias de rehabilitación asistida en el hospital Esteves y Cabred. Los centros comunitarios del Hospital Korn Casa de PreAlta, PichonRiviere y Franco Basaglia.

<sup>50</sup> Red de familiares usuarios y voluntarios; Asociación argentina de ayuda a la persona que padece esquizofrenia y su familia; Asamblea Permanente de usuarios de servicios de sm,

## Impacto del plexo normativo de los DDHH: sobre la necesidad de reformas y la institucionalización de cambios paradigmáticos

Cuando un país como estado soberano, ratifica un tratado internacional, se obliga internacionalmente a que sus órganos administrativos y jurisdiccionales lo apliquen, máxime si estos están descriptos con una concreción tal que permite su aplicación inmediata. “Caso contrario se puede originar responsabilidad internacional del estado argentino en el marco de lo dispuesto en el art 75 inc 22 de la CN”<sup>51</sup>

En este sentido nuestro país había ratificado una serie de tratados que exigían no solo abstenciones sino la implementación de acciones positivas para la transformación del campo de la SM, por ello la ley obedeció no solo al impulso de las experiencias y grupos que desde antaño trabajan en pos de la desmanicomialización; sino también a la presión internacional para que la Argentina adecuara la política y legislación a los estándares de DDHH vigentes, en franca violación<sup>52</sup>.

Además de los tratados son claves las sentencias de la Corte Interamericana, y las interpretaciones jurisprudenciales de la Corte Suprema de la Nación en la materia, ya que marcan la orientación interpretativa y los estándares mínimos a los que deben responder las políticas públicas y sus agentes.

<b>Tabla 1.1: Componentes del plexo normativo con mayor incidencia en el campo de la SM</b>
<b>Tratados</b>
Convención Americana sobre DDHH
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
Pacto internacional de Derechos Económicos Sociales y culturales
Convención interamericana sobre discapacidad
Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU)
100 reglas de Brasilia de acceso a la justicia de las personas en condiciones de vulnerabilidad
<b>Instrumentos técnicos específicos (softlaw o modellaw)</b>
El criterio jurisprudencial de nuestra corte los considera orientación válida para la formulación de política en el campo.
Principios de ONU para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de Salud Mental

<sup>51</sup> Remitimos para su ampliación a Kraut y Diana, op cit.

<sup>52</sup> Para más detalles de dichas violaciones remitimos al informe del CELS: Vidas Arrasadas. Disponible en Internet. <http://www.cels.org.ar/documentos/?info=detalleDoc&ids=3&lang=es&ss=&idc=715>

Declaración de Caracas (OPS)
Principios de Brasilia
<b>Fallos de la corte Interamericana DDHH</b>
“Victor Rosario Congo contra Ecuador”
“XimenesLopes contra Brasil”
“Porco contra Bolivia”
Fallos Corte Suprema de Justicia de la Nación
Tufano R.A s/internación
Hermosa L.A s/insania – proceso especial
S.de B., M del C c/ Ministerio de Justicia - Poder Judicial - Estado Nacional" sobre internación psiquiátrica forzosa
RMJ s/insania

*Fuente: elaboración propia*

*Nota: la selección de los elementos del presente cuadro no es exhaustiva ni excluyente respecto de otros elementos.*

El plexo explicitado y del cual la ley es expresión, materializa en herramientas normativas una nueva concepción/construcción, que en términos jurídicos se conoce como paradigma social de la discapacidad.

Asimismo señala como violatorias de DDHH muchas prácticas y modalidades organizativas de los servicios de salud mental introduciendo la necesidad de su reforma.

El respeto del modelo social implica que no debe privarse a la persona de su posibilidad de elegir y actuar, este sistema se guía por el principio de “la dignidad del riesgo” es decir el derecho a transitar y vivir en el mundo, con todos sus peligros, y la posibilidad de equivocarse. (En oposición al modelo que legitima la separación entre capacidad de hecho y derecho<sup>53</sup>, en esta perspectiva se entiende que el respeto de la capacidad jurídica comprende la posibilidad de actuar, la capacidad de llevar adelante actos regulados jurídicamente para hacer efectivas las decisiones que toma una persona, y no solo para ser considerados sujetos teóricos de derechos y obligaciones.

La capacidad jurídica es la aptitud de una persona de ser titular de derechos así como también la capacidad y posibilidad concreta de ejercerlos. Es un derecho en si misma pero también una garantía transversal e instrumental que permite ejercer todos los demás derechos por voluntad propia...

El modelo social también prevé que algunas personas con discapacidad puedan necesitar ayuda para ejercer su capacidad jurídica y para ello el estado debe ofrecer apoyos y establecer salvaguardas contra el potencial

<sup>53</sup> El ( ) es nuestro.

abuso de dichos apoyos. La toma de decisiones con apoyo es una aplicación del modelo social de la discapacidad al área de la capacidad legal.<sup>54</sup>

Este “nuevo marco paradigmático” se expresa en la ley 26657, y pone en jaque el constructo filantrópico y al antiguo modelo tutelar de incapacitación; en consecuencia se destituye el concepto biológico jurídico de la discapacidad con su fundamento exclusivamente médico. Es decir que el cambio paradigmático, no se vincula (solo) a la exigencia de nuevas tecnologías y propuestas asistenciales; sino sustancialmente a un reposicionamiento de las personas con padecimiento psíquico en el ordenamiento jurídico mediante las herramientas del derecho internacional público de los DDHH, y su necesaria efectivización mediante acciones positiva en el ordenamiento interno y en las políticas estatales. Nuevo reposicionamiento que las estrategias sanitarias deben respetar.

## **Análisis de contenido de la ley 26657**

En este apartado se puntualizan los contenidos más relevantes del texto, a saber:

Objetivos principios y ámbito de validez: establece un orden público de salud mental que comprende a “todas las personas que habiten el territorio nacional”; es importante destacar el principio de progresividad (es entendida como piso jurídico mínimo). También amplía la concepción de salud mental y se produce la inclusión de las “adicciones”.

Orientación de la modalidad de asistencia: se plantea la prohibición de apertura de nuevos monovalentes y la puesta en marcha de una red sustitutiva para el cierre de los existentes; establece un abordaje interdisciplinario, y la atención debe realizarse prioritariamente fuera del medio hospitalario basado en los principios de APS; debe comprender acciones tendientes a la inclusión social laboral y de atención en salud mental comunitaria. Debe considerar a las familias y a los recursos del medio comunitario de la persona.

Regulación sobre el recurso de la internación: entendiendo que este recurso implica la afectación de la libertad de las personas que no pueden ser tratadas por abordajes ambulatorios, se lo habilita como recurso excepcional transitorio y de uso restrictivo. Se modifica los requerimientos de fundamentación y se resitúa las competencias del poder judicial como garante. Se introducen salvaguardas (plazos, estructura de defensa, consentimiento informado) -

Introducción de Modificaciones al Código civil en lo referente a 152ter y 482<sup>55</sup> en lo referente a los procesos y dictámenes de cuestionamiento de la capacidad jurídica.

Establece la Autoridad de aplicación (ministerio de salud nacional) de la ley y su vigencia tanto para efectores públicos, privados y de la seguridad social; y crea un órgano de revisión con participación de usuarios y familiares.

---

<sup>54</sup> Kraut y Diana, op cit., Pág. 53.

<sup>55</sup> Cabe señalar que mientras este libro se encontraba en elaboración, se aprueba el nuevo Código Civil y comercial de la Nación, adecuándose la legislación de fondo al cambio paradigmático aquí explicitado.

## Estado del arte y resistencias

A la fecha la normativa ha sido receptada por el poder judicial y los efectores de salud, con disparidades según el territorio. En provincia de Bs As ha contribuido a instalar en la agenda pública la necesidad de transformaciones en el área de la salud mental, generando una ley de adhesión provincial. Sin embargo es deficiente la presencia activa de unidades de defensa en las instituciones de internación sean públicas y privadas; y los monovalentes siguen siendo la respuesta hegemónica con la mayor concentración de los recursos presupuestarios.

Recientemente se han explicitado organismos de aplicación, y lineamientos para un plan provincial pero con limitadas posibilidades para implementar programas y asignaciones presupuestarias; así como para incidir en la reasignación coherente de los recursos existentes hacia modalidades de atención de base comunitaria.

En un artículo publicado a un año de la sanción de la norma L. Gorbacz<sup>56</sup> apuntaba como puntos de resistencia aún vigentes, los siguientes:

1. Las resistencias a la sustitución de los monovalentes y las resistencias de los hospitales generales a desarrollar una oferta sustitutiva
2. El espíritu tutelar que aun opera
3. El temor a los juicios de mala praxis
4. Los medios de comunicación y el estigma del loco/adicto= peligroso
5. Las obras sociales y el sector privado y las comunidades terapéuticas en el ámbito de la atención de las adicciones, que deben reformular y adecuar sus prestaciones a la ley
6. La formación de los profesionales
7. La persistencia de viejas institucionalidades, usos y costumbres que deben de construirse.

## A modo de síntesis pautas metodológicas para considerar la ley y los procesos de transformación del campo

*“como es que el lenguaje de los derechos (abstractos y puramente formales) puede ser el discurso y el objetivo que impulse la acción colectiva y las luchas políticas de las y los dominados? .... No se trata de armonía ni de evolución, (son) producto de una historia de avances y retrocesos en las luchas sociales en los que cada derecho no es concedido sin antes haber sido conquistado y debe*

<sup>56</sup> Gorbacz, L. (2011). La ley de salud mental y el proyecto nacional. En Panorámicas de SM a un año de la sanción de la ley nacional 26657, Buenos Aires. Eudeba, pag.17.

La perspectiva de trabajo desarrollada, comprende la dimensión jurídico-normativa como una expresión mediatizada y mediatizante de las disputas y tensiones en nuestras sociedades occidentales; así como de las estrategias y estructuras políticas creadas para “hacer algo con ellas”. La aprehensión y comprensión de la misma no puede hacerse entonces por fuera de las condiciones socio histórico en que se gestan.

Se propone un tratamiento que desde una perspectiva de totalidad exige no desvincular lo jurídico - normativo de las matrices ideológicas, científicas, y económicas que condensa. Ni negar el carácter eminentemente político de los procesos que mediatizan. Ello nos exige pensarlos sin opacar el carácter abierto y contingente de estos procesos los cuales no pueden reducirse a su “complicidad estructural” con la manutención del estado burgués. Pese a que esta mediación es constitutiva del discurso del estado de derecho, no entendemos al estado como una entelequia que opera por sobre los sujetos cuan títeres sin vida, capaz de sustraerse del carácter de radical historicidad, contingencia y carácter político de las relaciones sociales.<sup>57</sup>

Buscamos alejarnos de ciertas posturas que parecen conocer de antemano el final de la historia. Por lo expuesto toda ley es parte de un proceso histórico en cuyo juego se definirá su posibilidad de implementación efectiva. Proceso cuyo objetivo no concluye ni se agota en la existencia o creación de normativas. Procesos que pese a sus constelaciones teleológicas constituyen derroteros en devenir.

Como trabajadores sociales es importante para el desarrollo de nuestra práctica no limitar el análisis de los marcos normativos a la reproducción y recitado de leyes, artículos e incisos. Para reconocer los límites y posibilidades que los mismos instituyen en un momento dado, los derechos y obligaciones para los actores de un campo, el análisis crítico de los marcos normativos requiere preguntar:

1. Quienes son los sujetos, colectivos implicados, como se los conceptualiza?
2. Sobre que problemática buscan incidir? Cuáles son los discursos científicos y técnicos y las connotaciones ideológicas legitimados para la construcción de dicha problemática?
3. Qué demandas permite “que sean audibles en el espacio público”, que dimensiones no son consideradas?
4. De qué forma son incorporados los planteos de los actores sociales del campo, son reformulados, restringidos, negados?
5. Que alianzas, movimientos confluyen en la sanción de la norma? Quienes la resisten? Qué hegemonías busca instituir y cuáles de - construir?
6. Qué conductas define como legales y lícitas? Qué continuidades y rupturas establece respecto de lo existente hasta ese momento en el plano normativo?

---

<sup>57</sup> Para ampliar estos conceptos remitimos a la obra de Ernesto Laclau.



7. Quiénes son los agentes, las modalidades y las prestaciones que establece/exige? Qué características presentan?
8. Qué programas o proyectos en termino de políticas sociales son posibles a partir de este marco?, Cuáles se han materializado?
9. Cuáles son los nudos más conflictivos en el proceso de discusión, sanción e implementación?.

Asimismo y a riesgo de reduccionismo instrumentales el conocimiento de los marcos normativos puede dotarnos de herramientas argumentativas y recursos para petitionar exigir y denunciar; definir un horizonte orientación o guía para la acción; servir de excusa reflexiva o llave heurística para la aprehensión de contradicciones y para la comprensión de los procesos de transformación en curso.

Metodológicamente es importante no caer en análisis maniqueístas (defensores vs detractores de la ley), o en interpretaciones voluntaristas que desconozcan las condiciones estructurales en que la norma adviene; como habitualmente se menciona la *ley no reemplaza la clínica ni la política*. Asimismo se torna estratégico resaltar la potencia de sostener procesos reivindicativos en este terreno.

La consagración jurídico normativa y política de un elenco de derechos, es siempre importante para implementarlos, pero está lejos de garantizarlos sea en el plano nacional o en el internacional. La concretización entraña procesos colectivos de lucha y negociación que se hallan condicionados por los modelos de mercado. (...) La lucha por la concretización de derechos parece trabarse en condiciones adversas, pero nada indica que tales condiciones perduraran indefinidamente. La incompatibilidad del orden económico contemporáneo con las regulaciones democráticas no significa necesariamente la falencia de la democracia. Contrariamente la demanda democrática cada vez más contradictoria con el orden económico contemporáneo, es capaz de potenciar la superación de ese orden. [Teniendo claro que] ninguna defensa de los DDHH será eficaz sino explicitamos que su vigencia es indisociable de la garantía de los derechos sociales.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Netto, J. P (2009) La concretización de derechos en tiempos de barbarie. En Coyuntura Actual latinoamericana y mundial: tendencias y movimientos. Borgianni y Montaño (Orgs.). Brasil. Cortez Editora, pp17-33.

## Trabajo Práctico sugerido

En este trabajo práctico les proponemos analizar las tensiones y debates suscitados por la divulgación del primer informe de gestión del Órgano de Revisión Nacional para la plena Implementación de la ley 26657 (<http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental>), para ello sugerimos:

1. Leer detenidamente un resumen de dicho informe disponible en la página del CELS  
<http://www.cels.org.ar/common/Resumen%20-%20Organo%20de%20Revisión%20de%20Salud%20Mental.pdf>
2. Leer detenidamente el artículo Czubaj F. “Salud mental: tratamientos y derechos humanos, eje del debate” publicado en el diario La Nación 20/07/2015.  
<http://www.lanacion.com.ar/1811956-salud-mental-tratamientos-y-derechos-humanos-eje-del-debate>
3. Proponemos que identifiquen y discutan sobre las siguientes cuestiones:
  - Quienes son los actores/interlocutores consultados. Analice y trate de identificar en base al análisis de los argumentos de las partes, cuál es su postura en relación a la implementación de la norma.
  - Detalle que aspectos son mencionados como más conflictivos, y vincule con los desarrollos conceptuales del presente capítulo.

## Bibliografía

- Brown, J. (2007) Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión. Tesis - Maestría en Ciencia política y sociología FLACSO, Bs.As Argentina. s/r. Disponible en: [http://legacy.flacso.org.ar/uploaded\\_files/Publicaciones/Tesis\\_Josefina\\_Leonor\\_Brown.pdf](http://legacy.flacso.org.ar/uploaded_files/Publicaciones/Tesis_Josefina_Leonor_Brown.pdf)
- Comité de DESC ( ): Observación General N°14. [El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud \(artículo 12\)](#)
- Gorbacz, L.(2011). La ley de salud mental y el proyecto nacional . En Panorámicas de SM a un año de la sanción de la ley nacional 26657, Buenos Aires. Eudeba. Disponible en: [http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06\\_Panoramicas\\_salud\\_mental.pdf](http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf)
- Gros Espiel, H.(1986). DDHH, Derecho internacional y Política internacional. En "Educación y DDHH". IIDH San José de Costa Rica,s/r-
- Kraut, A. y Diana, N. (2011). Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectora. En Panorámicas de SM a un año de la sanción de la ley nacional 26657, Buenos Aires. Eudeba. Disponible en: [http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06\\_Panoramicas\\_salud\\_mental.pdf](http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf)
- Lopez, MN y otros (2011) El consentimiento informado y la atención en salud mental. Trabajo no publicado presentado en Jornadas de salud y población. Buenos Aires. Instituto Gino Germani-UBA. Disponible en: [http://www.srmcursos.com/pdf/biblio\\_psicologia/Frias\\_consentimiento.pdf](http://www.srmcursos.com/pdf/biblio_psicologia/Frias_consentimiento.pdf)
- Netto, J. P (2009) La concretización de derechos en tiempos de barbarie. En Coyuntura Actual latinoamericana y mundial: tendencias y movimientos. Borgianni y Montañó (Orgs.). Brasil. Cortez Editora
- Salvioli, F (2009). Transparencia y políticas públicas: dimensiones contemporáneas de los DDHH. En Protección Internacional de DDHH y Estado de Dcho. JGIbañez (dir). Colombia, Grupo Editorial Ibañez.

## CAPÍTULO 6

# Intervención Profesional del Trabajo Social en el Hospital 'Dr. Alejandro Korn' en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. Desafíos y Obstáculos

*Valeria Laura Carosella*

### Introducción

El presente trabajo se propone analizar la intervención profesional del Trabajo Social en el ámbito del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos 'Dr. Alejandro Korn' en la particular e incipiente coyuntura que implicó e implica la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Nº 26657).

La norma mencionada adquiere una central relevancia en el campo de la Salud Mental ya que supone un cambio de paradigma fundamentalmente en lo que se refiere al reconocimiento por parte del Estado de los derechos de las personas con padecimiento mental; implicando ese reconocimiento modificaciones sustanciales en lo que hace a la atención sanitaria, la intervención de los profesionales, la introducción de la figura del consentimiento informado y de las internaciones voluntarias e involuntarias y la necesidad de la intersectorialidad entre los distintos órganos gubernamentales; entre otros aportes.

La sanción de la Ley introduce además un avance sustantivo en cuanto a la defensa de los Derechos Humanos de la población en general al enunciar como su objeto "asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas (...)", lo que implica que el énfasis no está colocado sólo en aquellas personas que son usuarias del sistema de salud sino también de todos los habitantes de la Nación.

A lo largo de este trabajo se realizará una breve presentación del Hospital 'Dr. Alejandro Korn' para luego profundizar en una cuestión central que introduce la Ley: la interdisciplina.

Se incluirán también algunas consideraciones sobre el Servicio de Alcoholismo 'Sala Dr. Ramón Carrillo' en donde me desempeño profesionalmente.

Si bien a lo largo de este trabajo quedará evidenciado que la existencia de una normativa no implica por sí misma la transformación de las prácticas, se intentará rescatar la relevancia que la Ley tiene como una herramienta para la defensa de los Derechos de las personas con las que trabajamos y nos relacionamos cotidianamente.

## Acerca de la Institución<sup>59</sup>

El Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos 'Dr. Alejandro Korn' es una institución que está conformada por un ámbito de atención específica de la Salud Mental y por un Hospital General en el que se atienden otras especialidades de relevancia.

En este sentido, es un Hospital de referencia provincial por un lado por su carácter de monovalente y por su especificidad en el campo de la Salud Mental, así como por algunos servicios que se destacan en el área del Hospital General, como por ejemplo la Guardia en la que se atiende a todas las víctimas de accidentes viales de la zona de las rutas provinciales aledañas; y el Servicio de Ginecología y Obstetricia, en donde se registra una de las tasas de nacimientos más altas de la zona.

A lo largo de este trabajo nos dedicaremos con mayor profundidad a la atención de la Salud Mental que se brinda en el Hospital, sin dejar de reconocer que la particularidad de esta institución que se ha señalado imprime una mayor complejidad a la hora de analizar el funcionamiento de la misma.

El Hospital cuenta con una amplia variedad de servicios para la atención de las personas con algún tipo de padecimiento mental que están organizados siguiendo el criterio médico psiquiátrico de la evolución de la enfermedad. De esta forma, la puerta de ingreso la constituye la Guardia de Psiquiatría en donde se realizan las evaluaciones que determinan la necesidad o no de la internación.

Los dispositivos de internación con los que cuenta el Hospital son: el Servicio de Atención en Crisis, el Servicio de Agudos Hombres, el Servicio de Agudos Mujeres; el Sector de Sub Agudos, conformado por el Servicio de Alcoholismo y las Salas Ingenieros y Korn y el Sector de Rehabilitación, integrado por, aproximadamente, dieciséis Salas de Internación.

Además cuenta con el Centro de Rehabilitación Psico Social y el Servicio de Consultorios Externos de Psiquiatría y con el Servicio de Externación (conformado por la Casa de Pre Alta; el Centro Comunitario Pichón Riviere y el Centro Comunitario Franco Basaglia), ubicados en el casco urbano de la ciudad de La Plata.

En el último tiempo además se han constituido nuevos dispositivos que en el ámbito del Hospital apuntan tanto a la mejora de las condiciones de vida de las personas internadas como al trabajo para su externación, tales como el Club Social, el dispositivo de Andamiaje y el Teatro 'Polo Lofeudo'.

Es importante remarcar la coexistencia de distintos y diversos dispositivos en el marco del Hospital, que implican formas de estructurar prácticas y saberes, como así también "formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, formas de contener, de escuchar y de orientar"<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Es necesario destacar que por razones de extensión no se profundizará en la caracterización de la Institución; sólo se plantearán aspectos centrales de la misma que hacen a su organización y funcionamiento.

<sup>60</sup> Pawlowicz, M y otras (2011). *El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas*. Trabajo presentado en el X Congreso Argentino de Antropología Social. Buenos Aires, Noviembre de 2011.

Muchas veces, la magnitud del Hospital dificulta la interrelación de los distintos dispositivos, siendo un esfuerzo cotidiano tanto de usuarios como de profesionales que esta situación no implique su fragmentación con el consecuente impacto en la atención que reciben.

## **Obstáculos y Desafíos de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Acerca de la Interdisciplina**

La Ley 26657 introduce un aporte central para el cambio de paradigma al plantear en su Art. 3º una definición integral sobre la Salud Mental, reconociendo a la misma como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*.

Esta definición incorpora una serie de dimensiones como inherentes a la Salud Mental de una persona que hasta el momento no eran tenidas en cuenta como tales. Asimismo, establece las condiciones para instalar la necesidad del abordaje interdisciplinario ya que incorpora al concepto de Salud Mental aspectos que exceden el ámbito ‘específico’ de la Psiquiatría.

Quizás este aspecto de la Ley sea uno de los más relevantes y controversiales ya que implica la puesta en cuestión de supuestos que sustentan la modalidad de atención en Salud Mental al mismo tiempo que posibilita la emergencia y consolidación de las otras disciplinas que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención con la legitimidad (y las obligaciones y responsabilidades) que la Ley les confiere. Esto no significa que hasta la sanción de la Ley las otras disciplinas, entre ellas el Trabajo Social, no tuvieran relevancia; pero lo que se intenta rescatar es que a partir de la Ley tienen otra legitimidad y en cierta forma su saber específico queda equiparado con el de las especialidades dominantes<sup>61</sup>.

Ahora bien, tal como planteáramos, el hecho de que la Ley incorpore una visión más amplia no implica necesariamente que esto se traduzca en modificaciones en las prácticas de los profesionales. A modo de ejemplo, no es poco frecuente que desde la psiquiatría se solicite “la firma del Trabajador Social” para que un informe médico se convierta en interdisciplinario. Ello implica la toma de posición por parte de nuestra disciplina en cuanto a lo que consideramos debe ser, y es, una intervención profesional desde el Trabajo Social.

En este sentido constituye un aporte el desarrollo de A. Oliva (2001) quien propone “pensar a la profesión dentro de la división social y técnica del trabajo para fundamentar el interjuego existente entre las funciones asignadas, las necesidades, demandas y recursos en el marco de la relación institución/usuario/trabajador social”<sup>62</sup>

En el marco de las intervenciones desarrolladas en el Hospital históricamente se ha asignado al Trabajo Social la función de “ocuparse de lo social” entendiéndose por ‘lo social’ todo aquello que no tuviera que ver con el aspecto estrictamente médico de la enfermedad.

---

<sup>61</sup> Esto se evidencia sobre todo en la posibilidad de ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones; y es quizá uno de los aspectos de la Ley más resistidos por la corporación médica.

<sup>62</sup> Oliva, A. en Mendoza, M. (2009). *Crítica a la Modalidad de Asistencia en Salud Mental*. Buenos Aires; Edit. MATE

En este sentido, es importante sentar posición (y la nueva Ley lo posibilita) en cuanto a que no podemos pensar al sujeto de manera fragmentada sobre todo teniendo en cuenta que si bien la enfermedad puede ser definida en términos médicos, el significado que tiene en la vida de esa persona como en la de sus referentes vinculares, su connotación y las posibilidades de enfrentamiento y resolución de la misma estarán estrechamente ligadas con su posición en la Sociedad, sus posibilidades de comprensión, de abordaje y de accesibilidad al sistema de salud; en síntesis, con las posibilidades que ha tenido a lo largo de su vida, intrínsecamente ligadas con su posición de clase en la sociedad desigual en la que vivimos.

En este punto, acordamos con E. Galende en que “la comprensión del sufrimiento mental no puede intentarse fuera del afecto y la sensibilidad del que sufre, de los modos de su experiencia como sujeto y de la historia vivencial de su vida, es decir, de su historia”<sup>63</sup>

Un aspecto central de la intervención profesional tendrá que ver con la posibilidad de historizar no sólo al sujeto con el que intervenimos sino también a las prácticas que origina su presencia en el sistema de salud, con sus contradicciones y fundamentos, asumiendo que “la experiencia del sufrimiento mental es compleja, se extiende en redes de determinación que sobrepasan al individuo que lo padece; estas redes son su sistema de referencia múltiple. Nuestro encuentro con el sufriente es a la vez un encuentro con esta complejidad de referencias”<sup>64</sup>.<sup>65</sup>

La Ley Nacional presenta un marco propicio para consolidar el ámbito de la Salud Mental como un espacio socio-ocupacional en el cual el Trabajo Social puede realizar, y de hecho realiza, significativos aportes en lo que hace a la intervención concreta y cotidiana con los usuarios; con un alto impacto en la vida cotidiana de los mismos, que redundará en una apuesta porque puedan mejorar su situación de salud en un sentido amplio. Esto es, no sólo en lo que hace a su patología sino a todos los determinantes contextuales que favorecen o dificultan su recuperación.

En este sentido, desde el Trabajo Social se realizan aportes que tienen que ver tanto con la dimensión vincular de la vida de esa persona, tanto a nivel de sus relaciones más cercanas como con la Comunidad en general; como en cuanto a sus condiciones materiales de existencia mediante la gestión de recursos; así como en aspectos que hacen a su posición vital; siendo muchas veces central el rol del Trabajador Social en el fortalecimiento de una idea de proyecto que le posibilite al sujeto pensarse más allá de su condición de usuario del sistema de salud.

---

<sup>63</sup> Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires. Lugar Editorial

<sup>64</sup> Galende, E. (2008). Ob. Cit.

<sup>65</sup> Ello implicará además que pongamos en cuestión uno de los aspectos centrales del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez: 1990), su carácter a-histórico.

## Sobre la intervención profesional en el Servicio de Alcoholismo<sup>66</sup>

En la actualidad mi ámbito de trabajo lo constituye el Servicio de Alcoholismo 'Sala Dr. Ramón Carrillo' perteneciente al sector de Sub Agudos del HIEAyC 'Dr. Alejandro Korn'. En este Servicio se aborda el consumo problemático de alcohol y otras sustancias poniendo el eje en la desintoxicación y la deshabituación; por lo que se prevé que las internaciones sean breves. En la actualidad este dispositivo de atención cuenta con 15 camas para hombres y con el servicio de Consultorios Externos<sup>67</sup>.

Si bien el Servicio cuenta con una interesante oferta asistencial en cuanto a los profesionales que nos desempeñamos allí (médicas psiquiatras, psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional y enfermería), resulta dificultoso pensar que se ofrece un abordaje interdisciplinario ya que no hay coincidencia de criterios en cuanto a cómo se concibe la problemática del alcoholismo y la realidad de los sujetos entre los distintos profesionales.

En este sentido, es probable que una de las dificultades para pensar la interdisciplina en los términos que plantea la Ley Nacional sea la falta de una perspectiva acordada que guíe las intervenciones, que muchas veces se tornan contradictorias para los usuarios desde el momento en que no se pueden establecer criterios comunes de trabajo. Pareciera que entre los profesionales, pese a primar un buen clima laboral, se diera lo que plantea Galende acerca de que "cada uno parece aceptar tener su parte de razón, ignorando así las contradicciones, los conflictos del saber y los intereses de los sujetos concretos, que impiden de esta manera todo esfuerzo de comprensión capaz de modificar el propio saber".<sup>68</sup>

Indudablemente esta situación es responsabilidad de todos los profesionales que conformamos el Servicio; aunque también tiene que ver con la particularidad de la problemática que se aborda que implica la existencia de dos perspectivas muy claras en cuanto a los modelos de atención del problema. Esto es, el modelo abstencionista, que en pocas palabras implica la abstinencia total del consumo; y el modelo de reducción de daños, que se plantea como una estrategia de abordaje de los daños potenciales relacionados con el consumo y que implican una mirada particular del problema a partir del sujeto que lo padece y sus características (Gómez, P y otros: 2011).

Desde el Servicio se propone claramente una línea abstencionista, aunque varios profesionales que nos desempeñamos allí tengamos mayor flexibilidad en cuánto a cómo se puede aportar a la particularidad de cada usuario, sin que necesariamente ese aporte

---

<sup>66</sup> Es importante destacar que la Ley Nacional de Salud Mental incorpora la problemática de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental, estipulando en su artículo 4º que "Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud".

<sup>67</sup> En el marco del plan de adecuación a la Ley implementado desde la Dirección del Hospital se ha reducido notoriamente el número de camas de internación. En este Servicio hasta el año 2013 había 50 camas y se incluía la internación de mujeres. Sobre este punto es importante mencionar que no es que ya no se internen mujeres por consumo problemático sino que las mismas quedan alojadas en el Servicio de Agudos.

<sup>68</sup> Galende, E. (2008). OB. Cit.



tenga que ver con la ausencia total de consumo, lo cual consideramos irreal e improbable en muchos casos.<sup>69</sup>

Esta mirada implica pensar al consumo en el marco de un contexto en el que se desarrolla la vida cotidiana del sujeto y no como un problema en sí mismo, entendiendo que “un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley.”<sup>70</sup>

En este marco desde las intervenciones que se llevan adelante desde el Trabajo Social se intenta hacer hincapié en la situación e historia particular de cada sujeto, fomentando la continuidad de su tratamiento y el abordaje de las situaciones que plantean los referentes vinculares de los usuarios, apostando a que pueda retomar su vida cotidiana de la mejor manera posible y teniendo en cuenta sus propios intereses, habilidades y deseos.

Actualmente nos encontramos trabajando en la revalorización del espacio de Consultorios Externos. En este sentido, la inclusión de la disciplina posibilita y apunta a la puesta en cuestión del abordaje farmacológico como el de mayor relevancia en el tratamiento. No se trata de negar su pertinencia en aquellas situaciones que lo ameritan sino de introducir cuestiones ligadas a complejizar el consumo problemático y su impacto en la vida cotidiana de los usuarios. Esta complejización supone también introducir una mirada integral y trabajar en pos de la construcción de estrategias junto a los mismos.

Antes de finalizar este apartado, no quiero dejar de señalar que más allá de las dificultades señaladas en cuanto al abordaje interdisciplinario, acuerdo con Gorbacz en que “la mirada de distintas disciplinas no sólo enriquece la evaluación sino que le da a las personas mayores garantías de una decisión correcta”<sup>71</sup>; por lo que considero que es central aportar a un diálogo entre las disciplinas que posibilite el cumplimiento de los derechos de los usuarios del sistema de salud.

## **Reflexiones finales. La dimensión vincular de la Intervención Profesional del Trabajo Social**

A modo de cierre me interesa poder recuperar un aspecto que considero central en el abordaje del padecimiento mental que tiene que ver con la posibilidad real que se nos presenta de generar un encuentro y un vínculo con las personas que acuden al sistema de salud<sup>72</sup>.

<sup>69</sup> Incluso en 1980 la OMS planteaba que la abstinencia total sería inaceptable o imposible de fijar en casi todas partes del mundo; planteando la necesidad de apostar a la reducción de las cantidades de alcohol que se consumen y al cambio de los hábitos de consumo. En Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. Alianza Editorial. México.

<sup>70</sup> El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007). *El equilibrista*. Tomo I. Montevideo, Frontera Editorial.

<sup>71</sup> Gorbacz, L. (2011) *La Ley de Salud Mental y el Proyecto Nacional*. En Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2011). *Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Buenos Aires, Eudeba.

<sup>72</sup> Este vínculo no es excluyente de otros campos de intervención, pero en este apartado me referiré al campo que nos ocupa.

Si bien este planteo pareciera ser una obviedad, considero que esta posibilidad implica *dar un lugar* a aquellas personas que incluso dentro de la misma institución son muchas veces negadas a través de mecanismos tanto directos como sutiles de descalificación, discriminación y estigmatización.

En este sentido, considero que ningún tratamiento puede resultar efectivo<sup>73</sup> para una persona si no se interpreta su situación y su padecimiento a partir de su propio relato y de su propia vivencia acerca del mismo.

En un contexto donde el modelo médico hegemónico continúa teniendo vigencia, es importante poder afirmar que cuando una persona se acerca a un dispositivo de salud no es “una esquizofrenia”, “un consumo problemático” o “un trastorno de personalidad” quien requiere un tratamiento, sino que es una persona que sufre alguno de estos padecimientos. Y en este sentido la manera en que ese padecimiento impacta en su vida será única y particular; por lo que su abordaje también debiera tener estas características.

En este sentido, la escucha de sus planteos y de lo que transmiten aquellas personas que lo acompañan adquiere un lugar central. Y este espacio de escucha, este *dar un lugar* al que me refiero, implica necesariamente una dimensión afectiva que se pone en juego en el intercambio entre los actores.

Esta dimensión afectiva tiene que ver con aspectos que hacen a la contención que esa persona *percibe* y efectivamente *recibe* por parte de quien se encuentra abordando la situación. Y es la que permitirá una mayor fluidez y una mayor confianza de parte de quien consulta, que le posibilitará al profesional adentrarse en la vida cotidiana de esa persona, en sus vivencias, en lo que ese problema de salud implica para ella; y de esta forma, pensar en conjunto estrategias para que la situación pueda mejorar; sabiendo que no todas las personas necesitan lo mismo ni demandan lo mismo.

En este sentido, desde el Trabajo Social se nos presenta la oportunidad de desempeñarnos profesionalmente generando este tipo de vínculos que son además los que nos permitirán aportar al reconocimiento de esa persona, a su revalorización y a que todos – profesionales y usuarios – podamos correr el eje del padecimiento como lo que la define, y sin dejar de reconocerlo como un aspecto de su singularidad, potenciemos todo lo que la persona es más allá del padecimiento con el que convive.

El vínculo con las personas que trabajamos le posibilita a la profesión poder aportar a su historización y al trabajo junto a ellos en pos del cumplimiento de sus derechos. En este sentido, poder abordar la situación particular que origina la consulta en el marco de la vida de esa persona, de su historia, de su posición de clase y de su trayectoria previa posibilitará contextualizar la situación actual, como así también resignificar ese padecimiento a la luz de lo que implica para ella.

La Ley 26657 se constituye en una herramienta que apunta al mejoramiento de las prácticas en salud mental y debe ser conocida por los usuarios, siendo esta una de las tareas que como profesionales debemos darnos si queremos aportar a garantizar sus derechos.

---

<sup>73</sup> En términos de posibilidad de resolver la situación o de mejorarla.

Sin embargo, no implica por sí misma un cambio de paradigma ni de la modalidad de atención. En este sentido, el desafío que plantea la Ley es aún mayor, ya que si bien no garantiza estos cambios, nos obliga a tener en claro el horizonte de lo que *debe ser* la atención en Salud Mental<sup>74</sup>; y nos brinda herramientas para apuntar a que así sea.

Para finalizar, quisiera plantear que la dimensión vincular de la relación entre el trabajador social y el usuario por supuesto que no podrá tener un impacto directo en las condiciones de vida de esa persona, ni en su sufrimiento psíquico y el de su familia<sup>75</sup>; pero sí aportará a que el paso por la institución de salud no agrave esas dimensiones de su vida colocándolos en una situación de revictimización permanente.

Adquiere relevancia entonces el planteo de J. P. Netto (1999), quien afirma que la acción humana implica siempre un proyecto, “una anticipación ideal de la *finalidad* que se quiere alcanzar, con la invocación de los *valores* que la legitiman y la elección de los *medios* para lograrla”<sup>76</sup>

En este sentido, somos muchos los profesionales que intentamos día a día aportar a una atención sanitaria que incorpore una mirada más compleja y humanizada a las intervenciones que redunde en que las personas que se acercan a las instituciones sanitarias con un problema a resolver se sientan escuchadas, comprendidas y valoradas como actores fundamentales en la búsqueda del mejoramiento de su calidad de vida y del abordaje del ya de por sí complejo padecimiento que atraviesan.

---

<sup>74</sup> Es importante señalar que en el desarrollo de la Ley se tomaron en cuenta las opiniones y prácticas de muchas personas que ya venían llevando adelante experiencias diferentes, ya sea desde su lugar profesional como de su lugar de usuarios/ referentes.

<sup>75</sup> En este sentido nos enfrentará nuevamente con las contradicciones inherentes a nuestra profesión.

<sup>76</sup> Netto, J. P. (1999). *La construcción del Proyecto Ético-Político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea* En Borgianni; Guerra y Montañó (orgs.) (2003) Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional. Cortez Editora. Sao Paulo

## Trabajo Práctico sugerido

Elegir uno de los siguientes cuentos o corto y realizar un análisis de los mismos a la luz de lo trabajado en el texto. Proponemos que identifiquen y discutan sobre las siguientes cuestiones:

Características de modelo médico hegemónico; importancia de los procesos socio-históricos para construir las modalidades de atención; lugar del sujeto en los procesos.

RayBradbury. (1948) Crónicas Marcianas. Los hombres de la tierra. Disponible en [http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/ing/bradbury/los\\_hombres\\_de\\_la\\_tierra.htm](http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/ing/bradbury/los_hombres_de_la_tierra.htm)

Gabriel García Márquez (1992) Doce cuentos Peregrinos. Solo vine a hablar por teléfono. Disponible en

[http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/esp/ggm/solo\\_vine\\_a\\_hablar\\_por\\_telefono.htm](http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/esp/ggm/solo_vine_a_hablar_por_telefono.htm)

Colectivo Ovejas Negras, Ministerio de Salud Pública, RAP, ASSE, Universidad de la República Oriental del Uruguay y UNFPA Uruguay (2012). ¿Cuál es la diferencia?

Disponible en

<http://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNpxQY>.

## Bibliografía

- Borgianni; Guerra y Montaña (orgs.) (2003) *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora. Sao Paulo.
- El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007). *El equilibrista*. Tomo I. Montevideo, Frontera Editorial.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Gorbacz, L. (2011) *La Ley de Salud Mental y el Proyecto Nacional*. En Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2011). *Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Buenos Aires, Eudeba.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2011
- Mendoza, M. (2009). *Crítica a la Modalidad de Asistencia en Salud Mental*. Buenos Aires; Edit. MATE
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. Alianza Editorial. México.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Presidencia de la Nación. *Algunos datos sobre el consumo de alcohol en la Argentina*. 2011.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. Presidencia de la Nación. *Normativa Nacional en Políticas Sanitarias de Prevención y Lucha frente al consumo excesivo de alcohol*. 2011.
- Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2011). *Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N°26657*. Buenos Aires, Eudeba.
- Netto, J. P. (1999). *La construcción del Proyecto Ético-Político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea* En Borgianni; Guerra y Montaña (orgs.) (2003) *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Cortez Editora. Sao Paulo.
- Pawlowicz, M y otras (2011). *El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas*. Trabajo presentado en el X Congreso Argentino de Antropología Social. Buenos Aires, Noviembre de 2011.

## CAPÍTULO 7

### Tramando Barrio: Una experiencia donde el territorio se hace presente en la política pública

*Soledad Grizia. Cynthia Ramacciotti. Claudia Saavedra*

*Cuanto más hilos se trenzan, más hermoso es el diseño,  
reflejando los colores que pintan el universo.  
La belleza de la trama le viene de lo complejo.  
Requiere mucha paciencia hacer un tejido nuevo.  
Hay que ponerle coraje, bordar gozo y sufrimiento,  
con la fuerza de tus manos, los latidos de tu pecho.  
Hay que inaugurar talleres donde viva lo diverso,  
refugios de la esperanza, lugares de nacimiento,  
donde nadie quede afuera de la fiesta y del encuentro.  
Remendemos los desgarros que nos va dejando el tiempo.  
Es hora de ir anudando y juntarse en el intento  
desatando aquellos nudos que nos fueron sometiendo.  
No hay tarea más urgente, que tejer junto a mi pueblo  
las redes de la justicia que nos vayan sosteniendo,  
hilvanando la utopía con los hilos de sus sueños.*

HUMBERTO PEGORARO

Tramando Barrio es un programa que pertenece a la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Surge hacia mediados del año 2014 como una propuesta para la construcción de abordajes frente al consumo problemático de sustancias en escenarios barriales y comunitarios. Si bien se inicia en el marco de la temática del consumo problemático de sustancias, se constituye como una herramienta de acompañamiento para el desarrollo y la iniciación de experiencias en el marco más amplio de la salud mental comunitaria. Se piensa en una doble perspectiva: por un lado la implementación de dispositivos con el objetivo de llegar con el recurso institucional a aquellas personas que no se acercan espontáneamente a los centros y por el otro incorporar la perspectiva comunitaria en las estrategias de abordaje.

Este programa se construye a partir de las experiencias territoriales de un grupo de trabajadoras del estado que desde distintos ámbitos de pertenencia nos fuimos encontrando y compartiendo escenarios, debates e inquietudes que nos llevaron a confluir en un interrogante común, que se hizo más presente aun, con la implementación de las nuevas

legislaciones :¿Cuál debe ser el rol del trabajador en el marco de la recuperación del estado como instrumento de restitución de derechos?.

## **Breve Recorrido Histórico: De la Fundación de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones al surgimiento del Programa**

La Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (en adelante SADA) cuenta en la actualidad con una red compuesta por 237 servicios (Centros Provinciales de Atención y centros de internación) distribuidos en las regiones sanitarias de la provincia, sumándose a éstos los Programas que integran la Dirección Provincial de Prevención a las Adicciones dentro de la cual se encuentra el Programa Tramando Barrio.

Esta institución nace en el año 1993 como Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Se crea en un momento histórico-político particular, en pleno desarrollo del neoliberalismo, con una impronta acorde al momento y desde un paradigma que ubica a la sustancia como central y al paciente en su doble rol de enfermo-delincuente. La ley 23737 de Tráfico y Tenencia de Estupefacientes, sancionada en el año 1989 es clara en este sentido, en su artículo 17 dice: *“En el caso del artículo 14, segundo párrafo si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación. Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurrido dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última.”* (ver también artículos 14, 16, 18, 19, 20, 21 y 22).

Los profesionales recibían a las personas que consumían drogas mediante oficio del juzgado en el marco del cumplimiento de una medida educativa o curativa supeditando el tratamiento terapéutico al cumplimiento de una sanción. El paradigma tutelar cuyo supuesto básico es la peligrosidad caló hondo en las prácticas y las lógicas institucionales que imperaron en la SADA.

Luego de nueve años la Secretaría devino en Subsecretaría pasando por diferentes dependencias como el Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social de la provincia, para volver nuevamente al ámbito del Ministerio de Salud donde se encuentra en la actualidad.

Si bien esos vaivenes estuvieron vinculados a los cambios de gestión no puede dejar de mencionarse que la Salud Mental y las Adicciones son temáticas que el propio sistema ha intentado expulsar de su órbita, porque, entre muchas otras cosas, su presencia interpela a los actores sanitarios a revisar el concepto de salud que atraviesa las prácticas cotidianas. A partir de allí se abren los interrogantes acerca de dónde ubicar y cómo abordar esta problemática.

En lo que hace al recorrido histórico se puede afirmar que los principios de salud que rigieron la primera década institucional, fueron los definidos por la Organización Mundial de la Salud donde era preponderante la idea de adaptación. La intervención profesional se realizaba ubicando al “paciente” como enfermo y a la “rehabilitación” como un proceso regido por pautas que debían cumplirse para ser promocionado a fases más avanzadas en el tratamiento. Para ello había que despojarse de ciertos rasgos singulares que incluían la forma de vestirse y de hablar entre otros. El objetivo era llegar a ser un “ciudadano responsable”, Logrado ésto, el paciente podía obtener el alta.

A medida que fueron pasando los años la mirada de la problemática fue cambiando y hoy con las leyes que dan encuadre a la práctica, podemos decir que estamos transitando el cambio de paradigma no sin contradicciones ni resistencias pero empezando a considerar que hay que pensarse como parte de estos cambios.

Las discusiones en torno al concepto de salud no sólo son otras, sino que existen debates en cuanto al tema, que antes no estaban presentes. Debates que pueden situar su origen en diversos hechos históricos que transitamos como trabajadores en la SADA.

Un punto de inflexión puede situarse a fines del año 2001, etapa que marcó un momento de crisis profunda como consecuencia de las políticas de los años 90`. En la Subsecretaría los rumores de cierre, el desguace y la incertidumbre guardaban absoluta consonancia con la realidad nacional. A partir de allí, los trabajadores nos visibilizamos por primera vez como tales. Nos encontramos y nos reconocimos como compañeros. Parafraseando a Ferrara se trató del primer gesto de salud: decidimos organizarnos para cambiar las condiciones que limitaban nuestro desarrollo. Hasta ese momento habíamos caído en lo que podríamos llamar una adaptación alienante, aceptábamos, hacíamos y nunca cuestionábamos o poníamos en discusión aquello que provenía del quehacer institucional (Ferrara Floreal, 2010). Esto constituyó el primer cambio significativo, no sólo empezamos a organizarnos gremialmente, también entendimos que los trabajadores estábamos en condiciones de discutir y ponerle contenido a la política pública. Visto a la distancia resulta muy significativo que el proceso mediante el cual redefinimos los vínculos entre nosotros y caminamos juntos con un objetivo claro, impactó en la práctica y también en nuestra identidad como colectivo. Débora Ferrandini señala *“(...) la herramienta más importante en el abordaje de problemas complejos, es la recreación de los vínculos entre nosotros; generar vínculos capaces de operar sobre los problemas, aumentar la autonomía, y transmitir afecto. Vínculos que creen amor por la vida, que es esencialmente un logro colectivo. Transformar nuestros vínculos nos constituye en sujetos de cambio, capaces de estirar el límite de lo posible ¿No es eso la salud?”*

Otro momento importante, fue en el año 2004, cuando se realizó la Jornada “La Salud ¿En qué Estado?” organizada desde la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) junto a algunos movimientos sociales (FTV, Barrios de Pie). El objetivo fue debatir acerca del rol del Estado en las políticas públicas de salud, haciendo foco en la problemática de adicciones. Estos intercambios fueron visibilizando lógicas estructurales de las instituciones, nacidas en un



período histórico donde los dispositivos públicos para atender dicha problemática, estaban centrados en el paradigma abstencionista-prohibicionista.

Como marca histórica también se puede mencionar el año 2009. En el contexto de nuevos conflictos institucionales que derivaron en una serie de medidas de lucha: asambleas, movilizaciones y el estado de alerta ante la amenaza de cierre de varios centros se planteó la necesidad de superar la posición meramente reivindicativa que nos llevaba a discutir solamente salario y condiciones de trabajo, para pasar a una instancia más propositiva. Estas jornadas de lucha gremial culminaron con un encuentro de trabajadores para pensar qué aporte desde nuestros conocimientos y experiencias podíamos hacer a la política pública. Dejar de padecer las decisiones de política institucional para empezar a pensarnos como actores partícipes de la misma. Allí surge algo bien interesante como propuesta, que es sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores, capitalizarlas como conocimiento, intercambiar entre nosotros para aportar a la política pública. Convocarse y multiplicar aquellas experiencias que ya transitábamos parte de los trabajadores en distintos barrios en espacios colectivos: mesas barriales, técnicas, interbarriales en las cuales los conceptos de interdisciplina, intersectorialidad y corresponsabilidad empezaban a tomar mayor fuerza en el abordaje de problemáticas particulares.

En el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sumándose a un cuerpo legislativo de promoción y protección de los derechos humanos, que nos desafió a pensar el lugar clave que tiene la comunidad para abordar la salud mental y el consumo problemático de sustancias.

Esta norma junto a la ley Provincial de Adhesión N°14.580, vino a reglamentar el cambio de paradigma en el tema de las adicciones, y a ubicar al Estado ya no desde la lógica tutelar sino como garante de derechos, implementando para esto políticas reparatorias y restitutivas. Este momento ubica un antes y un después en las prácticas comunitarias de quienes veníamos llevando adelante una propuesta desde el margen o apelando a otras leyes como la Ley de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes para fundamentar nuestra tarea. La ley 26657 pasaba a legitimar dichas prácticas desde nuestra identidad institucional, lo que en un tiempo anterior aparecía como un acto de resistencia y disputa en el campo de las prácticas desde los márgenes institucionales, pasó a constituirse en un modelo a adoptar y a replicar.

## **La Ley Nacional de Salud Mental y el Cambio de Paradigma**

El cambio de paradigma impacta hacia adentro y hacia afuera de la Subsecretaría, interpelando los conceptos y las prácticas aprendidas y poniendo en crisis la centralidad del modelo. El eje ya no estaba en la sustancia sino en el sujeto, ya no la institución en el centro, sino la comunidad con la institución.

Podemos decir que la Misión y Visión que la institución plantea hoy y luego del proceso transcurrido se puede expresar de la siguiente manera:

*“El problema de las adicciones y del uso problemático de sustancias constituye una entidad compleja donde participan aspectos sociales, culturales, históricos, políticos, entre otros, que la ha hecho de difícil abordaje requiriendo para ello distintos conocimientos, saberes y prácticas.*

*Las políticas sanitarias llevadas adelante por la actual gestión, plantean recuperar la problemática de las adicciones como problema de salud y define como meta a cumplir, en el marco del Plan Quinquenal, el fortalecimiento del sistema de salud a partir de la inclusión de la Atención Primaria de la Salud como eje estratégico de respuesta.*

*En este sentido se ha definido como Misión, el establecer una política pública para prevenir y disminuir la incidencia del uso problemático de sustancias y el daño provocado por las mismas; y como Visión: que las adicciones, y el uso problemático de sustancias, también son un problema de salud y su estrategia de abordaje esté enmarcada en los principios de la APS<sup>77</sup>”*

Este planteo es acorde a la legislación que nos encuadra y propone líneas de política pública en sintonía con el camino que se inició en la provincia con la Ley N° 13298, que promueve el reemplazo de un estado de control situado en y desde el Patronato para pensar al niño/a/adolescente como un sujeto de derechos y un estado que debe garantizarlos y restituirlos en caso de no haber estado presentes. Se da lugar así a la conformación de un corpus legal de leyes reparadora :Ley N°26150 Programa Nacional de ESI, Ley N°25673 Programa de Salud Sexual Reproductiva y Procreación Responsable, Ley N°26743 Identidad de género, entre otras.

En la SADA todo el proceso que nos fuimos dando hacia el interior de la institución, fue confluyendo en una serie de preguntas que conformaron un punto de partida en la posibilidad de sistematizar la práctica y de repensarla con otros trabajadores de manera colectiva.

Tramando barrio constituye una síntesis de estas experiencias en el marco de una política de estado.

## **El camino recorrido, algunas respuestas y muchas preguntas por delante**

El recorrido realizado por el programa se inicia a mediados de 2014 en Junín con el dictado de un curso que derivó luego en un acompañamiento a equipos que iniciaron experiencias en dos barrios fuertemente estigmatizados. Estigmas que hacían obstáculo a la hora de pensar en una propuesta de abordaje. Pasar de realizar un curso al armado de un

---

<sup>77</sup> Fernandez Carral S. Comp. (2015) Salud Mental y Adicciones: Un nuevo rumbo. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

programa significó diversificar la propuesta para que pueda adaptarse a las necesidades de otros equipos y lugares.

Este programa nos permitió recorrer la provincia, encontrarnos con compañeros que venían transitando múltiples experiencias de trabajo en distintos lugares y con diversas realidades y complejidades. En el caso de Junín, la demanda vino de una multiplicidad de instituciones, organizaciones barriales, eclesiales, y ONG entre otras, interesadas en instrumentar y construir herramientas para abordar la problemática del consumo. El desafío fue poner en debate qué significa pensar estos abordajes en el marco de los principios que proponen las nuevas legislaciones, especialmente la Ley Nacional de Salud Mental, e incorporar los marcos teóricos que, en muchos casos, confrontaban con la formación y un sentido común muy arraigado en las prácticas institucionales, profesionales y sociales.

Así, trabajamos con equipos de las localidades de Junín, Tres Arroyos, Bahía Blanca, Tornquist, Luján, General Lamadrid, Dolores, Rauch, Pigüe, Villarino, Chascomús, San Isidro, Tandil, La Cárcova, Mar del Plata, Pedro Luro, Chapadmalal, Pila, La Plata, convocados desde los municipios y otras organizaciones sociales, políticas, barriales e instituciones del estado, además de los equipos propios de la Red de SADA. En algunos lugares se presentó el programa con sus lineamientos generales, en otros se trabajó con jornadas extensas que permitieron armar redes entre los participantes. En otras localidades se realizó un trabajo de acompañamiento de experiencias que se venían desarrollando y otras que se iniciaban. Cada lugar, de acuerdo a sus características y posibilidades realizaban distintos pedidos que pudimos ir trabajando por la posibilidad de ir modificando, ampliando la propuesta en función de los aprendizajes que se iban produciendo en el desarrollo mismo del programa. Pudimos visualizar la necesidad que nuestros compañeros del interior plantean de referenciarse en políticas que visibilicen y contengan lo que se viene desarrollando en lugares alejados de la sede. Vislumbrar la riqueza y la necesidad de reconocernos como parte de un espacio amplio y complejo que durante largo tiempo ha funcionado de modo fragmentado, perdiéndose la posibilidad de sistematizar y articular lo realizado.

Recuperar el conocimiento de los trabajadores, capitalizar los saberes y animarse a traducirlos en líneas de política pública, constituyó nuestro punto de partida pero también la estrategia fundamental que permitió correrlos de apelar permanentemente a la palabra del especialista para implicarnos y reconocernos en nuestra tarea. Entendemos que el conocimiento de los expertos, en todo caso, debe ponerse a jugar en el marco de la construcción de un saber colectivo. Esto permitió no solo que los trabajadores pudieran hablar y compartir lo que hacen, sino pensar y elucidar lo que se hace y cómo se hace, qué recuperar y qué modificar de las propias prácticas. Trabajar sobre los estigmas propios en relación a la juventud y a los adultos. Pensar en cuales son los obstáculos que se nos presentan a la hora de dialogar y articular no solo con otras disciplinas si no con otros actores que no pertenecen a una institución o a un equipo técnico. Las redes, la interdisciplina, la intersectorialidad, la salud mental comunitaria, la perspectiva comunitaria, son todas palabras y principios que deben pensarse y revisarse en el marco de las experiencias y en los escenarios donde éstas se desarrollan. La complejidad está allí, en el lugar donde las personas viven, donde la

respuesta híper especializada, individualizada y fuertemente recortada por la centralidad institucional, deja de tener impacto y sentido en un paradigma que plantea a un sujeto capaz de tomar sus propias decisiones. ¿Quién es ese otro? ¿Cómo pienso en el escenario donde el otro habita? ¿Qué quiere decir que el territorio no es el barrio si no los múltiples territorios que habitamos con sus circuitos y sus relaciones de poder y que nuestra institución también puede ser pensada como un territorio? ¿Qué quiere decir, que el barrio y la comunidad son un efecto del lazo social y no un a priori conceptual?

Es en este punto donde la discusión sobre la desmanicomialización y los dispositivos de externación deben dar lugar al debate por los abordajes en y con la comunidad. Para que los manicomios pierdan sentido, tienen que producirse nuevos sentidos sobre nuestras concepciones de salud y sobre las propuestas de abordaje. Es así que Floreal Ferrara constituye un referente ineludible cuando define la salud como la capacidad de lucha, de transitar un conflicto. En este punto se ponen en tensión los dispositivos conocidos, surgiendo formas diferentes, creativas de concebir nuestras propias herramientas. La perspectiva comunitaria implica de algún modo dejar de pensar las estrategias de intervención desde el centro y empezar a pensarlas con los otros y desde los bordes. La discusión por el adentro y el afuera se constituyó en un eje central en los encuentros de trabajo. El tramado no constituye un a priori conceptual si no que es, debe ser, un efecto de las acciones, de las intervenciones. Son las redes, los circuitos que reterritorializan y proponen alternativas los que deben hacerse un lugar allí donde impera lo conocido, lo fragmentado, lo encajado. Dario Sztajnszrajber (filósofo del que hemos recuperado varias ideas) abre un camino para reflexionar sobre este tema. Dice este filósofo que: *"Tal vez, el único momento de libertad se juegue en los pasillos; esos momentos de tránsito donde por un instante nos damos cuenta de las infinitas habitaciones con sus infinitos órdenes. Los pasillos son espacios de libertad, cambio incesante. No podemos detenernos. Nos empujan siempre de una habitación a otra. No podemos habitarlos. Son un "entre". Y un entre nunca permanece pero nos libera..."*

*Transitar los pasillos es siempre subvertir la relación entre un yo y otro. Es evidenciar que siempre que nos relacionamos con el otro, lo comprendemos a nuestra imagen y semejanza, y que por ello al abordarlo lo aniquilamos.*

*Transitar los pasillos es hacer explotar toda frontera entre el yo y el otro. ¿Pero quién es el otro?*

*El otro es el que me excede, el que me desborda, el que me exige a salirme de mi mismo, el que me desafía con su diferencia. El otro me ensucia, me contamina, me mezcla, destruye mi pretensión de pureza, me degrada y por eso me humaniza. El otro golpea la puerta de mi casa y me solicita. Me exige apertura. Me desencaja.*

*¿Estamos dispuestos a abrirle la puerta a ese extraño extranjero para transformarnos o nos es más fácil negarnos y permanecer en lo que somos?<sup>78</sup>*

Entonces, volviendo a nuestro suelo, cómo construir una herramienta que representara ese entre y que permitiera al trabajador hacerse un lugar allí? Cómo construir el cuerpo teórico que nos represente?. Un cuerpo teórico que interpelado desde la práctica se constituya en una

---

<sup>78</sup> Sztajnszrajber Darío (2014). Pasillos. C.D. Desencajados: Filosofía + Música.

herramienta para pensar estrategias con la complejidad que conlleva la problemática del consumo desde una perspectiva comunitaria y con un enfoque de derechos?

Los contenidos del programa se fueron definiendo a partir de recuperar aquellas discusiones e intercambios suscitados en la práctica, pero también en la deconstrucción necesaria que implicaba ponerlos a jugar en distintos espacios que los interpelaban desde las miradas y singularidades propias de las realidades locales.



1-Segundo encuentro en la Localidad de Tres Arroyos, 4 de noviembre de 2014.

## Un marco teórico en construcción

El marco teórico que construimos incluye distintos conceptos que fuimos recuperando y revisando a lo largo de este tiempo y que entendemos, son claves a la hora de pensar las problemáticas con las que nos enfrentamos.

La posibilidad de realizar nuevas síntesis, fue posible por la reformulación de la propuesta en función de lo que iba surgiendo en el transcurso del programa y en el marco de aquellas nociones que retornaban en el trabajo cotidiano, donde la práctica discutía la teoría, una y otra vez.

En los sucesivos encuentros aparecía reiteradamente y en distintas situaciones la confusión entre Estado y Gobierno. Entonces se hizo necesario poner a discutir de qué Estado hablamos ¿Cómo lo estamos pensando? Para ello, resultaron claves los aportes de Carlos Vilas quien plantea que lejos de constituir un todo armónico y homogéneo, el Estado se presenta conformado por diferentes instancias que tienen una relación de conflicto y disputa, entendiendo que los

diferentes actores con distintos niveles de responsabilidad que formamos parte del mismo, tenemos incidencia en su configuración y función. En el caso de quienes no se encuentran en estructuras de poder ni en niveles de gestión, la incidencia se produce desde las prácticas sociales y la producción de identidades. (Vilas Carlos, 2010). Esta idea recorta un rol del trabajador que tiene un lugar y un rol posible en la política pública y que nos permitió discutir con otros trabajadores las responsabilidades y las posibilidades que se abrían cuando nos posicionábamos desde ese lugar.

Otra definición a revisar fue la de salud. En el transcurso de los encuentros se daban por sentados algunos conceptos que luego al ponerse en discusión veíamos que no estaban siendo pensados desde los nuevos principios. La problemática de las adicciones y la disputa por enmarcarla en el campo de la salud requería especial cuidado a la hora de pensar de qué salud estábamos hablando, porque la problemática del consumo aparecía fácilmente asociada a la noción de enfermedad, cobrando relevancia la noción de prevención pero pensada también desde estas concepciones. Floreal Ferrara aparecía como una referencia ineludible ya que plantea a la salud como la posibilidad de atravesar conflictos, la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida, en contraposición a la idea de adaptarse a las circunstancias que el entorno presenta. (Ferrara Floreal, 2005). Se desprende de allí una mirada del sujeto desde un lugar activo, un sujeto de derechos, donde la enfermedad entendida y recortada desde el modelo médico hegemónico, cobra un lugar secundario.

La salud mental, la entendemos tal como la propone la Ley Nacional de Salud Mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Es a partir de estas dos nociones que debatimos el modo de abordar la problemática de adicciones y lo fuimos haciendo desde el modelo de consumo problemático en el cual el sujeto cobra el lugar central, pasando la sustancia a un lugar secundario y donde el tratamiento se orienta a reconstruir el lazo social, las redes de contención y la salud colectiva. En cada uno de los encuentros nos propusimos situar el consumo de sustancias en el marco más general de la cultura de consumo, tomando como referencia los aportes de Alicia Stolkiner.<sup>79</sup>

Estas nociones dieron lugar a una pregunta que transversalizó los encuentros del programa: ¿De qué hablamos cuando hablamos de un modelo de salud comunitaria? Históricamente lo comunitario ha cobrado distintos sentidos, siendo entendido generalmente como aquello que sucede por fuera de las paredes institucionales. Sin embargo, la perspectiva comunitaria se constituye en toda su complejidad, según propone Jordi Foix Robert<sup>80</sup>, como una práctica consciente que refleja una serie de interacciones entre las diferentes redes sociales, formales e informales, que constituyen la vida en un barrio o un pueblo determinado. Esto implica pensar lo comunitario, ya no como un espacio geográfico,

---

<sup>79</sup> Alicia Stolkiner. El enfoque de los consumos desde la psicología. <https://www.youtube.com/watch?v=nFTWk4iJAoA>

<sup>80</sup> Jordi Foix Robert. Inserción, Salud Mental Comunitaria y Complejidad. Reflexiones de una experiencia (2004)

físico, sino como un modo de hacer, entendiendo que las instituciones están inmersas y participan de la realidad comunitaria y de su complejidad.

Claudia Bang<sup>81</sup> explica que el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos. Requiere la apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, incluyendo lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de dichos padecimientos, orientándose hacia un abordaje complejo e integral y siendo la protección de derechos una estrategia fundamental.

La noción de territorio cobra relevancia en este punto porque implica incorporar la mirada territorial en las estrategias de abordaje. ¿Qué quiere decir esto? El territorio lo pensamos en términos de circuitos, incorporando la dimensión de complejidad y conflicto y entendiéndolo como espacios que se ocupan y disputan distintos actores sociales. Una esquina, una plaza, el centro de salud, incluso el mismo espacio en diferentes horas, pueden constituirse en territorios distintos. Deslocalizar el territorio de una geografía puntual, del barrio, “del afuera institucional”, abrió la posibilidad de empezar a visualizar también las instituciones como territorios. Esto permitió que aquello que se definía como “lo comunitario” diera lugar a “la perspectiva comunitaria” que más que de un lugar geográfico habla de un posicionamiento en el modo de pensar los abordajes, incorporando también la noción de territorio, la mirada territorial como aquella categoría que incluye la dimensión del poder y la identidad.

Los principios del Modelo de Salud Mental Comunitaria: la interdisciplina y la intersectorialidad tienen un punto de enlace en una epistemología de la complejidad.

Según Alicia Stolkiner la interdisciplina nace de la irreductible indisciplina de los problemas que enfrentamos (Stolkiner Alicia, 1987). Requiere adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y heterogeneidad y sobre todo, el reconocimiento de la incompletud de nuestros saberes, a partir de entender la complejidad de los problemas.

La intersectorialidad implica el trabajo en red, posible a partir de la identificación de problemas concretos y de la definición común de problemas. Mario Rovere es el autor en el que nos referenciamos para profundizar el concepto de Red. Este autor plantea que las redes son de personas, cuyos vínculos y la circulación entre ellas produce transformaciones. «Redes para, implica pensarlas como medio. Son nómades porque, suponen un desplazamiento en el espacio y en el tiempo en función de sus objetivos».<sup>82</sup>

Ya las respuestas hiper- especializadas no alcanzan y hay que pensar en términos de respuestas integrales. Esto implica articular con otros actores y sectores diferentes y también requiere pensar dispositivos que a modo de puente entre las necesidades y los recursos, tengan la posibilidad de adecuarse a las singularidades y las complejidades que el territorio presenta. La idea de reterritorializar se constituye como la posibilidad de construir circuitos alternativos a los que ponen en riesgo a las personas, entendiendo que la noción de territorio no coincide con la de barrio lo que posibilita una nueva mirada sobre las instituciones que pueden ser pensadas también en clave territorial.

---

<sup>81</sup> Bang Claudia. (2013) Estrategias comunitarias en (promoción de) Salud Mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Artículo publicado en REVISTA TOPIA nro. 69.

<sup>82</sup> Rovere Mario (2002). Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. Ed. El Agora

## **Tramando Barrio. Junín, provincia de Buenos Aires**

### **Breve relato de la Experiencia**

*Me gusto recorrer los barrios, ya que nunca hice algo así, el hablar y estar con tantos chicos y su Familia y el ver la alegría que tenían cuando nos Veían en la semana que andábamos folleteando... El estar en contacto con los chicos es para que ellos sepan que pueden proponernos algo que quieran hacer con la ayuda de nosotras... También me pone feliz cuando me reconocen en la calle o en otro lugar...*

ROSA NEGRETE

Este breve relato que compartimos es el recorrido realizado con el programa en la ciudad de Junín provincia de Buenos Aires, contado por sus protagonistas y publicado en el primer boletín del programa.<sup>83</sup>

Esta experiencia se enmarca en un proceso de trabajo en dos barrios de Junín iniciado a partir del curso realizado con el programa Tramando Barrio y que actualmente continúa en etapa de acompañamiento. La demanda de implementación del programa en nuestra ciudad se realiza a partir de una serie de hechos sumamente conflictivos que cobraron gran relieve mediático en torno a problemáticas asociadas con el consumo de sustancias en la juventud. Esto generó la necesidad de abordar el asunto e intentar encontrar soluciones, buscando antes que nada, el origen del conflicto. Pertenece a una ONG que se llama “Pensar Junin” integrada por personas que trabajan en diversos ámbitos como organizaciones sociales, barriales y otras, con la inquietud y el objetivo de realizar un trabajo que facilite la inclusión social. Entre junio y noviembre de 2014 los integrantes de la ONG así como otros actores sociales e institucionales invitados, fuimos trabajando con el Programa distintas herramientas teórico- prácticas a fin de crear estrategias de abordaje desde el lugar de trabajo de cada integrante. En 2015 decidimos llevar a la práctica esas estrategias. Para ello contamos con el aporte de Rocío Giaccone (diputada provincial) quien gestionó los recursos humanos y materiales para implementar territorialmente el programa. A partir de allí pudimos crear los equipos que hoy continúan trabajando.

A mediados de 2014 comenzaron los encuentros de formación que darían nacimiento a la experiencia que iniciamos hacia 2015 en territorio. Se gestionaron recursos para un trabajo de cuatro meses que llevarían adelante seis compañeras. Para poner en práctica lo aprendido y comenzar la inserción territorial se dio inicio al acompañamiento de experiencias. Trabajamos

---

<sup>83</sup> Boletín Tramando Encuentros Nro. 1 (2015). Programa Tramando Barrio. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires



en un primer encuentro los siguientes ejes: recorte de la problemática, objetivos, plazos de trabajo y población destinataria.

Decidimos planificar el trabajo en etapas. La primera consistió en la elección de los barrios en los que se empezaría a desarrollar la propuesta, la conformación de los equipos y los objetivos con los que iríamos al territorio. La selección de los barrios tuvo que ver con el nivel de problemática en torno a la violencia juvenil, violencia que se ligaba desde un sentido común muy instalado, al consumo problemático de sustancias. Los barrios elegidos fueron Capilla de Loreto y FONAVI con sus aéreas circundantes. Cada equipo de trabajo contó con tres integrantes, quienes realizaron el curso en 2014. Para Capilla de Loreto fueron elegidas Rosa Negrette, Elida Toledo y Daiana Linares. En FONAVI se desempeñan Carmen Farías, Jorgelinalllescas y Marta González. Por otra parte existe un equipo coordinador integrado por Lucia Astudillo, Marisol Rachid (ambas psicólogas) y Lucas Pettinaroli.

La segunda etapa estaría abocada a la recolección de los datos en función de los objetivos que nos habíamos propuesto, para lo cual organizamos una serie de visitas a instituciones barriales (sociedades de fomento, clubes de fútbol, escuelas, salas de atención primaria de la salud, etc). Allí además de presentarnos, aprovechamos el conocimiento de la realidad local que los distintos actores sociales nos ofrecieron, a fin de confirmar o reorientar nuestra estrategia. De estas visitas, el dato más interesante que pudimos recabar fue la preocupación generalizada respecto de la situación de la juventud, fundamentalmente del futuro de los niños y preadolescentes, coincidencias que nos sorprendieron. Cómo entonces armar una propuesta que estuviera vinculada a la salud?

Las primeras actividades fueron la organización de una jornada de mate y grafiti en el barrio Capilla de Loreto y la realización de una encuesta en el barrio Fonavi. Ambas estuvieron orientadas a referenciar a los equipos y conocer el lugar donde viven los jóvenes con los que nos proponíamos trabajar. Se hace necesario diferenciar estas primeras experiencias ya que en el caso de Capilla de Loreto las integrantes del equipo tenían trabajo previo, no así en el barrio Fonavi. También es importante destacar que Fonavi es uno de los barrios más estigmatizados de la ciudad de Junín.

En las jornadas de mate y grafiti se trabajó el tema de la salud y el consumo problemático de sustancias con recursos expresivos, a la vez se colocó un buzón para que los chicos dejaran en un mensaje escrito lo que les gustaba hacer. En uno de los grafiti se leía “el fútbol es salud” y en los intereses recogidos a partir del buzón aparecía nuevamente el futbol como lo que despertaba mayor interés. Con estos emergentes decidimos organizar un torneo en el barrio Fonavi y luego en Capilla de Loreto. Estas actividades tuvieron una repercusión que excedió nuestras expectativas, ya que se acercaron personas de las instituciones del barrio, además de jóvenes referenciados en distintos equipos y sus familias. Esto dio pie a que se continuaran las actividades vinculadas al futbol incorporando nuevas personas a su organización, lo que nos permitió empezar a visualizar actores para pensar futuras redes de trabajo.

Una vez implementadas las primeras actividades surge la etapa del fortalecimiento del vínculo con los grupos seleccionados. Esta sucesión de jornadas permitió crear un lazo

amigable con los chicos, conocer sus intereses, sus prácticas, gustos y afinidades, pero además nos permitió establecer poco a poco una conexión con su realidad social, cultural y educativa. Consideramos clave el rol que juega el entorno en el que se desarrollan los jóvenes, entorno que no necesariamente tiene que ver con el consumo, pero sí puede generar las condiciones para que éste se torne problemático.

Del proceso detallado tenemos como principal expectativa el armado de las redes barriales. Uno de nuestros principales objetivos fue la consolidación de una red (siguiendo las etapas antes señaladas) que perdurara más allá de nuestra permanencia en el barrio. Buscamos que sean los mismos vecinos y sus representantes barriales, en principio acompañados por nosotros, los que sean capaces de articular y mantener este mecanismo de trabajo destinado a intervenir en la realidad de los chicos, utilizando las herramientas con las que cuentan sus instituciones. En definitiva, son ellas las que se mantendrán vivas más allá de los nombres de quienes las integren.

No sin dificultades, pudimos concretar las etapas planificadas, en cuanto a objetivos y plazos propuestos. El planteamiento de los objetivos como los plazos conllevó un arduo trabajo previo. Somos plenamente conscientes que no hemos podido llegar a toda la población que nos hubiese gustado, y seguramente quedan muchos aspectos por mejorar, pero terminamos este ciclo con la firme convicción de que es solo la tarea, las diferentes propuestas llevadas a cabo en el lugar, en los barrios donde los jóvenes habitan, la que propicia los encuentros y las intervenciones posibles. Entendemos que es desde este lugar que se puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas y es la inclusión social la que conduce a nuestros jóvenes a las prácticas que creemos son mejores para su salud y que les ofrecen alternativas a los circuitos que los ponen en riesgo.



2. Folleto del Programa Tramando Barrio en Junín 2015.

## Algunas reflexiones

*Con qué voces canta el río  
hermano de los de abajo  
tal vez canta con las voces  
de aquellos que no olvidamos*

*El río peca por terco  
más no por desmemoriado*

*(“Las voces del río”: TERESA PARODI. Cantautora Argentina)*

Lo recorrido nos ha ido llevando por diferentes espacios y escenarios: barriales, institucionales, eclesiales, sindicales, mesas intersectoriales, de promotores de salud, de cooperativistas, universidades concluyendo con el Seminario que mencionamos al inicio de este texto. Estos intercambios tan debidos, tan necesarios son propiciados por la Ley Nacional de Salud Mental, que democratiza la producción del conocimiento y pone a dialogar diferentes actores y sectores que transitan experiencias vinculadas a la Salud Mental. A lo largo de este intenso recorrido, nos dimos cita trabajadores del Estado, estudiantes de diferentes carreras, profesionales de Trabajo Social, Psicología, Medicina, Antropología, Derecho, Sociología, Acompañantes Terapéuticos. Trabajadores de Justicia, Niñez, Educación, Primer Nivel de Atención, residencias de diferentes servicios y hospitales, referentes barriales, de clubes de fútbol y sociedades de fomento, representantes de organizaciones barriales y movimientos sociales.

Nos sentimos muy satisfechas con todo lo hecho. Es necesario reconocer la voluntad política de echar a andar una propuesta de este tipo que nunca es sin debates, conflictos, confluencias y diferencias. También agradecer la participación, el compromiso, las devoluciones, los aprendizajes, los deseos de seguirnos encontrando y no perder la red que es el espacio de resistencia, producción de salud y de abordajes, que sostiene y nos sostienen en la búsqueda de hacer realidad una salud comunitaria.

En un momento histórico donde retornan los discursos que imperaron en la década de los 90', quisiéramos compartir algunas preguntas que vuelven a poner en escena una discusión que no es nueva. ¿Es posible la implementación de una ley que define la salud mental en clave de derechos en un sistema donde impere la ley de mercado? Si el Estado es la herramienta con la que cuentan las mayorías para equilibrar las desigualdades y construir equidad ¿Puede convivir la plena implementación de la ley con un modelo de libre mercado que socaba y debilita las estructuras estatales?. Pensar, no solo las personas con las que trabajamos, sino concebirnos a nosotros mismos como sujetos de derecho implicados con nuestra salud, nos convoca a no quedar en una mera contemplación del contexto, sino a involucrarnos y sentirnos protagonistas, en la definición de qué salud mental queremos que no es independiente de en qué sociedad es posible.

Nada más (ni nada menos), trabajamos todo este tiempo cuando situamos el tema del consumo problemático en el marco más general de la cultura de consumo.

## Bibliografía

- Adichie, Ch. (2011): "El peligro de una sola historia" <https://youtu.be/4gH5oB1CMYM>
- Bang, c. (2013) Estrategias comunitarias en (promoción de) Salud Mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Artículo publicado en Revista Topia nro. 69.
- Bang, c. &Stolkiner, A. (2013)(en prensa) aportes sociológicos para pensar la comunidad en prácticas de participación comunitaria en salud. En: XIX Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Blanco Beatriz: "La salud es la solución del conflicto ". Entrevista inédita al Sanitarista Floreal Ferrara. Nota publicada en Página 12 el 19 de abril de 2010.
- Bleichmar, S. (2005) La subjetividad en Riesgo. Ed. Topía. Bs As.
- Bleichmar, S. (2010) Psicoanálisis Extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático. Ed Entre Ideas.
- Boletín Tramando Encuentros Nro. 1 (2015). Programa Tramando Barrio. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: [http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/tramando\\_encuentros.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/tramando_encuentros.pdf)
- Boletín Tramando Encuentros Nro. 2 (2015) Programa Tramando Barrio. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: [http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/tramando\\_encuentros2.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/tramando_encuentros2.pdf)
- Chaves M. Segura Ramiro editores. (2015) Hacerse un lugar: circuitos y trayectorias juveniles en ámbitos urbanos" Estudios en Cultura y Sociedad de la Facultad de Trabajo Social. UNLP.
- Cohen, H. Y Natella, G. (2013 Septiembre) "Cómo demanicomializar". Nota publicada en diario Pagina 12. 12 de septiembre de 2013
- Colegio de Psicólogos de la pcia de Bs As. Distrito xi. (2013) "Las inundaciones en la ciudad de La Plata: la experiencia desde el Colegio de Psicólogos. Entre la catástrofe y la oportunidad de encontrarnos con la Ley de Salud Mental".
- Comisión De Salud. Colegio De Psicólogos Distrito Xi - Comisión De Salud. Colegio De Trabajadores Sociales Distrito X. (2012) "El rol de los Colegios profesionales en la construcción de una política de Salud Mental".
- Czeresnia, D. (2006) El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: ---- Czeresnia, D; Freitas, C. (2006) Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cuadernillo del Programa Tramando Barrio. Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: [http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/docs\\_tb/programa\\_pb.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/docs_tb/programa_pb.pdf)
- Decreto 1089/(2012) Reglamentación Ley Nacional 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Devoto, G. (2013) "ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina" Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social.
- Dutchatzky, S. & Corea, C. Chicos en Banda (2002). Ed. Paidós. Colección Tramas Sociales.
- Dutchatzky, S. Maestros Errantes.(2007) Ed. Paidós. Colección Tramas Sociales.

- Galli F, Grizia S , Ponzinibbio L, Ramacciotti C. (2013). El Espacio de Recreación: Una propuesta de trabajo territorial para la restitución de derechos en la infancia. Artículo Publicado en el capítulo V libro del Congreso Mundial de Salud Mental 2013. Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención. WorldFederationFor Mental Health y Asociación Argentina de Salud Mental [http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/images/Trabajos\\_Seleccionados.pdf](http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/images/Trabajos_Seleccionados.pdf)
- Granda, E (2003, julio) *¿A qué cosa llamamos salud colectiva, hoy?* Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva. Brasilia
- Ley Nacional 23732 (1989) de Tenencia y Trafico de Estupefacientes.
- Ley Provincial 13.298 (2004) de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños.
- Ley Nacional 26.657 (2010) de Salud Mental y Adicciones
- Ley Nacional 26.529 (2012) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Lueiro, I. (2014) "Psicoanalistas a cielo abierto (literalmente)" Trabajo presentado en las Primeras Jornadas de Psicoanálisis en la Patagonia: "Rutas del Psicoanálisis al Sur del Cielo", organizadas por El Otro Sur el 9 y 10 de Mayo de 2014 en Viedma, Río Negro.
- Programa Barrio Adentro. Secretaría de Niñez de la Provincia de Buenos Aires: <http://www.snya.gba.gob.ar/index.php/promocion-y-proteccion-de-derechos/programas/barrio-adentro>
- Risler, J y Ares, P.(2013) Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. 1a ed. Buenos Aires : Tinta Limón
- Márquez Duque, F(2010). Hábitat y planificación urbana. Instrumentos para la planificación del hábitat a la escala del barrio: Ciudades intermedias - Caso Manizales. Trabajo presentado para optar al título de Magíster en Hábitat - Universidad Nacional de Colombia - Sede Manizales. -Facultad de Arquitectura - Maestría en Hábitat
- Montobbio, A. (2013). Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes. Ed. Noveduc. Buenos Aires
- Plan Nacional de Salud Mental (2013). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la República Argentina. Resolución 2177
- Rattagan, M. (2011) "Entre-tenemos: Una experiencia en el conurbano bonaerense". Libro --- "Trabajando en y con grupos-Vínculos y herramientas". Lucila Edelman y Diana Kordon Editorial Paidós
- Rattagan M, Gorbacz L, Dueñas G (2014): La clínica en los límites de la Ley: La Medicalización de las Infancias en el marco de la actual Legislación vigente en nuestro país en materia de Salud Mental y Derechos de las Infancias. publicado en Revista Generaciones: ---Pensar con el psicoanálisis niñ@s, adolescentes. Año III. N° 3 "Exploraciones en los límites". Facultad de Psicología de UBA. Editada por EUDEBA. Bs As.
- Rodríguez Alzueta E (2014): Temor y Control. La gestión de la Inseguridad como forma de gobierno. Introducción. Ed. Futuro anterior.
- Rodriguez, S. &Sisto, S. Comp. (2010). Desarraigos villeros. Ed Odisea 2001

- Róvere, M. - (2002) *Redes Nómades; Algunas Reflexiones desde una Práctica de Intervención Institucional en Wolfberg E. Prevención en Salud Mental; Escenarios Actuales Lugar* Editorial Buenos Aires.
- Saavedra C., Ramacciotti C (2012) "Creando Puentes desde el Territorio: Desafíos de la Atención Primaria de la Salud frente al Consumo Problemático de Sustancias" en las Jornadas Interregionales realizadas en la Universidad Nacional de Lanús y organizadas por la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones en el año 2012. Publicado en: [http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/08\\_Saavedra\\_y\\_Ramacciotti.pdf](http://www.sada.gba.gov.ar/prevencion/08_Saavedra_y_Ramacciotti.pdf)
- Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina.*
- Stolkiner A. Comes, Y. & Garbus, P. (2011) *Alcances y Potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina. Ciencia & Saude Coletiva. 16 (6): 2807-2816.*
- Stolkiner, A. & Ardila Gomez, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las Prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericanas. Vertex. Rev. Arg., Psiquiat. Vol. XXIII: 57-67.*
- Stolkiner A. (2013) *El enfoque de los consumos desde la Psicología* <https://youtube/nfTWk4iJAoA>
- Sztajnszrajber Darío (2014). "Pasillos" del C.D *Desencajados: Filosofía + Música.*
- Ulloa, F. (2007). "La ética del deseo debe balancearse con la ética del compromiso". Publicada en Pagina 12.23 de Abril de 2007. Por Pablo Lipcovich
- Ulloa, f.(2009) "Que la muerte te agarre vivo" Transcripción de la conferencia pronunciada por F. Ulloa en el marco del I Congreso Nacional y II Regional de Psicología de la UNR. Revista Digital Psyberia. Nro 1 Año 1
- Vargas L. Bustillos Graciela (1997): "Técnicas participativas para la Educación Popular". Tomo 11. Editorial Lumen Humanitas. Bs As
- Vilas, C (2007): *Pensar el Estado. Colección Planificación y Políticas Públicas. Serie Estado, Gobierno y Sociedad. Ediciones de la UNLa*
- Vilas, c. (2013). *El poder y la política. El contrapunto entre razón y pasiones. Ed. Biblos. Buenos Aires.*
- Vilas, c. (2014, Septiembre) *¿Qué Estado para un desarrollo con equidad? Un comentario desde la teoría política. Revista Voces en el Fénix. Nro 18, La Sombra del Poder.*

# CAPITULO 8

## Definiciones y estrategias pedagógicas en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca”

*Lic. Francisco Gulino y Lic. Mónica Lacanna*

### Introducción

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” es una propuesta de posgrado para profesionales de medicina, psicología y trabajo social que contempla como ejes transversales de formación los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, el desarrollo de acciones territoriales de inclusión social, el enfoque de derechos y la construcción colectiva del conocimiento. Sus contenidos programáticos se organizan en tres instancias: 1) las prácticas profesionales en el marco de rotaciones obligatorias programadas; 2) las bases curriculares integradas por los bloques interdisciplinarios<sup>84</sup> y los propios de cada especialidad<sup>85</sup>; y 3) los dispositivos de integración teórico-práctica: instructorías, tutorías, ateneos y espacios clínicos compartidos.

Como es sabido uno de los rasgos característicos del sistema de formación de residentes es la *práctica o experiencia* en cuanto eje central de este proceso. Según la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, las residencias configuran “un modelo particular dentro de la formación de posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real. La formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud” (MSAL. DNCH y SO, 2011, pp. 8-9).

---

<sup>84</sup> Salud Mental Comunitaria, Salud Pública, Marcos Normativos y Metodología de la Investigación.

<sup>85</sup> Psiquiatría: Semiología y Clínica Psiquiátrica, Psicofarmacología, Terapéutica, Psicopatología, Intervención Social e Introducción al Psicoanálisis; Psicología: Semiología, Clínica Psiquiátrica, Psicofarmacología, Clínica de los Dispositivos, Dirección de la Cura e Intervención Social; Trabajo Social: Técnicas e instrumentos metodológicos, Psicofarmacología, Introducción al Psicoanálisis, Psicopatología, Trabajo Social y Salud Mental.

Siendo responsables del diseño y ejecución de actividades de formación de residentes en la institución de referencia de este trabajo<sup>86</sup>, identificamos algunos problemas emergentes de sus prácticas profesionales que nos han interpelado sobre nuestras tareas y sus efectos en los destinatarios. Estas inquietudes dispararon algunas alternativas pedagógicas definidas en virtud de su disposición para el despliegue de ciertas habilidades (Sennett, 2010) que permitan a los residentes *resolver* los problemas que enfrentan. A fin de precisar esta cuestión, analizamos planillas de autoevaluación confeccionadas en forma individual y escrita por cada residente al finalizar cada una de sus rotaciones<sup>87</sup>. Este instrumento de autoevaluación permite obtener información sobre la percepción que cada residente tiene en relación a: 1) el nivel de adquisición de las competencias esperadas en función de los objetivos de formación de cada rotación a partir de una escala del 0 al 5; y 2) los “facilitadores” y “obstaculizadores” para la adquisición de esas competencias<sup>88</sup>. Desde la revisión de estas planillas y nuestros propios registros demarcamos el tipo de problemas a los cuales se enfrentan los residentes en sus diversas rotaciones (Servicio de Evaluación, Orientación y Admisión -SEOA-, Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental -SAASM- y Servicio de Internación -SI-) y reconstruimos el modo de abordaje dispuesto desde los espacios formativos.

Si bien cada una de las disciplinas que componen el equipo de la RISaM establece sus coordenadas de intervención (fundamentos, objeto, modos de producir conocimiento y modalidades de abordaje), en este trabajo no haremos referencia a sus particularidades sino al tipo de habilidades transversales que se espera que los residentes desplieguen durante su proceso formativo. En el área específica de la discapacidad psicosocial<sup>89</sup>, la formación de residentes no solo enfrenta los retos derivados de la vigencia de marcos normativos que abogan por el desarrollo de estrategias territoriales de inclusión social basadas en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, sino que también debe replantearse la modalidad de la transmisión de conocimientos y prácticas.

En este contexto nos interrogamos sobre las características que adquiere la capacitación de profesionales de trabajo social, psicología y medicina en la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” y, al reconocer que esta experiencia es cooperativa, comunicativa, afectiva y cognitiva detallamos las diversas estrategias pedagógicas dispuestas en virtud de propiciar habilidades afines.

---

<sup>86</sup> La Lic. Mónica Lacanna es Responsable del Programa de la RISaM de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” desde el año 2011 y el Lic. Francisco Gulino desempeñó la función de instructor de Trabajo Social en esta residencia desde el 2009 hasta el 2015.

<sup>87</sup> Planillas elaboradas por profesionales de Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría sobre sus rotaciones realizadas desde junio del 2014 a mayo del 2015 en el Servicio de Evaluación, Orientación y Admisión, el Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental y el Servicio de Internación de la institución de referencia.

<sup>88</sup> La consigna de autoevaluación para cada objetivo presentada en dos variantes es la siguiente: A) “Puntué en escala del 0-5. Siendo 0 nulo. 1 insatisfactorio. 2 poco satisfactorio. 3 satisfactorio. 4 muy satisfactorio. 5 altamente satisfactorio. ¿En qué medida se ha logrado adquirir estas competencias y habilidades en el transcurso de estos meses? Desarrolle brevemente obstaculizadores y facilitadores” y B) “Puntué en escala del 0-5. Siendo 0 nulo. 1 insatisfactorio. 2 poco satisfactorio. 3 satisfactorio. 4 muy satisfactorio. 5 altamente satisfactorio. Desarrolle brevemente si esto fue posible. Facilitadores y Obstaculizadores”.

<sup>89</sup> A pesar del debate abierto en relación a esta manera de definir el *objeto* de atención del tipo de instituciones como la de referencia de este trabajo (Palacios y Barrifí, 2007), sostenemos esta denominación en cuanto posibilita contemplar la diversidad de situaciones de los usuarios de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca”.



## Precisiones metodológicas

¿Por qué elegimos esos documentos para describir y analizar nuestro tema de trabajo? En primer lugar, porque siendo responsables del diseño, supervisión y evaluación de las instancias de formación destinadas a los residentes cualquier técnica *excepcional* de recolección de información a proponer quedaría sesgada por dicha relación entre “nosotros” y “ellos”. En segundo lugar, porque la confección de dichas planillas la realiza cada residente al finalizar su rotación, es decir, cuando ya “no vuelve” a esas mismas coordenadas relacionales y temporo-espaciales. Su elaboración *a posteriori* y en forma individual y escrita, ofrece la posibilidad de evadir tanto actitudes de reserva ante compañeros e inhibiciones frente a posibles represalias como efectos de la mutua influencia.

En el presente trabajo utilizamos como información las apreciaciones realizadas sobre “facilitadores” y “obstaculizadores” solicitadas en relación a cada eje-objetivo. Descartamos sus puntuaciones según la escala valorativa propuesta porque consideramos que los contenidos incluidos en ese par de opuestos posibilitan precisar los problemas que enfrentan y sus condiciones de emergencia y de posible resolución.

Desde esta muestra de información definida en términos teóricos (Becker, 2014) y de la revisión de las estrategias pedagógicas efectuadas por el equipo docente de la RISaM de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca”, identificamos qué tipo de problemas enfrentan los residentes al diseñar e implementar intervenciones en situaciones de discapacidad psicosocial y, por ende, qué habilidades les imponen desarrollar a fin de abordarlos. En virtud de esbozar una aproximación a estas cuestiones, siendo la demarcación de contrariedades un ejercicio apropiado en tanto y en cuanto remita a una intervención inmanente (Scavino, 1999), reponemos algunos problemas emergentes de las tareas de los residentes deteniéndonos en las propuestas formativas desplegadas al respecto.

### 1. Problemas de cooperación o interdisciplina

En relación al cumplimiento de objetivos asociados a la ejecución de estrategias de intervención en las distintas rotaciones, algunos residentes señalan como “facilitadores”:

*Que estuviéramos rotando en el servicio de Consultorios Externos, así pudimos articular mejor la continuidad de tratamiento (SEOA90).*

*La articulación, tanto como la comunicación con el/los profesionales de planta fue muy favorable (SAASM).*

---

<sup>90</sup> Agregamos, entre paréntesis, las siglas del nombre del servicio de la institución al cual remiten las referencias de los residentes.

[E] trabajo en equipo, escuchar a las otras disciplinas. Organizar las tareas a realizar (SI).

*Además de trabajar en equipo, realizar propuestas entre las disciplinas y evaluar cuál sería la más acorde para una mejor intervención (SI).*

Como “obstaculizadores” a la implementación de estrategias de intervención, los residentes remarcan:

*Muchas veces no había equipo de planta sino sólo residentes (SAASM).*

[Sobre pacientes que se encuentran en situación de alta] *las falencias del sistema de salud para la continuidad de sus tratamientos(SEOA).*

[Que “asesorar y orientar la derivación de aquellos pacientes que se encuentran en situación de alta”<sup>91</sup> sea] *gestión de residentes, sin colaboración del servicio (SEOA).*

[Que “coordinar con el servicio de consultorios externos para garantizar la continuidad del tratamiento para los pacientes que así lo requieran”] *depende de la voluntad de toma al paciente (por parte de los residentes). No hay un protocolo en Consultorios Externos, se hacen excepciones (SAASM).*

Más específicamente sobre el trabajo en equipo e interdisciplinario, los residentes expresan:

*Se realizan reuniones de equipo; pero las líneas de intervención no se llevan a cabo, falta de compromiso (SAASM).*

*El servicio no trabaja en forma interdisciplinaria (SAASM).*

[Que los “obstaculizadores”] *fueron disminuyendo en la medida que logramos coordinar y aprender de otra disciplina cómo abordar las situaciones (SI).*

A partir de estas referencias identificamos que, por un lado, la *articulación* entre los residentes y entre éstos y otros profesionales de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” es considerada condición de posibilidad del ejercicio de estrategias de intervención y, por ende, su ausencia un obstaculizador. Por otro lado, es destacable la diferenciación remarcada entre ellos (los residentes) y el “equipo de planta”, siendo éste último caracterizado por ciertas incoherencias o desajustes en relación a la ejecución de abordajes interdisciplinarios.

Por ende, los problemas emergentes en relación a este tipo de propósitos se expresan en diferencias teórico-clínicas y disquisiciones sobre funciones o competencias entre residentes o

---

<sup>91</sup> Entre comillas agregamos los objetivos de la rotación evaluados por los residentes a fin clarificar sus dichos.

entre éstos y otros profesionales de la institución, es decir, a partir de *cuestión interdisciplinaria*. Cuestión que conlleva no sólo una querrela sobre distintos tipos de conocimiento e intervenciones sino también sobre el modo de tomar y ejecutar decisiones en los equipos de trabajo. ¿Qué tipo de operación pedagógica instalar ante estos problemas?

Una de las posibles alternativas es recomponer el conflicto en sus mismos términos, aceptar sus condiciones y aportar tácticas para una acumulación de fuerzas favorable. Es decir, esgrimir el conflicto en tanto fuente de aprendizaje y condición de cooperación partiendo de principios teóricos y funciones o competencias predeterminados a modo de ideales o matriz de ponderación de las tareas cotidianas. Sin embargo, tal como señalan Michel Hardt y Antonio Negri (2004),

cuando los mecanismos productivos dependen cada vez más de las redes abiertas y expansivas de comunicación y cooperación, la noción de un conflicto básico de todos contra todos parece cada vez más antinatural. En realidad, nuestro estado natural es aquel que se crea en las redes comunes de la multitud (Hardt y Negri, 2004, p. 356).

Otra posibilidad es, por la vía del pacto o consenso, aceptar que la tarea compartida supone una mutua limitación para los involucrados y que, una vez establecida, es posible la colaboración. Así planteada la cooperación soslaya la inconveniencia de propiciar encuentros laborales que derivan en una disminución de las capacidades de los implicados. Si el pacto o consenso interdisciplinario se antepone a la interacción laboral en sí opera como inconveniente al presentar principios trascendentes (Scavino, 1999) derivados de puntos de vista normativos o teóricos sobre el trabajo en equipo.

Mientras que la primera opción pedagógica apela instalar una lógica beligerante en la definición de los encuentros interdisciplinarios, la segunda prioriza un acuerdo de recíprocas limitaciones en virtud de una ansiada adecuación normativa o completud cognitiva e interventiva.

Por nuestro lado, ante este tipo de emergentes reconocemos la necesidad de propiciar instancias de identificación y selección de encuentros laborales en medio de los cuales los residentes desarrollen habilidades profesionales para resolver los problemas que se les presentan disponiéndose de manera tal que la cooperación potencie sus intervenciones. Pericia que implica, además de una capacidad para inventar modos de cooperar (Virno, 2003), una disposición para sortear las condiciones de cooperación interdisciplinaria preestablecidas por los modelos del conflicto o el consenso (Gallego, 2009). Cuestión que engloba el dilema - asociado a las funciones de jefatura o instructoría de la RISaM pero transversal a todos sus integrantes- sobre cómo constituir instancias de *autoridad* que dispongan a la cooperación tanto en la formación como en la intervención. Al respecto, Cristina Corea (2005) propone dar por agotada la autoridad derivada del saber y propiciar la confianza en las experiencias educativas:

La autoridad se instituye y se transfiere, la confianza no. La autoridad instituida, estatal, emanaba de un lugar (estaba adherida al cargo docente), mientras la confianza se genera en el sostén que ofrecen los proyectos, en la consistencia de propuestas. La autoridad es -o era- general, institucional, sistemática. La confianza es focal. La figura del gestor y el coordinador, por ejemplo, se basan en la confianza y no ya en el saber (Corea, 2005, p. 76).

## 2. Problemas de comunicación

Por un lado, en términos *académicos*, en las actividades formativas de la RISaM se jerarquiza tanto la comunicación escrita como oral en la trasmisión de contenidos teórico-clínicos entre pares. En cuanto a la producción escrita, la confección de trabajos finales de rotación o de cursos se propone como ejercicio pedagógico principal. La comunicación oral se propicia mediante la exposición de experiencias y trabajos teóricos por parte de los residentes ante una variedad de públicos.

Uno de los nudos problemáticos transversales a las capacidades comunicativas estimuladas en los residentes a partir de estos ejercicios remite a las condiciones generales de la comunicación en la “era de la información” (Corea, 2005, p. 83). Estas condiciones suponen, en términos de Corea, que

[n]uestras prácticas cotidianas están saturadas de estímulos; entonces, la desatención o la desconexión son modos de relación con esas prácticas o esos discursos sobresaturados de estímulos. Así, la desatención (o la desconcentración), por consiguiente, es un efecto de la hiperestimulación: no hay sentido que quede libre, no tengo más atención que prestar (Corea, 2005, p. 50).

Ahora bien, ¿qué operaciones pedagógicas instalar en estas condiciones en relación tanto a las prácticas comunicativas de lectura y escritura académicas como de transmisión de conocimientos?

Una de las alternativas establecidas es desaturar (Corea, 2005) estas tareas disminuyendo las producciones escritas obligatorias y la bibliografía de referencia e introduciendo, ante dificultades de sistematicidad y/o expresión, operaciones de *relectura y escritura* en cuanto intentos de generar “condiciones de recepción” (Corea, 2005, p. 53). Condiciones que - desaturando y delimitando la pertinencia enunciativa a partir de un problema- dispongan operaciones subjetivas de autoafección, por un lado, y de “pensamiento en común” (Corea, 2005, p. 73), por el otro. Sobre este último punto, uno de los residentes señala un obstaculizador a la implementación de abordajes interdisciplinarios y cierto ejercicio que conlleva superarlo:

*La diferencia de los discursos propia de cada disciplina. Hay que hacer un arduo trabajo para establecer buena comunicación entre las disciplinas (SI).*

Asimismo, en cuanto al objetivo de “adquirir experiencia en los abordajes de casos interdisciplinarios”, otro de los residentes propone:

*Mejora de la comunicación con el resto de profesionales. Mayor involucramiento (SAASM).*

Por otro lado, en términos *prácticos*, algunas acciones de los residentes expresan otra dimensión de las competencias comunicativas desarrolladas en su relación con los usuarios de la institución. Respecto al propósito esperado de “asesorar y orientar la derivación de aquellos pacientes que se encuentran en situación de alta” (SEOA), uno de estos profesionales afirma,

*Debido a los casos trabajados y a sus situaciones de salud se ha trabajado fuertemente este objetivo ya que todos han requerido orientación y asesoramiento al momento de su alta institucional.*

A su vez ciertas *contrariedades* o *distancias* comunicativas entre residentes y usuarios asociadas a las capacidades cognitivas, orgánico-funcionales, léxicas y simbólicas de éstos últimos o, simplemente, a sus diferencias culturales o sociales suele poner en entredicho la reciprocidad entre ambos. Estas dificultades desafían a identificar pedagógicamente dicha circunstancia de *extrañamiento* en tanto posibilidad para intervenciones no predeterminadas y reparar en la necesaria creación de medios comunicativos, lenguajes y sentidos.

En este punto se expresa como condición y efecto derivado de estas interacciones entre los residentes y los usuarios la producción de afectos (Hardt y Negri, 2004) en las tareas profesionales de los primeros. Estas operaciones afectivas remiten, por un lado, a sus intervenciones familiares y, por el otro, a sus relaciones establecidas con los usuarios en experiencias individuales o grupales.

Un residente ante el objetivo de “procurar una resolución rápida y efectiva de los casos recepcionados con el fin de evitar la desvinculación familiar y cronificación del paciente”, escribe:

*Fue posible debido al trabajo intenso y pormenorizado al momento de la internación de pacientes con el fin de sostener y mejorar el vínculo con las familias (SEOA).*

Otro residente señala como obstáculos al “desarrollo de competencias y habilidades disciplinares vinculadas al tratamiento y atención de pacientes en situación de internación”,

*Lograr transferencia y adherencia al tratamiento [y la] dificultad para generar cambios en pacientes crónicos (SI).*

En el marco de la rotación por el Servicio de Internación, respecto al objetivo de “propiciar espacios de rehabilitación individual y/o grupal a pacientes internados”, entre los “obstaculizadores” los residentes reconocen:

*La resistencia o inconstancia de los pacientes[, las] características de los pacientes[, el] perfil de los usuarios [y la] reticencia de los pacientes a participar (SI).*

Mientras que como “facilitadores” señalan:

*Los espacios grupales de rehabilitación[, los dispositivos terapéuticos [,] la variedad de talleres y espacios de rehabilitación. La búsqueda y perseverancia de encontrar el que sea más acorde a cada uno [y el] diálogo con acompañantes (SI).*

Por su parte, otro profesional acepta,

*[haber] logrado adquirir esta competencia llevando a cabo diferentes espacios de rehabilitación para los pacientes internados tanto de manera individual como coordinando lo grupal (SI).*

Resumiendo, tanto en las estrategias pedagógicas propuestas a los residentes como en sus intervenciones profesionales propiamente dichas, las operaciones comunicativas y afectivas involucradas producen subjetividad (Hardt y Negri, 2004) al comprometer una reciprocidad abierta entre sus agentes copartícipes (sean residentes, otros profesionales o usuarios) y, por ende, conllevan el despliegue de habilidades en este sentido.

### **3. Problemas de conocimiento**

El “acompañamiento” de los referentes del equipo de profesionales de cada uno de los dispositivos de rotación es considerado por los residentes como facilitador para el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje propuestos, incluyendo en esa función tanto a profesionales de la misma disciplina como de otras.

En este sentido, respecto al eje de “participar en los espacios de supervisión clínicos-terapéuticos con los referentes de cada disciplina”, uno de los residentes escribe:

*La disposición de las referentes de planta disciplinares siempre fue total y muy comprometida. Colaboraron en el diseño de estrategias de intervención aportando recursos no conocidos con anterioridad (SAASM).*

Si dicho acompañamiento no se efectúa es remarcado por los residentes, sea como problema sin solución o a resolver por medio de estrategias alternativas de aprendizaje. Frente al objetivo de “adquirir experiencia en el abordaje terapéutico individual disciplinar de pacientes ambulatorios”, uno de ellos señala,

*Depende de la gestión individual, no hay apoyo y continuidad por parte de los referentes (SASSM).*

En relación al propósito de “realizar entrevistas de admisión con referente de planta de modo interdisciplinario”, agrega:

*Sólo pude realizar 2 entrevistas, el resto de las admisiones no había profesional dispuesto a hacerlo (SAASM).*

Por su parte, una de sus compañeros, ante el objetivo de “adquirir entrenamiento en la confección de Historias Clínicas”, sentencia:

*Aprendés solo o gracias al R3 con el cual rotás cuando estás en primer año, después si tenés dudas preguntás pero el servicio en sí no te orienta qué escribir y qué no o cómo hacerlo (SAASM).*

Y, sobre “participar en los espacios de supervisión clínicos-terapéuticos con los referentes de cada disciplina”, añade,

*Muchas veces era la única médica y para supervisar una duda tenía que llamar a otro servicio a o mí instructor (SAASM).*

Otro de los facilitadores asociado a la cuestión del conocimiento e identificado por los residentes remite a las tareas en equipo. Respecto a la “evaluación de las solicitudes de internación de pacientes”, uno de los residentes reconoce,

*He participado y discutido los criterios junto al equipo y/o al médico psiquiatra de guardia (SEOA).*

Englobando estas dos cuestiones (acompañamiento de referentes y trabajo en equipo) otros residentes señalan como elementos “facilitadores”, en el Servicio de Internación, al “desarrollo de competencias y habilidades disciplinares vinculadas al tratamiento y atención de pacientes en situación de internación”:

*[El] apoyo de referentes e instructores[, el] trabajo en equipo [y] el nuevo equipo que escuchó nuestras propuestas y aceptó las intervenciones planteadas (SI).*

Paralelamente, entre estas condiciones favorables para el cumplimiento de dicho objetivo precisan algunas asociadas a la posibilidad de ejercitar criterios de evaluación profesional como

*[La]diversidad de cuadros[, la] evaluación del paciente fuera del ambiente hospitalario[y] hacer diagnósticos y/o diagnósticos diferenciales (SI).*

Mientras que como “obstaculizadores” en el marco de esta misma rotación y en relación al mismo objetivo identifican:

*El cambio de equipo con la consecuente ausencia de referentes en ese momento [y] las cuestiones institucionales y la falta de referentes (SI).*

Otras consideraciones realizadas por los residentes sobre la adquisición de las competencias esperadas remiten a inadecuaciones entre las acciones realizadas y los propósitos esperados.

En relación al objetivo de “organizar la derivación intra-institucional del paciente en caso de ser necesario una internación que supere los 30 días”, a cumplir en la rotación por el Servicio de Evaluación, Orientación y Admisión, dos de los residentes escriben:

*Fue posible aprenderlo a nivel más teórico, ya que en la rotación no tuvimos la oportunidad de llevarlo a cabo. Se pensó en algunos casos pero se decidió darle mayor tiempo de resolución en el servicio (SEOA).*

*Muchas veces no había camas en otros servicios por lo que no se podía derivar al paciente cuando correspondía (SEOA).*

En el marco de la rotación por el Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental, frente al objetivo de “adquirir experiencia en los abordajes de casos interdisciplinarios”, uno de los profesionales sostiene,

*Hubo pocos casos en los que participaron las 3 disciplinas. Mayormente los casos se trabajaron entre psiquiatras y psicólogos (SAASM).*

Ante el propósito esperado de “realizar entrevistas de admisión con referentes de planta de modo interdisciplinario”, otro expresa:



*Como obstaculizador se puede decir que muchas veces no se encontraban presentes las 3 disciplinas en las entrevistas de admisión (SAASM).*

De este modo, los problemas relativos al desarrollo de capacidades cognitivas entre los residentes se presentan, principalmente, en dos circunstancias: cuando las tareas en equipo (sea entre residentes o entre éstos y otros profesionales) no logran articularse o los referentes no desarrollan su función y cuando las condiciones de la institución o del dispositivo de rotación no se ajustan a los objetivos formalmente esperados. En términos pedagógicos, frente a este segundo problema, se apuesta a precisar las condiciones efectivas de intervención a fin de desarrollar aptitudes cognitivas en acto (Virno, 2003). Por lo cual la problematización colectiva de los desafíos, interrogantes, tensiones o dilemas emergentes de las situaciones de intervención y la proposición en común de abordajes posibles como “herramienta pedagógica” (Hardt y Negri, 2004, p. 351) se vuelven instrumentos y fines de las actividades formativas. Por derivación, en cuanto al primer problema nombrado, la prioridad es producir interacciones laborales en tanto ejercicios político-productivos (Hardt y Negri, 2004) de evaluación de situaciones y ejecución de abordajes. Ambas estrategias de formación se asientan en el potencial pedagógico de las situaciones de intervención no sólo como “palanca’ del aprendizaje” (MSAL, DNCH y SO, 2012, p. 15) o vía de desplazamiento del “capital pasivo” al “capital activo” del conocimiento (Davini, 2008, p. 114), sino como modalidad de ejercitación del criterio profesional en la toma de decisiones evadiendo cualquier disyunción entre pensar y hacer (Sennett, 2010).

## **Consideraciones finales**

Varias aristas presenta la experiencia de formación propuesta en la RISaM de la Colonia Nacional “Dr. M. Montes de Oca” en virtud de contribuir al desarrollo de determinadas habilidades en los profesionales residentes de medicina, trabajo social y psicología.

Por un lado, la posibilidad de ejercitar una modalidad organizativa que, en función de resolver los problemas emergentes de las situaciones de intervención, no sea una limitación mutua ni una disputa entre los involucrados sino un accionar cooperativo, es decir, una red de operaciones, al mismo tiempo, productiva y política (Hardt y Negri, 2004).

En relación a las capacidades comunicativas propiciadas en los residentes, por un lado, el “carácter exterior, social, colectivo que compete a la actividad intelectual” (Virno, 2003, p. 29) en las condiciones sociales vigentes intima a establecer ejercicios de sistematización y transmisión de conocimientos de forma escrita y oral. Por otro, las situaciones de intervención exigen favorecer la creación de medios de reciprocidad a partir de actos comunicativos y afectivos singulares siendo que, tal como plantea Dardo Scavino, “una singularidad (...) se constituye gracias al *encuentro*<sup>92</sup> de los individuos” (Scavino, 1999, p. 146).

---

<sup>92</sup> Cursivas en el original.

Por otro lado, el trabajo en equipo y las condiciones concretas de intervención son los elementos determinantes de las aptitudes cognitivas favorecidas entre los residentes a partir de experiencias de interacción disciplinar de carácter constructivo. De este modo, en palabras de Paolo Virno (2003), “juegan un papel decisivo constelaciones conceptuales y esquemas lógicos que no pueden jamás ser reducidos a, ni se materializan en, el capital fijo, ya que son inescindibles de la interacción de una pluralidad de sujetos vivientes” (Virno, 2003, p. 122).

Para finalizar sólo resta afirmar que las estrategias de formación implementadas en la RISaM de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” destinadas al despliegue de las habilidades que le permitan al residente asumir responsabilidades en las tareas y funciones propias del campo profesional, no son concebidas como meros actos pedagógicos, sino, al mismo tiempo, políticos. Porque no se trata simplemente de la transmisión de conocimientos científicos, conceptos, técnicas y principios o procedimientos legales, sino de reconocer el carácter social de las tareas realizadas tanto por residentes como por referentes, instructores y responsable del programa, entendiendo que “la acción política interviene en las relaciones sociales, [y] tiene que ver con lo posible y también con lo imprevisto” (Virno, 2003, p. 42).

Tal como se desprende de lo dicho hasta aquí, la posibilidad que ofrece la *experiencia* en la formación de residentes en la RISaM de la Colonia Nacional “Dr. M. A. Montes de Oca” al enfrentar a los profesionales con problemas a resolver, sean de índole organizativo, comunicativo, afectivo o cognitivo, habilita la posibilidad de constituir un “saber hacer” resultante de la interacción permanente con los usuarios, compañeros, referentes e instructores.

## Bibliografía

- Davini, M. C. (2008). *Métodos de Enseñanza*. Buenos Aires: Santillana.
- Gallego, F. (2009). Aproximaciones deleuzianas al concepto de “comunidad” en *Imperio y Multitud*. En Mónica Cragolini (comp.), *Extrañas comunidades. La impronta nietzscheana en el debate contemporáneo* (pp. 137-125). Buenos Aires: La Cebra.
- Hardt, M. y Negri, A. (2004). *Multitud. Guerra y democracia en la era del Imperio*. Trad. Juan Antonio Bravo. Buenos Aires: Debate.
- Scavino, D. (1999). *La era de la desolación. Ética y moral en la Argentina de fin de siglo*. Buenos Aires: Manantial.
- Sennett, R. (2010). *El artesano*. Trad. Marco Aurelio Galmarini. Barcelona: Anagrama.
- Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación (2014). Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
- Residencias del Equipo de Salud. Documento Marco/ 2011. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.
- Virno, P. (2003). *Gramática de la multitud. Para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. Trad. Adriana Gómez. Buenos Aires: Colihue.

## CAPÍTULO 9

### Intervenciones en las tramas vinculares de los sujetos en proceso de externación

*Andreoni María Laura, Bortolazzo Antonela, Bravo Marisa, Tielimans y María Daniela*

#### Introducción

El *Centro de Día Dr. Enrique Pichón Riviére* es un dispositivo que depende del Servicio de Externación del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn. Fue creado en el año 1996 como Hospital de Día y desde el año 2007 funciona en el centro de la ciudad de La Plata.

Los objetivos de la modalidad de atención se centran en la construcción de un abordaje integral que favorezca la integración socio-vincular y comunitaria de los sujetos con padecimiento mental que transitan o han transitado internaciones de diferentes características. Se reciben también consultas de la población en general que solicita información y asesoramiento sobre posibilidades de servicios de atención ambulatoria en salud mental.

Este dispositivo enmarca sus estrategias de intervención en la apuesta a un abordaje comunitario de la salud mental, en el marco del enfoque de derechos que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

La propuesta de atención se sustenta en la construcción de estrategias que posibiliten la activación de procesos de autonomía para el sostenimiento del usuario en su comunidad, necesidades de atención en salud mental favoreciendo que puedan establecer lazo social y ampliar su red vincular, dando lugar a la construcción de un proyecto de externación acorde a la singularidad de los mismos.

La concepción de sujeto con la que se trabaja es la de Sujeto de Derecho, como protagonista de su propia recuperación, haciendo hincapié en los recursos potenciales de salud, existentes y posibles.

En este sentido, las intervenciones del dispositivo se fundamentan en trabajar en los procesos de externación el desarrollo de los recursos de salud, mediante la recuperación de vínculos, actitudes, capacidades instrumentales y prácticas de convivencia en lo cotidiano.

Desde esta perspectiva entendemos a la salud-enfermedad como un proceso atravesado por construcciones sociales y culturales que lo significan de una manera particular en cada época histórica.

Se sostiene que la emergencia del padecimiento mental en una persona da cuenta de un proceso que se desencadena dentro de un grupo vincular determinado, inscripto dentro de un contexto histórico y social.

La modalidad de asistencia se estructura en la indagación, búsqueda y construcción de los recursos sociales con los que se enfrentan las problemáticas de salud mental.

La población que se atiende en este dispositivo se conforma por sujetos que atraviesan una problemática de salud mental y que realizan en dicho espacio un tratamiento ambulatorio diurno, siendo derivados fundamentalmente por el servicio de agudos del hospital neuropsiquiátrico Alejandro Korn y de la comunidad. Es necesario mencionar que se incluyen en el dispositivo usuarios que se encuentran internados en los servicios de Rehabilitación del Hospital, que presentan mayor tiempo de institucionalización a partir de internaciones prolongadas.

Por otro lado como dato significativo de caracterización de la población el promedio de edad de los usuarios que ingresan al dispositivo en la actualidad oscila entre los 25 y los 30 años.

Desde este dispositivo trabaja con una metodología que se basa en la construcción de un abordaje interdisciplinario y en el trabajo desde la grupalidad, aspectos considerados imprescindibles para la construcción de estrategias que se sustentan en una concepción integral del sujeto.

Los espacios de trabajo que configuran el dispositivo de atención son:

- *Abordaje grupal a través de Talleres, que denominamos de expresión, producción y capacitación.*

Entre los primeros se desarrollan propuestas: de danzas, lectura de diarios, taller de libros en el espacio “bibliotequeando” y actividades de cine debate. Entre los talleres de producción: incluimos las propuestas de feria americana, de vivero y emprendimiento de repostería.

- Abordaje asistencial del equipo interdisciplinario:
  - *Asistencia técnica:* admisiones,
  - terapias individuales, grupos terapéuticos e intervenciones domiciliarias.
  - Intervenciones de Trabajo Social
  - Entrevistas de Psiquiatría
  - Atención Médico- clínica
  - Seguimiento de Enfermería

Cabe aclarar que se configuran espacios comunes para la construcción de estrategias interdisciplinarias que permitan abordar la singularidad de las situaciones presentadas.

## **Área de Atención Familiar y Comunitaria: La construcción de una propuesta**

El objetivo del presente trabajo reside en caracterizar una propuesta de intervención que se desarrolla en el centro de día, en el marco de un dispositivo, denominado Área de atención Familiar y Comunitaria. Consideramos relevante compartir esta experiencia dado que se instituye como una propuesta de articulación de nuestra institución con otros actores sociales que configuran sus experiencias de formación en el campo de la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria. Este trabajo sitúa la experiencia que se desarrolló en el periodo comprendido entre mayo 2014 y mayo de 2015.

Esta propuesta definida como área de Atención Familiar y Comunitaria es un espacio en el que se han incorporado estudiantes en el marco de sus prácticas de formación profesional en articulación con la Facultad de Trabajo Social de la UNLP y estudiantes avanzados de las disciplinas de Psicología (en el marco de pasantías ad-honorem reconocidas por el Servicio de Externación del Hospital) coordinados por referentes de Psicología y Trabajo Social integrantes del equipo del Centro de Día. Esta propuesta se instituye como experiencia de formación en el ámbito de la salud mental. La misma se desarrolló de manera sostenida hasta el mes de mayo del presente año.

En este trabajo desarrollaremos los aspectos centrales que intervienen en la elaboración de esta propuesta de trabajo que se sustenta en intervenciones interdisciplinarias y con una fuerte impronta en la activación de procesos de autonomía de los sujetos con los cuáles trabajamos.

La propuesta del Área enmarca sus acciones teniendo en cuenta el fortalecimiento, la construcción y reconstrucción de lazos sociales en la cotidianeidad del usuario que asiste al centro, implementando abordajes dirigidos al acercamiento a los vínculos familiares o referentes vinculares significativos para el usuario que puedan significar apoyos en el sostenimiento de su proceso de externación, a la integración social y comunitaria a través de una propuesta metodológica específica.

La misma se estructura en el desarrollo de entrevistas de reconstrucción de la historia familiar y vincular; entrevistas de seguimiento durante el tratamiento que aporten en la construcción de estrategias de abordaje con el equipo referente del centro de día.

Dicho equipo se reúne semanalmente en el Centro de Día durante 4 horas, implementando las siguientes actividades:

- Espacio de lectura, intercambio y discusión sobre diferentes ejes temáticos que fundamentan la intervención del área.
- Lectura del registro semanal de las actividades que se realizan en el Centro.
- Exposición y análisis de las entrevistas domiciliarias realizadas semanalmente, y elaboración de posibles estrategias para un abordaje desde la singularidad de las situaciones presentadas.

- Presentación de las situaciones problemáticas para ser abordados por parte de la coordinación.
- Diseño de relevamiento institucional y comunitario de recursos institucionales que se constituyan como recursos de apoyo para los usuarios (clubes barriales, espacios culturales, instituciones públicas que ofrecen prestaciones sociales)
- Participación de los referentes de la reunión de equipo semanal favoreciendo la articulación con el trabajo realizado en el área.

El Área se caracteriza por el desarrollo de una metodología particular, desde el posicionamiento teórico metodológico antes descripto, en el que adquiere una importancia central la realización de diferentes tipos de entrevistas en los lugares de residencia de los usuarios.

Este trabajo de campo se lleva a cabo en duplas conformadas por pasantes y/o estudiantes de trabajo social y psicología con integrantes del equipo de salud del dispositivo y mediante la supervisión en la institución de las situaciones abordadas.

De acuerdo a esta propuesta las intervenciones del Área se sustentan en tres ejes fundamentales:

- **Entrevistas de reconstrucción histórico- familiar:** Estos encuentros se realizan con los referentes vinculares que resultan significativos para el usuario, situando como una primera instancia del trabajo que el usuario convoque a dicho referente para que lo acompañe en esa primera entrevista.

Los encuentros apuntan a propiciar que circule la palabra posibilitando una mayor comunicación en el grupo familiar y/ o vincular (incluyendo aspectos discursivos y extradiscursivos, tales como: gestos, actitudes, silencios). A su vez, se pretende que ese primer encuentro permita establecer una referencia entre el equipo del centro de Día y los referentes, abordar aspectos vinculados a la comprensión de la problemática de salud mental, identificar significaciones y los recursos que han podido elaborar en los momentos de atravesamiento de crisis y de situaciones de malestar . Se sostienen como espacios terapéuticos en sí mismos, como lugar de encuentro y acercamiento entre la familia y el Centro de Día.

Estas entrevistas son de carácter semi-estructuradas de aproximadamente una hora de duración, se efectúan al ingresar el usuario a la institución, siendo pautadas en dos encuentros con la presencia del o los familiares significativos para el sujeto y en el domicilio del mismo. En éstas se registran los datos más relevantes de la historia familiar y social, tales como: datos filiatorios, conformación del grupo familiar y del grupo vincular de referencia, inicio y desencadenamiento del padecimiento, infancia y adolescencia del usuario, acontecimientos destacados como significativos en la vida del sujeto y de su familia, relatos importantes que dan cuenta de la dinámica de la misma.

Es importante situar la trayectoria en relación a la atención del padecimiento mental, y de cuidados de salud en general que sostiene el grupo vincular, formas de significar las crisis y descompensaciones, así como de constituirse en apoyo en el sostenimiento del tratamiento.

La sistematización de los datos recabados en las entrevistas se realiza a través de la elaboración de un informe que se adjunta a la historia clínica del usuario.

Entendemos la “reconstrucción”, como un proceso que abarca la puesta en escena, en el aquí y ahora, de los referentes familiares o grupos de apoyo del sujeto. Situando a partir de los interlocutores, los emergentes propios de la dinámica familiar, historizando y resignificando acontecimientos importantes en la vida del usuario. Tomamos como eje para esta actividad el concepto de *vinculo*, desarrollado por Pichón Rivière, en términos de lo inter e intrasubjetivo, donde se visualiza el mundo interno, como reconstrucción de la trama vincular en la que emerge el sujeto.

En este proceso también se va avanzando en reconstruir cuáles son las vinculaciones institucionales que el usuario tiene en su barrio, con instituciones barriales, con instituciones de política social. También se reconstruyen aspectos de las historias de los usuarios vinculadas con sus trayectorias educativas y laborales. En estas entrevistas comienzan a abordarse aspectos vinculados a la referencia sobre procesos judiciales referidos a la capacidad jurídica que muchos de los usuarios han atravesado y se retoma en función de informar e instar acciones sobre los derechos que los asisten respecto de la revisión de dichas causas y los actores que intervienen en estos procesos. Ello se realiza en el marco de restitución de derechos bajo la modalidad de toma de decisiones con apoyo que confrontan con la persistencia de modelos tutelares y sustitutivos.

- **Entrevistas de seguimiento durante el tratamiento:** Son realizadas con el usuario y algún familiar con el objetivo de indagar acerca de la evolución del tratamiento, situación vincular actual, laboral, recreativa y social del sujeto. Las mismas se llevan a cabo cada tres meses y en caso de que los usuarios no asistan con regularidad al Centro, se los entrevista para conocer la situación en la que se encuentran y, la información obtenida es transmitida al equipo terapéutico quienes supervisan las intervenciones pertinentes a realizar.
- **Estrategias de Acompañamiento:** Desde el AAFC se realiza esta actividad con el objetivo de fortalecer la autonomía del sujeto, vinculado a iniciativas personales, decisiones, creatividad anhelos y proyectos, en distintos ámbitos, legal, laboral, familiar, vincular, institucional, barrial y comunitario.

Promover acciones de acompañamiento con objetivos definidos pretende contribuir a una nueva integración social del sujeto, brindándole la posibilidad de apropiarse de su cuerpo, de su voluntad, de su espacio social comunitario, y posibilitando el desarrollo del lazo social.

Cada acompañamiento, así como cada usuario, es singular, diferente e impredecible, por lo cual es fundamental respetar sus tiempos de silencio, de angustia, de ansiedad, lo que implica acomodar el tiempo cronológico al tiempo lógico de cada sujeto. La función del acompañante es actuar como puente entre el sujeto y las distintas instituciones con las que interactúa, utilizando sus propias herramientas, poniendo el propio cuerpo en el aquí y ahora para sostener la transferencia. A partir de allí se identifica la necesidad de ampliar en la búsqueda

de recursos de apoyo, mediante la inclusión de acompañamiento terapéutico en aquellas situaciones que lo requieren.

## Algunas conclusiones posibles

Para concluir, consideramos que el AAFC, es un espacio en permanente construcción que nos permite seguir pensando, construyendo alternativas y estrategias para futuras intervenciones tendientes a la potencialización de los recursos de salud de los usuarios, la autogestión y autonomía del propio medio, sus grupos vinculares y la comunidad en general; y en donde la finalidad última, es asistir a las familias o grupos de pertenencia para facilitar el egreso del sistema institucional, promoviendo acciones concretas para la contención socio-comunitaria, procurando reducir la vulnerabilidad psicosocial, resignificando la prevención de la salud mental, mediante la recuperación plena de vínculos, actitudes y prácticas de convivencia en lo cotidiano.

Es importante señalar que en este proceso de abordaje los equipos de salud tenemos una tarea de co-responsabilidad en relación al trabajo con los grupos vinculares de referencia de los usuarios, en términos de abordar las posibilidades de cuidado, de construcción de redes de apoyo e intercambio con los equipos de salud. Apuntalar el cuidado y afrontar las dificultades que conlleva su abordaje como cuestión pública es parte de la necesaria profundización de las políticas de salud en relación al abordaje de la salud mental.

## Bibliografía

- Alberdi, José María(2003) "Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina". UNR Editora. Rosario.
- Bléger, J. "*Simbiosis y Ambigüedad. Estudio psicoanalítico*" (1984).Editorial Paidós. Buenos Aires.
- De Brasi, M.; Bauleo, A.: "*Clínica Grupal, clínica Institucional*" (1988)- Editorial Atuel S.A.
- Domínguez Lostalo, J.C. "*Diagnostico de vulnerabilidad psicosocial*" (2008) Ficha de Cátedra de Psicología Forense de Facultad de Psicología de la UNLP.
- Dupuy, A.; Fernández Mazza N., Naval B.; Tielimans, D. (2003) "*Salud mental: un abordaje social y comunitario*". Revista Margen. Edición N° 28.
- GALENDE Emiliano (1994) "Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica", Editorial Paidós. Argentina.
- Kraut, Alfredo: "La Discapacidad Mental es una cuestión de derechos humanos. Diario Pagina 12. 28/10/14



Palacios Agustina (2008) "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". Ed. Cinca. Bs. As.

Schmuck, y Serra, F. (2009) *Sustitución de lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos*. Jornadas Provinciales de Salud Mental. Residentes de la Provincia de Buenos Aires. La Plata.

Stolkiner, Alicia(2005) "Interdisciplina y Salud Mental". IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización. Posadas. Misiones.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Convención Internacional de las Personas con Discapacidad.

## CAPITULO 10

# Perspectivas comunitarias en salud mental: Entre el neodesarrollismo y la responsabilidad del Estado

*Clara Weber Suardiaz*

“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. Patricio Rey y sus redonditos de ricota)

### Introducción

En el planteo de este capítulo reflexionamos sobre el tipo de Estado contemporáneo y la caracterización de sus políticas públicas, y como eso toma forma respecto a la caracterización de la política en 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 los trabajadores de la salud; estos postulados no resultan novedosos sino que tienen una historia de conexión con el desarrollismo y el lugar que los trabajadores deberían desempeñar en él.

Subrayamos una preocupación de que se repitan algunas de estas lógicas que probaron que no favorecían la autonomía de los trabajadores ni de los sectores de usuarios con los que trabajamos. Asimismo, trabajamos conceptualmente con la idea de comunidad, discutiendo nociones románticas e ideales de la misma. Entendemos que esta problemática 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 reflexionar 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.<sup>93</sup> 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. Es aquí donde la marca filantrópica se hace presente desdibujando la perspectiva de derechos.

La mayoría de las veces la retórica 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 muestra un desarrollo positivo, éste no se acompaña con una distribución para todos los sectores poblacionales. (Feliz, Mariano: 2012)

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

---

<sup>93</sup> 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. "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)

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 de salud mental, “Nuevas” perspectivas de derechos, que omiten el sentido desarrollo histórico y lo presentan como un acto de gobierno (solamente).

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

A la vez para el campo de la salud mental esto tiene algunas reminiscencias sesentistas, donde el desarrollismo posicionó en el desarrollo de la comunidad 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 modernizadoras.

Respecto a la concepción de comunidad, existe una postura endógena y romántica acerca de la misma. La comunidad sería responsable de sus propios problemas, por un lado porque ella los generó y por otro lado porque dentro de ella, se encontrarían las formas de solucionarlo. Dicho así de manera algo exagerada, pero que contiene las ideas principales del desarrollismo, se le pide a los técnicos sociales que trabaje con el desarrollo de la comunidad y con las actitudes de la gente porque estas frenan el cambio.

En este sentido, resulta interesante ver algunos puntos de encuentro con la direccionalidad que se les exige a las políticas sociales actuales. 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 del Estado, a pesar del proceso dictatorial. Lo que se intenta es poner en cuestión es la falsa novedad del paradigma y de ciertas perspectivas que se reeditan bajo nuevos slogans, invisibilizando las procesualidades, historias y luchas que han tenido los diversos colectivos profesionales y de usuarios en el campo de la salud mental. En este sentido la anulación de procesos históricos tienen profundas consecuencias en nuestro país ya que obstaculizan la identificación de dificultades y obstáculos, de estrategias que hayan permitido avanzar en términos políticos, de manera de no volver a repetir lo negativo de la historia.

Entre los años 1966 y 1973 Argentina estuvo bajo un Gobierno de facto, cuya particularidad fue la implantación de un modelo autoritario, caracterizado por la anulación de la expresión política y un marcado interés por erradicar cualquier manifestación cultural o política vinculada con el comunismo. En este clima, signado por la represión y la persecución política e ideológica, el campo de la salud mental pasó de forma paradójica por un periodo de propuestas

innovadoras y progresistas para la época. Durante esta etapa, desde el Instituto Nacional de Salud Mental (creado en 1957) se propuso como experiencia piloto el trabajo de comunidades Terapéuticas en el Hospital Esteves de Lomas de Zamora; en el Roballos en Paraná; en Melchor Romero en La Plata; algunas innovaciones en el Hospital Borda de Buenos Aires entre otros. Se pusieron en cuestión algunas “verdades” vinculadas con la salud mental dentro de la Institución hospitalaria: por una parte, el lugar del “loco” para la sociedad, a quien se le intento quitar el estigma social mediante nuevos dispositivos de salud mental. Por otra parte, el modo de trabajo entre agentes de salud que intentaron llevar adelante una propuesta más horizontal e inclusiva de diversas disciplinas, como la Psicología, la Terapia Ocupacional, el psicoanálisis y el trabajo social. Fuertemente influidas por las experiencias italianas en manos de Franco Basaglia y de las comunidades terapéuticas en Inglaterra.

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, 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).

En síntesis, vemos como un giro conservador, anuló el proceso de transformación puesto en marcha por el Estado Desarrollista y en un contexto de Estado Neodesarrollista, vemos como algunos elementos se re-editan y en este sentido nos parece fundamental tenerlos en cuenta para profundizar los análisis del desmantelamiento de la lógica manicomial.

Actualmente, en esta línea de análisis podemos identificar la situación de los trabajadores de la salud de una forma crítica; situación que se encuentra ligada de las condiciones objetivas en las que se encuentran los dispositivos de salud y que hacen a la modalidad de atención hegemónica en salud Mental.

En una investigación anterior, hacíamos énfasis, en las condiciones estructurales de los trabajadores en el sistema de salud<sup>94</sup>, donde se podría resaltar los siguientes elementos que claramente no contribuyen a consolidar un modelo de atención de base comunitaria e interdisciplinaria. Principalmente nos referimos a la fragilidad de inclusión que tienen los profesionales en los servicios de salud. Si bien algunos efectores que han incorporado servicios de salud mental incluyen a las distintas disciplinas, los profesionales no son exclusivos de esos servicios, teniendo que repartir sus actividades en distintas áreas o permaneciendo bajo contrataciones precarias que no permiten una estabilidad laboral.

Muchas de estas experiencias en territorio son sostenidas por becarios, residentes o bajo contrataciones precarizadas<sup>95</sup>. Lo cual presenta diversas dificultades para los trabajadores profesionales como ser, la imposibilidad de concursar, generar antigüedad laboral, recibir un salario acorde y fundamentalmente consolidar los espacios de trabajo.

Según los datos obtenidos en la mencionada indagación, los profesionales de planta en general constituyen equipos de trabajo con experiencia en intervenciones psicosociales y no tanto en intervenciones comunitarias y asistenciales. La mayoría, de los equipos está conformado por psicólogos y en menor medida médicos (de distintas especialidades) y trabajadores sociales, siendo escasa la incorporación de otras profesiones. (Enfermería, terapia ocupacional, fonoaudiología, antropología, comunicadores, docentes etc.) Este proceso resulta en detrimento de una perspectiva comunitaria integral. Entendemos que resulta necesario aunar ambos aspectos en la atención: lo psicosocial y lo comunitario, para poder desarmar la lógica manicomial. No obstante en estas condiciones el abordaje comunitario termina siendo degradado a un trabajo secundario que no logra incorporarse con solidez a la modalidad de asistencia. Los informes del [CELS](#)<sup>96</sup>, de los últimos años, señalan este punto como unos de los fundamentales en la reforma sanitaria.

---

<sup>94</sup> Para datos concretos sobre la investigación referenciarse a : <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/42754>

<sup>95</sup> Para más información ver: [http://www.laizquierdadiario.com/spip.php?page=movil-nota&id\\_article=13944](http://www.laizquierdadiario.com/spip.php?page=movil-nota&id_article=13944)

<sup>96</sup> Recomendamos leer los informes, específicamente los apartados de salud mental e invitamos también a leer el clásico “Vidas Arrasadas” (2005) disponible en esta página, que entendemos que aún hoy conserva su total vigencia.

Sin embargo si prestamos atención a los discursos de las autoridades sanitarias, los proyectos vigentes y a los representantes de la OPS, identificaremos que los mismos realizan llamamientos a la militancia, compromiso y cambios de actitudes de los trabajadores. De allí que aparezca con reiteración la capacitación de los mismos, como eje central de la transformación. Con esto, no queremos decir que la capacitación no sea necesaria, pero la misma debe ir acompañada de transformaciones estructurales de la política pública.

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.

## **La fetichización de la comunidad**

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”.<sup>97</sup> 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:

---

<sup>97</sup> En este punto discernimos ya que la apelación a la comunidad abarca las reformas sanitarias y no sólo las de atención psiquiátrica.



(...)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 internadas de manera asilar, cuanto atendemos a alguien en una escuela, centro de salud, servicio social, desde un hospital general, etc.

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 anti-comunitarista, pero sí llamar la atención, sobre orientar nuestras intervenciones desde un ideal de comunidad.

Nos preguntamos entonces ¿por qué 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 para pensar las configuraciones políticas contemporáneas. 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, 2011: 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 quedan exentas 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 nexa 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 individual” 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.

Entonces, el problema primordial con el que nos encontramos es la cosificación de lo comunitario, bajo un orden social armonioso. El problema en realidad es que olvidamos que lo comunitario es parte de la misma lógica que crea el manicomio, y que cotidianamente tratamos 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. De otro modo fetichizar lo comunitario: es invisibilizar el conflicto, entender a la comunidad como todo armonioso, no evaluar las consecuencias y el peso que determinada comunidad tiene para el sujeto con padecimiento mental, es decir priorizar la comunidad incluso sobre el sujeto.

Pensar en la inclusión social de las personas con padecimiento mental en las comunidades, concepto que aparece en las normativas de derechos humanos, incluida la ley nacional de salud mental, plan de salud mental, y diversos programas resulta tarea compleja. Ya que la comunidades también opondrán su resistencia a esta inclusión.

“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 político<sup>98</sup>: “...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

---

<sup>98</sup> 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)

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 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, de lo familiar y de 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 nuestras 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)

Finalizando, queremos subrayar que ciertos tipos de lecturas que describimos impiden acceder a la complejidad de lo social. Como consecuencia, hemos visto a las propias instituciones y sus trabajadores, realizar esfuerzos para acercarse a los ideales de la

perspectiva comunitaria y de derechos que, en ocasiones, no pueden sostenerse y si lo hacen, esto es a altos costos personales y laborales entre otros.

Esto no se realiza porque hay una ley nacional de salud mental, 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.

## Trabajo Práctico sugerido

Elegir una de las siguientes películas y realizar un análisis de la misma a la luz de lo trabajado en el texto. Proponemos que hagan hincapié en las siguientes cuestiones:

- Luego de ver la película, elaborar una ficha técnica: director, año, nacionalidad. Analizar si estos datos están relacionados con los contenidos de la película, su ideología, el contexto, etc.
- Síntesis de la película: debe exponer el argumento central de forma breve, sucesión de eventos importantes, marcar lo explícito y lo implícito. Ver cuáles son los elementos objetivos: Narración, planos, encuadres, montaje, sonido, color, etc. Se puede seleccionar alguna escena que consideres de importancia y analizarla.

Proponemos trabajar a partir de identificar la perspectiva comunitaria en el trabajo con salud mental en cualquiera de las tres obras.

Lars and the Real Girl.( Gillespie, C. 2007, Estados Unidos–Canadá.)

<https://www.youtube.com/watch?v=giBwzZS9n0Q>

Elling (Peter Naess, 2003 Finaldia-Suecia)

Ver Elling

Si puó fare. (Giulio Manfredonia, 2008, Italia)

[https://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=5ZEA9KD12I](https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=5ZEA9KD12I)

## Bibliografía

- Alberdi, J.M. (2006). 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.
- 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.
- 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.
- Castoriadis, C. (2010) Institución imaginaria de la sociedad. Ed. Tusquets. Bs. As.
- \_\_\_\_\_ (1993) Subjetividad e Histórico Social en Revista Zona Erógena. N° 13 Año 1993.
- 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.
- 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, M. (2011) Neoliberalismos, Neodesarrollismos y Proyectos contrahegemónicos en Suramérica. Revista Astrolabio N° 7. Ed, Nueva Época. 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.
- Plotkin, B. (2003) Freud en las Pampas. Ed.Sudamericana. Buenos Aires.
- Stavrakakis, Y. (2007) Lacan y lo político. Ed Prometeo. Bs.As.
- Vanier, A. (2014) Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización en Revista Topia N° 54 . Ed Topia. Buenos Aires.
- 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. (2011) Primero como tragedia después como farsa. Ed. Akal Pensamiento crítico. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2003) A propósito de Lenin. Política y subjetividad en el capitalismo tardío. Ed Atuel. Buenos Aires.



## Los autores

### **Andreoni María Laura**

Es Licenciada en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Docente de la Facultad de Trabajo Social, en el cargo de ayudante diplomada, integrante del Grupo de Estudios Salud Mental y Políticas Públicas del centro de estudios de Trabajo Social y sociedad. FTS/UNLP. Se desempeña como trabajadora social en el Centro de Día Pichón Riviere del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn. Ha sido residente de salud en la misma institución. Ha presentado números artículos vinculados con la temática en jornadas de intercambio.

### **Bortolazzo Antonela**

Es Licenciada en Psicología. Egresada de la UNLP. Docente en la cátedra Psicología clínica de niños y adolescentes de la Facultad de Psicología/UNLP. Se desempeñó como psicóloga en el Centro Pichón Riviere entre el 2009-2013. Ha participado activamente de la coordinación del Área de Atención Familiar y Comunitaria. Actualmente realiza práctica clínica privada y atención en centros de atención primaria de la ciudad de Belén. Escobar.

### **Bravo Marisa**

Es Licenciada en Trabajo Social. Egresada de la UNLP. Se desempeña como trabajadora social en el Hospital Subzonal Especializado Dr. José Ingenieros. Ha participado activamente de la coordinación del área de atención Familiar y comunitaria en el Centro Pichón Riviere. Ha presentado artículos en jornadas referidas al campo de la salud mental.

### **Carosella Valeria Laura**

Es Licenciada en Trabajo Social. Egresada de la UNLP. Se desempeña como trabajadora social en el Hospital HIEA y C. Dr. Alejandro Korn. Ha sido residente de salud en la misma institución e instructora de residentes de la residencia de Trabajo Social. Es ayudante diplomada de la asignatura Trabajo Social III y de Teoría de la cultura y antropología de las sociedades contemporáneas de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Autora y co autora de publicaciones relacionadas con el campo de la salud mental

### **Chabat Carolina**

Es Licenciada en trabajo social. Egresada de la Universidad Nacional de Lanús. Integrante del grupo de estudios Salud Mental y políticas públicas del centro de estudios de trabajo social y sociedad .FTS/UNLP. Ha sido residente y jefa de residentes Hospital Dr. A. Korn. Se desempeñó en el equipo interdisciplinario del Cedecor y de la unidad de acompañamiento y traslado de la Secretaria de programación de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (Sedronar). Se desempeñó en el servicio de atención en crisis en el Hospital Dr. A Korn. Autora y co autora de publicaciones relacionadas con el campo de la salud mental. Se desempeña como trabajadora social en la Curaduría oficial de Alienados de La Plata.

### **López María Noelia**

Es Licenciada en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Docente, Investigadora y extensionista en la FTS de la UNLP, en la cátedra Trabajo Social IV. Su formación está vinculada al campo del Trabajo Social, los Derechos Humanos y la Salud Mental. Ha publicado numerosos artículos en libros y revistas, y ha participado en encuentros y jornadas de intercambio académico. Integrante del Grupo de estudios políticas públicas y Salud Mental del Centro de Estudios “Trabajo Social y Sociedad” de la FTS/UNLP. Es Trabajadora Social en el ámbito del ministerio de salud de la provincia de Bs.As. Ha sido residente e instructora de Residentes en el Hospital Dr. Alejandro Korn. Se ha desempeñado como integrante del equipo técnico de supervisión de internaciones involuntarias de la DNSM y A – Ministerio de salud de la Nación. Se desempeña como coordinadora del servicio integrado de salud mental y adicciones CPA Berisso.

### **Murua Fabián**

Es Abogado, egresado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales (FCJyS) de la UNLP. Ha cursado la Maestría en Derechos Humanos en el Instituto de Derechos Humanos de esa casa de estudios. Se desempeña como abogado de la Clínica Jurídica de Derechos Humanos y Discapacidad, proyecto de extensión universitaria de la FCJyS y es colaborador de la Organización no Gubernamental Azul en diversos proyectos sobre vida independiente de personas con discapacidad. Es Adscripto en la asignatura Derecho Constitucional en la FCJyS. Integra el Equipo de Investigación de Proyecto PIO Conicet-UNLP Las inundaciones en La Plata, Berisso y Ensenada: análisis de riesgos y estrategias de intervención. Hacia la construcción de un observatorio ambiental. Ha publicado artículos en revistas académicas, y ha participado en diversas Jornadas vinculadas a los derechos humanos de las personas con discapacidad.

### **Rochetti Natalia**

Es Licenciada en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Ayudante diplomada en la asignatura Trabajo Social IV. Es investigadora y extensionista en la FTS /UNLP. Se desempeñó como ayudante alumna en la asignatura Derecho I de la mencionada unidad

académica. Realizó la Residencia en Salud, y actualmente integra el equipo de profesionales del Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial Por la Memoria. Es autora y co-autora de varias ponencias y del Informe Anual del CCT de la CPM. Ha participado en numerosos encuentros de carácter académico.

### **Rodríguez Noelia**

Es Licenciada en Trabajo Social. Egresada de la UNLP. Integrante del Grupo de Estudios Salud Mental y Políticas Públicas del centro de estudios de Trabajo Social y sociedad. FTS. Ha sido residente del Hospital Dr. A Korn. Su formación profesional se vincula al campo de la salud mental, trabajo social y derechos humanos. Autora y co autora de diversas publicaciones relacionadas a salud mental y trabajo social. Se desempeña actualmente como integrante del Equipo Técnico de referencia de la provincia de Buenos Aires de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, en el Equipo Técnico del Programa Envión y como trabajadora social del Programa Médicos Comunitarios.

### **Tielimans Daniela**

Es Licenciada En Psicología. Egresada de la UNLP. Se desempeña como psicóloga en el Centro de Día Pichón Riviere, dependiente del Servicio de externación del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn. Ha presentado diversos artículos en jornadas de intercambio vinculados al trabajo en dispositivos comunitarios. Desarrolla actividad docente en el ámbito terciario.

### **Torres Jacqueline**

Es Licenciada en Trabajo social, egresada de la FTS de la UNLP. Integrante del Grupo de Estudios Salud Mental y Políticas Públicas del centro de estudios de Trabajo Social y sociedad. FTS. Se desempeña como ayudante diplomada en la asignatura Trabajo Social V- FTS. Es investigadora y tiene formación de posgrado en derechos humanos. Su formación se vincula al campo de la salud mental, trabajo social y derechos humanos. Ha sido residente y jefe de residentes del Hospital Dr. A. Korn. Publicó números artículos en libros y revistas, participó de diferentes jornadas, congresos y encuentros de intercambio y debates.

### **Weber Suardiaz Clara**

Es Licenciada en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Magister en Trabajo Social. Profesora de Trabajo Social IV de la FTS/UNLP. Docente, Investigadora y extensionista en la FTS de la UNLP. Docente- Investigadora de la Universidad de Luján. Ha publicado numerosos artículos en libros y revistas, y ha participado en encuentros y jornadas de intercambio académico. Coordinadora del Grupo de estudios políticas públicas y Salud Mental del Centro de Estudios "Trabajo Social y Sociedad" de la FTS/UNLP. Es Trabajadora Social del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn. Ha sido residente e instructora de Residentes en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

### **Zunino Roxana**

Es Licenciada en Trabajo social, egresada de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Integrante del Grupo de Estudios Salud Mental y Políticas Públicas del centro de estudios de Trabajo Social y sociedad. FTS. Ex residente del Hospital Dr. A Korn. Su formación profesional se vincula al campo de la salud mental y trabajo social. Se desempeña como trabajadora social en la Curaduría Oficial de Alienados de La Plata. Autora y co autora de diversas publicaciones sobre salud mental y trabajo social.

### **Saavedra Claudia Elisabet**

Es Asistente Social (Escuela Superior de Sanidad. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Docente con orientación en salud (Subsecretaría de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Coordinadora del Centro Provincial de Atención La Franja Región XI desde 2009 al 2015. Coautora e integrante del equipo coordinador del Programa Provincial Tramando Barrio. Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Docente a cargo del Seminario "Salud mental y consumo problemático: El desafío de los abordajes desde una perspectiva comunitaria". En el marco de la cátedra Libre "Salud mental y consumo problemático de sustancias para la adopción del nuevo paradigma." (UNLP.-SADA)

### **Ramacciotti Cynthia Carolina**

Es Profesora y Licenciada en Psicología (UNLP). Psicóloga en la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (SADA), desde 2007 a la actualidad. Psicóloga en Comisión Programa Provincial "Barrio Adentro" Secretaría de Niñez de la Provincia de Buenos Aires (2013-2014) Coautora e integrante de la coordinación general del Programa Provincial "Tramando Barrio" (SADA) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2014-2015). Docente del Centro Cerrado Eva Perón, Subsecretaría de Responsabilidad Penal Juvenil. Secretaría de Niñez de la Provincia de Buenos Aires (2014 a la Actualidad) Docente de la cátedra Psicología 1. Facultad de Trabajo Social. UNLP (2007 a la actualidad). Docente a cargo del Seminario "Salud mental y consumo problemático: El desafío de los abordajes desde una perspectiva comunitaria". En el marco de la cátedra Libre: Salud mental y consumo problemático de sustancias para la adopción del nuevo paradigma. (UNLP-SADA).

### **Grizia María Soledad**

Es Licenciada en Psicología (UNLP). Docente con orientación en salud (Subsecretaría de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Psicóloga-Tallerista con inserción territorial en el barrio Altos de San Lorenzo de la ciudad de La Plata (Voluntaria en el Programa Barrio Adentro Secretaría de Niñez de la Provincia de Buenos Aires 2011-2014). Coautora e integrante de la coordinación general del Programa Provincial

"Tramando Barrio", Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (SADA). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2014-2015). Docente a cargo del Seminario "Salud mental y consumo problemático: El desafío de los abordajes desde una perspectiva comunitaria". En el marco de la cátedra Libre: Salud mental y consumo problemático de sustancias para la adopción del nuevo paradigma. (UNLP-SADA).

### **Gulino Francisco J.**

Es Licenciado en Trabajo Social por la UNLP. Se desempeña como docente en la Facultad de Trabajo Social de esta universidad. También es profesor en la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de José C. Paz. Ha participado en varios proyectos de investigación acreditados en la UNLP. Realizó la Beca de Residencia para Trabajo Social en salud ofrecida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ha sido instructor de Trabajo Social en la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental de la Colonia Nacional Montes de Oca y se encuentra en la etapa de finalización de su Tesis de Maestría en Trabajo Social. Ha participado como expositor en congresos de Trabajo Social y de Salud Mental y publicado artículos sobre la temática.

### **Lacanna Mónica**

Es Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional de Buenos Aires. Se desempeña como Responsable del Programa de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental y Jefa del Departamento de Docencia e Investigación de la Colonia Nacional Colonia Nacional Montes de Oca. Ha sido Residente, Jefa de Residentes y miembro del equipo del Programa "Regreso al Hogar" en esta institución. Se encuentra en la etapa de finalización de su Tesis de Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental (ISALUD). Ha participado como expositora en congresos y jornadas de Salud Mental y Discapacidad.

Debates en el campo de la salud mental : práctica profesional y políticas públicas / María Noelia López ... [et al.] ; coordinación general de María Noelia López ; Jacqueline Torres ; Clara Weber Suardiaz. - 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2017.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-950-34-1533-7

1. Salud Mental. 2. Políticas Públicas. I. López, María Noelia II. López, María Noelia , coord. III. Torres, Jacqueline , coord. IV. Weber Suardiaz, Clara, coord.  
CDD 353.64

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata  
47 N.º 380 / La Plata B1900AJP / Buenos Aires, Argentina  
+54 221 427 3992 / 427 4898  
edulp.editorial@gmail.com  
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2017  
ISBN 978-950-34-1533-7  
© 2017 - Edulp

**S**  
sociales



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA