

INCLUSIÓN MENTAL HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE SABERES

A 10 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26.657

VOLUMEN II

YAGO DI NELLA (ED.)

Yago Di Nella, Benedetto Saraceno, Daniel Navarro, Roxana Amendolaro, Virginia Buscaglia, Virginia López Casariego, Alfredo Kraut, Nicolás Diana, Mariana Sabina Baresi, Ana Cecilia Garzón, Celeste Romero, Javier Ignacio Frías, Silvio Oscar Angelini, Anahí Larrieu, Soledad Abella, Lucrecia Cabrea, Gabriela Franco, Sergio Sosa, Romina Urios, Dulce María Pallero, Daniela Alvarez, Valeria Dimitroff, Elena García, Alejandra Parisse, Mariana Figueiras Gamarra

TOMO I

COLECCIÓN
TEXTOS UNIVERSITARIOS

13

OO COPALQUI
OO EDITORIAL

Di Nella, Yago (Ed.) (2021): *Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes*. Colección: Textos Universitarios. Volumen II, Tomo I. Número 13, Barcelona. Copalqui Editorial.

CDU: 001, Ciencia y conocimiento en general. Divulgación de la ciencia. 159.9, Psicología. 003, Ciencias sociales en general. 17, Ética. Moral.

I. Psicología. II. Salud Mental. III. Inclusión social.



Ilustración de la tapa: Daniel Walter Vasiloff
www.danilovasiloff.com.ar

Diseño y maquetación: Pablo Casals

ISBN: 978-84-939783-1-0

Edición: 1a Ed. 2021

Cantidad de ejemplares (impresión promocional): 90

© Yago Di Nella

© Copalqui Editorial, 2021.

Carrer Rabassa 27 2n 1era, 08024 Barcelona, Espanya

www.copalqui.org

Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0.Unported license. Licencia Completa y permisos más allá de la cobertura indicada pueden consultarse en:
www.copalqui.org

Impreso en: Associació d'Acció Social i Cultural Adalquí



 COPALQUI
EDITORIAL



ÍNDICE

TOMO I

Dedicatoria	1
Presentación del Volumen II	3
Un Prólogo implicado	
La discusión final sobre la LEY en primera persona. La salud mental y sus destinos en el Senado de la nación	9
<i>Yago Di Nella</i>	
A modo de Introducción	
Discurso del Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de la Nación Argentina	21
<i>Benedetto Saraceno</i>	
Notas	36

PRIMERA PARTE. PREHISTORIA DE LA NORMA

CAPÍTULO 1. Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel	39
<i>Daniel Navarro</i>	
1. Introducción	39
2. Robert Castel	41
3. Las raíces del pensamiento de Castel	42
4. El trabajo de Castel	44
5. Castel y Foucault	46
6. La metamorfosis de la cuestión social	48
Epílogo	49
Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel. 27 de septiembre de 2002, Centro de Estudios Franco Argentino.	50
Palabras de apertura por parte de Daniel Navarro	50
Palabras del Profesor Robert Castel	50

Preguntas de los asistentes	54
Notas	63
Bibliografía	64
CAPÍTULO 2. El enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria): planteos pretéritos a la sancion de la ley nacional como aporte a las políticas públicas	65
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Introducción: El derecho a la salud	65
2. La salud mental como derecho: La APS como eje en la necesidad de adecuación de las políticas públicas en un mundo convulsionado	67
3. Algunas ideas generales para una propuesta de política pública en lo mental de la salud	74
3.1. Para una estrategia sanitaria coherente con nuestra constitución nacional	75
3.2. Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud	77
4. El auxilio ético del enfoque de derechos en las políticas públicas de salud comunitaria con énfasis en lo mental	80
Anexo normativo	83
Notas	87
CAPÍTULO 3. Medicina y Derechos Humanos	91
<i>Daniel Navarro</i>	
Notas	110
CAPÍTULO 4. Ley 26.657: caracterización de una norma amparada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	111
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Antecedentes: el contexto del texto	112
2. Instrumentos normativos de salud mental	117
2.1. Normativa internacional	117
2.2. Normativa nacional	124
3. La jurisprudencia internacional y nacional en salud mental	125
3.1. La jurisprudencia internacional	126

3.2. Precedentes jurisprudenciales del derecho nacional	136
4. Experiencias previas en la materia	138
4.1. Occidente	139
4.2. La experiencia en Argentina	141
5. El debate al momento de su sanción. argumentos, apoyos y reticencias a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657	144
Notas	149
Bibliografía consultada	152

SEGUNDA PARTE. UNA NUEVA LEGALIDAD. DEL ENFOQUE DE DERECHOS Y SUS CONSECUENCIAS

CAPÍTULO 5. La ley nacional de salud mental y los desafíos del cambio de paradigma 155

Roxana Amendolaro - Virginia Buscaglia - Virginia López Casariego

1. Prólogo	158
2. Desafíos y alcances de la Ley de salud mental y derechos humanos	158
Haciendo un poco de historia	158
Historia más cercana: la convención, un cambio de paradigma	159
¿Un cambio de paradigma?	160
Por un paradigma de igualdad y no discriminación	161
Situación actual: en diciembre hemos parido la Ley	161
Funciones del estado: los alcances de la Ley	162
Posibles respuestas, transitorias y parciales, a la cuestión del respeto a la voluntad de las personas usuarias de los servicios de salud mental	164
3. Cómo trabajamos en INADI la temática de la salud mental: la perspectiva de igualdad y no discriminación	166
Notas	169

CAPÍTULO 6. Salud mental, concepciones y paradigmas: derechos retóricos a derechos eficaces. hacia un cambio de modelo 173

Alfredo J. Kraut y Nicolás Diana

1. Introducción	173
2. Un primer paso	177

3. Un bloque de derechos y obligaciones	180
3.1. Los principios, Caracas y Brasilia...	180
3.2. Contexto de la legislación de salud mental	183
4. Alcance de la reforma	188
5. Diálogo de fuentes en salud mental	191
6. Objetivos, principios y ámbito de validez y eficacia de la ISM	193
7. Autoridad de aplicación. Órgano de revisión	197
7.1. Autoridad de aplicación	197
7.2. Órgano de revisión	199
8. El CCCN, internación y capacidad	203
9. A modo de colofón	211
Notas	216

CAPÍTULO 7. Algunos ejes estratégicos para una política pública en salud mental en el marco de la Ley Nacional 26.657

Yago Di Nella

1. Introducción	236
2. Enfoque de derechos	237
3. Red nacional, jurisdiccional y local de atención	239
4. La Ley y su sujeto. la capacidad como presunción	241
5. Inclusión sanitaria de lo mental	243
6. Intersectorialidad	245
7. Atención post-manicomial de la salud (salud mental y adicciones)	248
Notas	252

TOMO II

TERCERA PARTE. LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO EJE CENTRAL

CAPÍTULO 8. La interdisciplinariedad en el marco de la ley de salud mental 26.657: la democratización de los saberes	257
<i>Yago Di Nella</i>	

1. Interdisciplina como espacio democrático	258
2. Modelos fallidos de interdisciplina	259
2.1. (pseudo) Interdisciplina confusional	259
2.2. (pseudo) Interdisciplina esquizoide	260
2.3. (pseudo) Interdisciplina autoritaria	262
3. Algunas pautas para un equipo interdisciplinario eficaz	263
4. Asistir o atender / tutela o inclusión: diversas formas de entender lo interdisciplinario: el caso extremo del llamado “paciente social”	266
5. Abordaje del problema de la accesibilidad a los servicios: la brecha de atención desde la estrategia de una interdisciplinariedad ampliada	270
6. La interdisciplinariedad es intervencionista: más sobre lo mental en la salud pública.	271
7. Interdisciplinariedad circular: el saber horizontalizado	274
7.1. Apuntes sobre el concepto de equipo	275
7.2. El principio de la circularidad interdisciplinaria	276
7.3. Emergentes grupales en el quehacer del equipo interdisciplinario	281
Notas	285

CAPÍTULO 9. ¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos

Mariana Sabina Baresi - Ana Cecilia Garzón

1. Introducción	289
2. Contexto de la experiencia	290
3. ¿Por qué problematizar las restricciones a la capacidad jurídica?	292
4. Dimensión legal de la capacidad jurídica y prácticas que contextualizan la tarea del equipo de evaluaciones interdisciplinarias de la DNSMyA	294
4.1. Aportes de la LNSM para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	295
4.2. El soporte de la CDPD para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	296
4.3. Experiencias de referencia para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	298

5. La propuesta metodológica de trabajo del equipo de la DNSMyA	300
6. Propuestas para la elaboración del sistema de apoyos	303
7. Novedades legislativas en el país y la región vinculados a la capacidad jurídica	306
7.1. Reglas generales en torno a la capacidad jurídica del actual código civil y comercial	306
7.2. Avances legislativos en la región	310
8. Desmontando la normalización y sus las lógicas opresivas	312
9. Conclusiones	314
Notas	316
Bibliografía	320
Anexo: Instrumento de relevamiento para la elaboración del sistema de apoyos para la toma de decisiones. Instructivo	324

CAPÍTULO 10. Algunas consecuencias psicosociales psicojurídicas de la ley 26.657 (impacto en las buenas prácticas)

Yago Di Nella

1. Algunas reflexiones psicosociales en torno a la Ley 26.657	329
2. Algunas reflexiones psicojurídicas sobre el rol de la administración de justicia en torno a la Ley	336
3. Las transformaciones que introduce la Ley 26657 en la dimensión psicojurídica de los dispositivos institucionales (consecuencias del enfoque de derechos)	340
4. Algunas inquietudes sobre el problema de la fiscalización	349
5. Algunas consecuencias psicopolíticas: importancia de la sociedad civil en el paradigma de salud mental comunitaria	351

CAPÍTULO 11. Consideraciones sobre el riesgo cierto e inminente. A diez años de la ley de salud mental

Celeste Romero - Javier Ignacio Frías

1. Introducción	359
2. Riesgo como categoría superadora	360
3. Riesgo como categoría clínica	360
4. Riesgo como categoría situacional	361

5. Riesgo como categoría individual	361
6. Riesgo de daño, cierto e inminente	362
7. Conclusión: hay riesgos y riesgos...	363
Notas	364

CAPÍTULO 12: Consideraciones sobre los conceptos de peligrosidad y de riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad

Silvio Oscar Angelini - Anahí Larrieu

Resumen	365
1. ¡Es un peligro!	366
2. Tomando riesgos	368
3. Tomando medidas	369
4. Final con riesgos	370
5. Referencias bibliográficas	373
6. Leyes, decretos y fallos	373

CUARTA PARTE. EXPERIENCIANDO LA LEY: 10 AÑOS DE UNA LUCHA QUE CONTINUA

CAPÍTULO 13: Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes. La ley nacional de salud mental y los diversos ámbitos de aplicación.

Soledad Abella – Lucrecia Cabrea - Gabriela Franco – Sergio Sosa

1. Primeros embates (2010-2015): labor parlamentaria, el proyecto llega al congreso	378
2. Capacitaciones y sensibilizaciones	384
3. Informes sobre condiciones de internación	387
4. Prisma (programa interministerial de salud mental argentino)	389
5. Salud mental, reparación de víctimas de terrorismo de estado	393
6. Una experiencia en terreno: equipo móvil de salud mental comunitaria (concepción del Uruguay, entre ríos)	397
7. Nuevos embates contra la LNSM (2016-2020)	400
7.1. Derogación de la resolución 2015	400
7.2. Intento de reforma de la reglamentación de la Ley	401
Notas	408

CAPÍTULO 14: “Proyecto Revinculación”. Restitución del derecho a vivir en comunidad para personas con padecimiento mental en situación de internación prolongada **411**

Romina Urios –Dulce María Pallero – Daniela Alvarez – Yago Di Nella

1. Planteamiento del problema	411
2. Acerca de la problemática	412
3. Acerca de la obligación del estado	413
4. Los destinatarios	414
5. Objetivos	416
5.1. Objetivos generales	416
5.2. Objetivos específicos	416
A. Etapa diagnóstica	416
B. Etapa de intervención	417
C. Etapa de egreso del dispositivo	417
6. Metodología	418
6.1. Acciones clave para el cumplimiento de los objetivos	418
6.2. Dispositivos	419
7. Conclusiones, recomendaciones y discusión	423
7.1. Síntesis cronológica de las tareas desarrolladas	423
7.2. Implementación de los tiempos y dificultades encontradas	424
7.3. Logros	425
7.4. Análisis de los resultados e impacto	426
7.5. Equipos	428
8. Puntuaciones finales	429
9. Post Scriptum (Sobre la Cátedra Libre Marie Langer de Salud Mental y DD.HH.)	430
Notas	433
Bibliografía	436

**CAPÍTULO 15: Centro de Salud Mental Comunitaria
"Dr. Franco Basaglia" (Servicio de externación.
Hospital Interzonal Especializado en Agudos y
Crónicos "Dr. Alejandro Korn", provincia de Buenos Aires)** **439**
Dimitroff Valeria - García Elena - Parisse Alejandra

1. Introducción	439
2. Historia	440
3. Nuevas prácticas en salud mental	441
4. Proyecto revinculación	442
5. Metodología de trabajo	445
6. Encuadre desde el cual se trabaja	447
7. Estadística	449
8. Funcionamiento en contexto de pandemia	450
9. Reflexiones finales	451
Notas	452

**CAPITULO 16. "Honrar las Vidas". Experiencia de
adaptación a la Ley 26657 en un Hospital General Nacional** **453**
Mariana Figueiras Gamarra

1. Introducción	453
2. Diagnóstico situacional	455
3. Realización del proyecto	457
4. De los dispositivos	458
4.1. La guardia interdisciplinaria: un sueño que se hacía realidad	458
4.2. El dispositivo de consultorios ambulatorios intensivos	461
4.3. El grupo de optimización de la autonomía	461
4.4. Otros dispositivos	462
5. La resistencia: un relato personal	463
6. Conclusiones inconclusas	466

CAPÍTULO 17. Prisma: una experiencia instituyente **469**
Mercedes Rattagan

1. De donde partimos	469
2. Una propuesta posible: programa interministerial de salud mental argentino (prisma)	472

3. La realidad	474
4. Manos a la obra	478
4.1. Dispositivo de crisis	479
4.2. Dispositivo de tratamiento psico comunitario:	480
4.3. Dispositivo de integración socio cultural:	481
5. Capacitacion	482
6. Dificultades y obstáculos	483
7. Para finalizar	484
8. Últimas reflexiones	485
CAPÍTULO 18. La adecuación de las universidades a la Ley nacional de salud mental	487
<i>Roxana Amendolaro</i>	
1. Introducción: Contexto general que plantea la Ley nacional de salud mental N° 26.657.	489
2. Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, art. 33.	491
3. El nuevo plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la universidad nacional del Comahue.	493
4. Cuidados enfermeros en salud psicosocial.	496
5. El dispositivo que dispone: el dispositivo de cátedra y lo que dicen las/os estudiantes	499
Notas	503
EPÍLOGO	
CARTA ABIERTA: Un recorrido personal por el problema de la democratización de los saberes (la implementación efectiva del enfoque de derechos para la inclusión mental)	507
<i>Yago Di Nella</i>	
ANEXO DOCUMENTAL AL VOLUMEN II	
Consenso de Panamá	525



CAPITULO 2

EL ENFOQUE DE DERECHOS EN LO MENTAL DE LA SALUD (COMUNITARIA)

Planteos pretéritos a la sancion de la
Ley Nacional como aporte a las
políticas públicas¹

Yago Di Nella (2010)

1. Introducción: El Derecho a la Salud

La llamada *Salud Mental* constituye un ámbito por demás complejo, con un sinnúmero de problemáticas, muchas de ellas extensivas al campo de la salud en general. Una de estas dificultades gira en torno a su delimitación, por cuanto la misma antinomia Cuerpo – Mente (ya caída epistemológicamente hace más de 100 años), no parece hoy día ser operante ni eficaz en el abordaje de los problemas de salud, sean estos de manifestación preponderantemente orgánica o mental.

Asimismo, al definirse el **derecho a la salud** como elemento prioritario para el respeto del derecho a la vida, éste resulta inseparable del acceso a los servicios de salud mental para aquellas personas que en algún momento de su vida padecen psíquicamente, al menos desde la perspectiva sintomática.

De acuerdo a lo prescripto en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948), hoy incorporada a la Constitución

Nacional, el Estado debe garantizar derechos tales como los que a continuación se enumeran:

Artículo 25°

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Cuando existe un riesgo para la salud o para la vida, por ejemplo, surge un resorte ciudadano para apelar a la administración de justicia y solicitar la exigibilidad del cumplimiento de la protección y defensa de los *Derechos Humanos*. Ahora bien, nos hallamos aquí ante normativas vinculadas de manera genérica a la perspectiva de los *Derechos Humanos*. Existe otro conjunto de normativas que, si bien es poco conocido, aborda aspectos vinculados específicamente al campo de la *Salud Mental*.

El presente trabajo, procura interesar al lector del mundo sanitario y cosmovisiones afines, en la necesidad de conocer esos documentos e incorporarlos como sustento de las nuevas políticas públicas en **lo mental de la Salud**. Estas normativas, hoy por hoy, constituyen en la actualidad el principal parámetro legal y deontológico del campo, al menos hasta la aprobación de una Ley Nacional de Salud Mental. Esto ocurrió finalmente, y aún así siguen sirviendo de complemento a su textura, pues brinda aclaraciones y profundizaciones que un texto legal fruto de tantos debates y acuerdos no lograra especificar, en muchos temas y problemáticas.

Así como la Constitución Nacional se complementa con los pactos y acuerdos internacionales en derechos humanos o la ley que rige el tema infancia se complementa con normativas internacionales sobre el mismo tema, es dable esperar que en materia de salud (mental) ocurra lo mismo y así es efectivamente.

2. La Salud Mental como Derecho: la APS como eje en la necesidad de adecuación de las políticas públicas en un mundo convulsionado

De acuerdo a los datos proporcionados por la OMS en su **Informe de Salud Mundial 2001**, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos de conducta a lo largo de su vida, y están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población mundial (OMS, 2001).

Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo. Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad de mundial resultan de condiciones llamadas por la OMS “psiquiátricas”, incluyendo la depresión, el consumo de alcohol, la esquizofrenia y los trastornos obsesivos compulsivos.

Aún cuando las evidencias disponibles indican claramente la relevancia que adquieren tales problemáticas sanitarias en todo el mundo, es perceptible constatar que debe trabajarse fuertemente por la inclusión de la Salud Mental en la agenda pública, a fin de promover un mayor interés de parte de la dirigencia política y la sociedad en general.

Diversos factores obran desfavorablemente en torno a este objetivo:

- a) Con excepción de los casos aberrantes que suceden en instituciones de carácter total y obedeciendo a coyunturas muy específicas, en el tratamiento dispensado por los medios masivos de comunicación, no se tratan los determinantes colectivos que impactan sobre un número mayor de personas.
- b) Se expone con mucha mayor frecuencia la situación que atraviesan los enfermos hospitalizados, que lo sucedido a la inmensa mayoría de las personas que, sufriendo también padecimientos mentales, no son detectadas como tales sin recibir atención.
- c) La enfermedad mental aparece, en la representación popular en un tono criminológico, fuertemente asociada a sucesos de carácter policial, en los que el calificativo de **loco** aparece vinculado al **delito**, a la violencia, a la inseguridad y la muerte; y a la percepción de amenaza y peligrosidad que se ha difundido notoriamente en la sociedad actual.

d) En nuestro país, y en casi todo el mundo, carecemos de información sistemática y actualizada sobre la cantidad y gravedad de las dolencias en Salud Mental o sobre las estrategias que se emplean para su mitigación, dado que en los medios políticos, académicos o científicos, no se han promovido estudios de corte epidemiológico que abarquen importantes muestras poblacionales².

e) Si bien no se halla difundida una cultura del registro y la sistematización de información que facilite rápidas estimaciones sobre la distribución de las problemáticas de Salud Mental, se cuenta con estudios aproximados que señalan el crecimiento en la incidencia de fenómenos tales como la violencia, la depresión, los suicidios, el tabaquismo y el alcoholismo. Pero esos temas no son prácticamente abordados en los centros universitarios, centrados en otras problemáticas con una carga de enfermedad mucho menor, epidemiológicamente hablando.

f) En relación con los recursos disponibles a nivel mundial y, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales como causa de morbilidad general, el presupuesto en Salud Mental resulta inferior al 1%, un indicador claro del orden de prioridades en el cual se ubican dichas problemáticas.

Ello obliga a desarrollar iniciativas que permitan la inclusión del tema en la agenda pública, de manera menos reactiva; difundiendo aquellas acciones que actualmente promueven la restitución de derechos y el incremento de posibilidades para la externación e inserción social³.

Revisando algunos hitos que han permitido colocar en la agenda pública cuestiones ligadas a la *Salud Mental*, las iniciativas de reforma se han concretado o cristalizado en una serie de declaraciones y recomendaciones internacionales, que han ganado aceptación y consenso en gran parte del mundo y, particularmente, en los medios profesionales y académicos especializados, a punto tal que se establece una suerte de tensión o brecha entre lo que señalan o prescriben normativamente los documentos legales y/o sanitarios, con lo que efectivamente observamos en el proceso de atención. Esta tensión es la que empuja la urgente necesidad de sanción de una Ley Nacional.

En el abordaje de esta problemática se adoptan como referencia diversos instrumentos internacionales en el ámbito de las Naciones Unidas y sus organismos especializados.

El contexto social actual se caracteriza por una sensación de

inseguridad pública que no se limita al resguardo de la propiedad, sino que se manifiesta en todo derecho no garantido. El “descreimiento en la Justicia”, el colapso de los servicios de salud tradicionales (meramente asistenciales y en ocasiones, aún peor, pues resultan propagadores de infecciones intrahospitalarias) y las enormes dificultades para contener socialmente enormes espacios territoriales-comunitarios con falencias para el acceso a los servicios más básicos para la vida humana (vivienda, seguridad social, trabajo, educación, etc.), han demostrado la ineffectividad del Estado. Sobre todo cuando se imponen políticas desde un ideario neoliberal del Estado, sus formas clásicas de intervención para resolver los problemas nos anticipan el acaecimiento de conflictos entre el sector incluido y el sector excluido de la sociedad. Es imperioso entonces prevenir esta situación, anticipándonos a las diversas formas de manifestación de la violencia (familiar, institucional y social), dentro del marco de realización de los Derechos Humanos, hoy inscriptos con rango constitucional.

¿Por qué y cómo esto se vincula con la dimensión de lo mental? Pues bien, esto requiere un rodeo. Distintas fuentes demuestran cómo problemáticas del desamparo, la conflictividad social y la violencia callejera e institucional, producen efectos en las personas y sus grupos de pertenencia y referencia. ¿Por qué no vemos intervenir activamente y como política de Estado a los equipos de salud mental en estos temas?⁴ El sistema de salud hospitalocéntrico colmado en su capacidad y sin reflejos para acercarse a los problemas de la comunidad, a la vez que afectado seriamente en el deterioro de sus propios agentes (burocracia y corrupción, escasez de recursos, dificultades para la capacitación en servicio, sobredemanda de atención para los recursos humanos disponibles, violencia laboral, precariedad laboral, etc.), son algunos indicadores de un sistema que tiende a resolver drásticamente el conflicto por vía del sistema penal, judicializando y hasta criminalizando -muchas veces- situaciones que bien podrían abordarse y resolverse desde un encuadre metodológico de presencia con cercanía, sensible a los problemas más cotidianos de los grupos humanos, en la vida coyuntural del día a día de barrios y asentamientos, promoviendo la solución pacífica, participativa e integral de los mismos.

Desde otro lugar, a esto llamamos APS. En efecto, donde no hay APS adviene finalmente una solución represiva.

En efecto, cuántos conflictos se resolverían sin necesidad del recurso policial-judicial si se abordaran los núcleos de crianza y convivencia a nivel comunitario. Desde los albores del desarrollo de la estrategia APS sabemos que el desafío del momento actual está dado en la búsqueda de un enfoque promocional que procure instalar una

cultura de vida sana (proclamada en los últimos dos decenios incansablemente por diversos organismos internacionales especializados en el tema⁵). Los núcleos convivenciales son unidades conflictivas. El acompañamiento en la gestión de esa conflictividad propia de toda convivencia resulta fundacional para un enfoque APS que rescate un rol para lo mental absolutamente superador del dogma manicomial de abordaje de la locura ya declarada. Además, presupone una formación que haga eje en la intervención psicosocial, antes que en la asistencial del consultorio liberal.

De modo que el *enfoque de derechos* establece la necesidad de una resolución en la formación profesional, que anteponga al sujeto al dispositivo⁶.

Es decir, la tarea prioritaria de las instancias de formación académica y de los organismos gubernamentales debiera ser la de generar acciones e iniciativas que tiendan a impulsar la tarea de reproductores comunitarios de comportamientos saludables, de modo de anticipar conductas singulares o colectivas de daño y que, además, se proponga reducir al máximo la vulnerabilidad psicosocial, tanto de los sujetos a incluir en el dispositivo de intervención (donde es fundamental la inclusión de abordajes operativos psicosociales, como el de Investigación-Acción Participativa), como de los propios agentes institucionales y comunitarios que se encargan de la asistencia, tradicionalmente así concebida.

Consideramos entonces necesaria **la formación y consolidación de iniciativas específicas** referidas al abordaje de estos grupos, haciendo énfasis en l@s niñ@s, adolescentes y jóvenes, y en los colectivos de mayor vulnerabilidad psicosocial, desde una visión que los considere sujetos plenos de derecho, con una vida potencialmente sana por delante, y no meros objetos de socialización y control. El control social directo sobre estos colectivos no es sino el fracaso del Estado por generar políticas de contención comunitaria desde la APS. Si se institucionaliza un sujeto en razón de su vulnerabilidad, basta hacer un análisis de su historia de vida para pesquisar innumerables intervenciones fallidas por un Estado que fue así, conduciendo el fenómeno hacia una política de exclusión, antes que de integración e inclusión. Sépase que toda vez que hemos efectuado este tipo de historización, el resultado fue el mismo: asistencialismo burocratizado, atención sintomal, desconocimiento de los orígenes del conflicto, abandono al entorno vincular, indolencia frente al sufrimiento intenso y hasta crónico, y sí, el desamparo que finalmente conduce al encierro.

Nuestra perspectiva parte entonces de la necesidad de articular la experiencia de trabajo en redes comunitarias, poniendo sobre la

base y fundamento la integración de la llamada “*salud mental*” con los otros componentes de la salud, en un enfoque integral que se sustraiga de la fragmentación del sujeto de intervención, según disciplinas y prácticas. Esto implica posicionarse desde la aplicación de abordajes consistentes con la teoría de la complejidad, en tanto enfoque superador del causalista lineal, que predominara desde el auge del positivismo científico hasta nuestros días. El hospitalocentrismo reinante justamente hace eso. Entiende que si una persona llega al centro de salud con un malestar, eso es lo que debe asistir. Que cese el malestar declarado. El abordaje sintomal es todo lo que la APS dice que no. Y por eso el enfoque de derechos también se le contrapone al abordaje asistencialista, porque sabemos que detrás de todo malestar, existen vulneraciones a derechos presuntas, que, al menos, deberíamos explorar, antes que dar por hecho que el sedar el síntoma constituye todo el abordaje. Sedar el síntoma, callarlo, es justamente acallar esa vulneración de derechos.

En materia de salud mental esto es aún más claro que en el plano fisiológico o infectológico. Supone repensar toda una serie de prácticas surgidas en distintos momentos histórico-sociales, donde el sujeto era visto parcialmente y sólo como un ser “asistido”, sin otro rol que el de ser receptor de una práctica “médica”. De ahí el instrumento “consultorio” como un dispositivo vetusto y hasta descangallado para atender la mayoría de las demandas actuales de intervención.

En particular, cuando nos referimos al mundo de la locura, aún se sigue pensando en intervenciones propias del siglo XIX, o sea, el encierro en antros extra-urbanos, fuera de toda lógica inclusiva. Esa respuesta centenaria además conlleva una necesaria articulación entre tres componentes casi feudales pero básicos en el funcionamiento del suceder cotidiano de la vida social:

- La incapacitación plena
- La tutela del Estado
- El tratamiento vía expulsión comunitaria

No puede ser esto más ajeno a la estrategia de APS y en enfoque de derechos que le da base ética. Por lo tanto, es preciso profundizar un camino de reversa de esa estrategia excluyente mediante un abordaje que ponga en crisis, cuestione y modifique dichos elementos propios de la manicomialización del sufrimiento mental. A saber:

- a) la administración de justicia civil (antes que penal) y la consecuente modificación de prácticas asilares y tutelares que

caracterizaron su historia reciente y -en muchos casos- aún su presente);

b) la inclusión del enfoque de derechos (para dar cumplimiento efectivo a la Constitución Nacional) y

c) enfocar lo mental de la salud con perspectiva comunitaria, indispensable al momento de sostener el enfoque de derechos en las prácticas concretas, marcadas por la necesidad de establecer como eje de la planificación de políticas públicas (servicios y prestaciones) a la Atención Primaria en Salud.

Las disciplinas que intervienen en el campo del padecimiento de preponderancia sintomal en lo mental, emergieron de un contexto social determinado y como necesidad de dar respuestas o conceptualizar respecto de una serie de cuestiones que debieron resolver: optimizar la productividad de la población activa al momento de la revolución industrial. Los seres no productivos debían apartarse socialmente, porque se destinaban demasiados tiempos de cuidados a su contención. Así, el campo de “la locura” (tal como era significada en ese momento) fue abordado por el Estado en proceso de inserción al capitalismo más rancio. En ese objetivo estableció las macro-instituciones (en general en predios amplios lejos de las ciudades, mediante instancias de producción agrícola asociada). Así fue como se delimitó su objeto de estudio y, en cierta medida, sus estrategias de abordaje. De ahí venimos⁷.

El encierro institucional o la atención fuera del marco comunitario de vida, para las personas con problemas de salud debiera ser el último recurso de intervención; y por un tiempo muy acotado que se debe restringir a contener una crisis que pudiera ocasionar daños. Esto no se plantea en este actual contexto de empoderamiento del enfoque de derechos⁸. Por decir un hito, fue ya acordado hace decenios en el marco de las Naciones Unidas. Sin embargo, y a la luz de los procedimientos cotidianos de las políticas públicas y los agentes de la administración de justicia, el modelo de intervención manicomial de exclusión social suele ser el primero y -a veces- el único. Esto requiere una urgente revisión, pues está en franca contradicción con nuestro marco legal vigente: la Constitución Nacional.

En efecto, una política pública en lo mental de la salud debe tener presente al menos cinco consideraciones básicas:

1) La necesidad de integrar recursos humanos propios del Estado en el nuevo enfoque, a partir de una tarea docente permanente de capacitación, pues sus formaciones de grado o técnicas (según el caso), se han caracterizado, salvo excepciones, por la enseñanza programada desde el enfoque asistencial,

libremercadista y con enormes falencias en términos de planificación y gestión de políticas en salud pública. Todo ello, una vez que se posiciona al profesional en el territorio (fuera del centro de formación) puede conducir a situaciones de vulneración de derechos, claramente estatuidas por nuestro encuadre jurídico actual⁹.

2) La urgente tarea de actualizar los planes y programas universitarios de formación, apuntando a la capacitación en sanitarismo, acciones comunitarias participativas, planificación estratégica y gestión institucional de políticas salubristas, y otros temas de manejo imprescindible en el actual esfuerzo por parte de las agencias y organismos del Estado por cumplir con los mandatos dictados constitucionalmente, sobre todo por los instrumentos de derechos humanos conculcados en nuestra Carta Magna¹⁰.

3) La necesaria inclusión de los aportes de los movimientos sociales con enclave territorial en la consideración comunitaria de los dispositivos de intervención, toda vez que conforman las nuevas estrategias de organización (redes de comedores barriales, centros de gestión jurídica, espacios de atención primaria de abrigo, vivienda, documentación, espacios de apoyo escolar, etc.), lo cual las constituye en herramientas insustituibles de una planificación participativas de políticas públicas en Salud.

4) La co-gestión activa (intersectorialidad) mediante la inclusión efectiva de personas, grupos y entidades de la comunidad local, en un proyecto colectivo que nos permita sistematizar una fuerza nucleadora de disciplinas y saberes diversos de lo psicosocial, es hoy en día fruto de un enfoque que ha logrado superar prejuicios profesionales sobre el origen del conocimiento, su capacidad de aplicación y, sobre todo, sobre la calidad de las prestaciones, antaño pensadas como privativas del *"hombre de ciencia"*.

5) La intervención participante que supone la APS: desde el abordaje democratizante que implica el encuadre participativo del enfoque de derechos, todas las personas y cada uno de los grupos humanos son necesarios en la estrategia APS.

Dicho con otras palabras, es irrisorio e ilógico pensar en el formato único (e inmodificable) del dispositivo del uno a uno, encima desde dispositivos artificiales respecto la vida cotidiana, como herramienta para lograr una atención integral que privilegie la contención comunitaria de los conflictos y de sus sujetos más vulnerables. Fue

funcional en otro momento histórico, cuando reinaba la consabida “solución” alienista (que nunca lo fue) de la institucionalización del sujeto que padece “mentalmente”. Hoy, en nuestro contexto actual, es más parte del problema de que la solución. El enfoque de derechos en salud mental presupone entonces el trabajo territorial en los núcleos de vida comunitaria: en las casas, en los asentamientos, en las escuelas, en los trabajos, en las entidades barriales, y así análogamente.

Esto exige entonces una configuración participativa con esos tres tipos de actores sociales. Y entonces aquí cabe una reflexión acerca de la función social de la Universidad Nacional. Rediscutir este tema se vuelve nodal a la hora de instrumentar una formación acorde con el marco legal del enfoque de derechos. Esto permitiría que los jóvenes profesionales que intervienen en el ámbito de lo mental, puedan visualizar claramente las prácticas ajustadas a derecho y, a su vez, ver sus ventajas relativas, en cuanto a las condiciones de atención de los sujetos de intervención, como en lo referido a su propia salud y bienestar como trabajador del campo sanitario.

Hoy en día, en cambio, *estudiantes sabelotodo de fotocopias*, poco pueden hacer a la hora de intervenir para garantizar el acceso al derecho a la salud de poblaciones enteras, toda vez que su mirada se centra en la capacidad de ese sujeto para ser asistido (y solamente eso) desde sus escasas herramientas y con una precaria experiencia en procedimientos de atención diversos a los que establece el mercado liberal de la salud: la escucha. Bien por ese recurso, pero es insuficiente. Tan insuficiente es que resulta o, en última instancia, puede resultar, revictimizante y hasta excluyente del ya vulnerado¹¹.

3. Algunas ideas generales para una propuesta de política pública en lo mental de la salud

Partimos de una base realista y lamentable: la falta de una Ley General de Salud. Esto introduce el principal escollo para una política integral en el tema. Si se está ahora impulsando una nueva legalidad en salud mental, y se debaten cuestiones de enfoque, de estrategias y asuntos tan vastos y generales, es por ello. La normativización sanitaria está operándose desde la discusión del proyecto de Ley de Salud Mental y no debiera ser así, pues ya lo tendríamos que tener saldado con una ley sanitaria integral.

Nuestro país se debe una ley general de salud, y las provincias también la necesitan. La única provincia que tiene una ley general de salud (2010) es la provincia de Misiones, y eso nos ha hecho arrancar muchísimo más rápido que con las otras provincias con las reformas

en salud mental. La existencia de una ley general de salud fortalece por su sola presencia las políticas públicas de salud mental. Lo vimos *en vivo y en directo* al trabajar con la provincia de Misiones, donde se aceptó el mecanismo de implementación de la normativa nacional en forma casi mecánica. En comparación con otras: ¿Cuál era la diferencia? Que en esta provincia no tenemos que acordar con el Ministro de Salud la aplicación de la Ley, en cambio en las otras hay que convencer al Ministro de Salud con su ideología más o menos restrictiva, sobre la conveniencia del enfoque de derechos y la necesidad de implementar una estrategia de APS.

En ausencia del marco general legalizado que estableciera un ECRO para la política sanitaria, exponemos entonces algunos principios de nuestro ideario filosófico constitucional, que es aquello de lo cual ya disponemos.

3.1. Para una estrategia sanitaria coherente con nuestra Constitución Nacional

Decíamos que si se pretende dar cumplimiento a la Constitución Nacional, se impone dar un abordaje especial y específico al desarrollo de una política pública destinada al mejoramiento de la *salud colectiva*, lo cual que no implica renunciar a la hoy predominante -y hasta asfixiante- línea directriz de la atención clínica, sino el hecho de incluirla **en un abordaje que aúne la promoción, con la prevención, la asistencia y la llamada “rehabilitación”, desde la Atención Primaria en Salud**, con especial hincapié en los estilos de vida saludables (y la modificación de los que no lo son). El encuadre específico para ello no puede prescindir de la INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Esto implica además, el abordaje y estudio de las comunidades desde la perspectiva y la formación de la Psicología de la Salud, y la marca que imprime en nuestro país (y región) en los estilos de vida de las poblaciones más vulnerabilizadas. Plantear este enfoque supone asumir una perspectiva salubrista. Esta, representa una de las dimensiones básicas de la propuesta aquí esbozada (junto al enfoque de derechos), pues implica la inclusión de las personas y grupos en prácticas de estilos de vida saludables, así como las acciones de intervenciones preventivas de procesos subjetivos implosivos (psicosomáticas, trastornos alimentarios, adicciones, dependencias en general, etc.) y explosivos (violencia, exclusiones por discriminación, maltratos, etc.). Ahora bien, todas estas problemáticas (tan diversas como complejamente entrecruzadas y multideterminadas) requieren ser atendidas desde la política pública integral en Salud, para su eficiente y eficaz atención, sin establecer las ficticias separaciones

antinómicas entre lo mental y lo corporal, lo analizable y lo no analizable, lo atendible y lo no atendible, o entre lo normal y lo patológico.

El Estado, como garante del derecho a la salud, no puede -o no debería- darse ese lujo de elegir sobre aquello que le es solícito desde la comunidad como demanda de intervención, ni tampoco debería conformarse con responder a dicha demanda como única acción (solo atiendo a quien me demande, como quiero que lo hagan, para así luego poder escucharles con mi artificio preferido), toda vez que los grupos más vulnerabilizados mal pueden demandar sobre aquello que los sojuzga o los castiga, sin dejarlos con la mínima capacidad de decidir algo sobre sus padecimientos.

En consecuencia, una estrategia de atención pública masiva en *lo mental de la salud* debiera contemplar una serie de cuestiones básicas enraizadas con el salubrismo como estrategia básica de las estrategias de intervención. Esto implica partir (sin contentarse con ello, claro) de los saberes presentes en las mismas comunidades, para construir participadamente la agenda de temas a ser abordados, es decir, operar desde la *Investigación-Acción Participativa*. Se trata de un encuadre metodológico apto para la intervención de probada eficacia en comunidades vulnerables con a) dificultades para acceder a los servicios de salud y b) cuando es ostensible la no visualización (o invisibilización) de problemáticas y comportamientos que la dañan o la vulneran.

Así, se procura facilitar a la población con (no sobre) la que se interviene **el efectivo acceso al derecho a la Salud**, incluido en la Constitución Nacional de 1994, en la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos (Art. 5, ONU).

Dar cumplimiento a este nodal derecho, implica la implementación sistemática de una política pública de salud en cada una de las comunidades -haciendo énfasis en las más vulnerables- mediante un Programa centrado en:

- la *Investigación-Acción Participativa* como modelo de abordaje;
- la formación de *Recursos Humanos* capacitados en abordaje comunitario, para la intervención desde *el enfoque de derechos* y la perspectiva *salubrista* y
- la asistencia técnica permanente sobre *Promoción de la Salud* y *Prevención de situaciones de vulnerabilización psicosocial*, como instancia científica, desde la cual elaborar las acciones necesarias para poner en vigencia el Derecho a la Salud (Declaración Universal sobre los Derechos Humanos -ONU-).

Esta caracterización tiene por objeto promover comportamientos saludables, reducir las situaciones de vulnerabilidad psicosocial, resignificar la prevención en salud comunitaria, establecer el principio de la intervención mínima, generar y difundir los conocimientos que derivan de esas iniciativas y dar respuesta (atención y/o derivación) a las demandas de asistencia técnica especializada.

Esta concepción no surge de una ocurrencia nuestra: se encuentra al interior de la normativa internacional y nacional. Las nuevas producciones colectivas que surjan de la puesta en marcha de la política pública sanitaria (coherente con el enfoque de derechos) va generando nueva normativa, que empuja por salir a la luz. Es el caso del debate sobre el proyecto de Ley Nacional de Salud Mental.

3.2. Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud

Una propuesta sanitaria de este tipo, debe propiciar la consecución de principios básicos desde los cuales se impulse la nueva política pública salubrista en lo mental de la salud. Para ello se requiere establecer previamente -aunque con la flexibilidad necesaria- patrones de organización de las iniciativas que conformen la puesta en acción de la estrategia sanitaria general, con un plan de trabajo a mediano y largo plazo. Con ello se procura:

1. Posibilitar un abordaje integral de las problemáticas de salud prevalentes, sin ceder a la tendencia actual de recortar su atención en lo meramente sintomático (es decir, no transformar la atención en una asistencia);
2. Diseñar participativamente acciones e iniciativas orientadas a contribuir a una política local operativa, sustentada en los lineamientos nacionales e internacionales presentes en la nueva Constitución Nacional, pero desde el territorio, no desde los escritorios;
3. Consolidar bases teóricas y técnicas para desarrollar redes de contención comunitaria, recurriendo a la *intersectorialidad* del enfoque y la *interdisciplinariedad* en la estrategia del equipo¹², ambas sustentadas en procesos de participación activa, derecho al disenso y co-gestión, que tiendan a disminuir la vulnerabilidad de la población desde instrumentos centrados en la escucha a los grupos y colectivos en los cuales se interviene sanitariamente;
4. Reconsiderar la función social y psicosocial de los Sistemas de Atención de Salud, procurando la construcción de instrumentos de diagnóstico y de abordaje acordes a la Constitución

Nacional, que se centren en las capacidades de las personas, antes que en sus minusvalías.

La necesidad de recursos humanos formados desde esta nueva cosmovisión de política pública, presupone requerimientos institucionales y comunitarios, a los que se agrega la necesidad de contar con profesionales y técnicos capacitados teórica y técnicamente, al efecto. Al trasladar el saber a lo que emerge en el contacto con la Comunidad, desde la práctica técnico-académica (Universidad, organismo rector en salud comunitaria, etc.), se hace evidente que la **docencia**, la **investigación** y la **asistencia técnica**¹³, desde un análisis crítico, sólo pueden desenvolverse correctamente dentro de un marco interdisciplinario e interinstitucional que asegure un enfoque acorde a los hechos o problemáticas que se pretende abordar, posibilitando una eficaz respuesta científica a las demandas que nos presenta el desarrollo social del país y de la región.

Este enfoque de política pública en lo mental de la salud con pretensión salubrista e integral (desde el paradigma de la complejidad) supone entonces que se debiera apuntar principalmente a:

1. **TERRITORIALIDAD:** Realizar un **aporte concreto, teórico-metodológico, a políticas y programas** en el nivel zonal y municipal (con bajada al territorio local), **del área de Salud Comunitaria** (con prioridad sobre niños, niñas y jóvenes), que posibiliten la adecuación de las políticas específicas en el marco de la Constitución Nacional, específicamente, de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas y documentos conexos.

2. **PROMOCIONALIDAD:** Contribuir a definir acciones tendientes a **consolidar estrategias de atención y contención comunitaria** de las problemáticas de salud y la generación de instancias de sensibilización y/o aprendizaje para la incorporación de comportamientos saludables, sobre todo para niñ@s, adolescentes y jóvenes, evitando en lo posible la privación de libertad temporaria o permanente (así como cualquier medida de aislamiento o institucionalización).

Desde estos dos ejes transversales, se podrían establecer brevemente los siguientes principios de acción salubrista que inspiran el modelo aquí presentado:

1. *Aplicación de los lineamientos y recomendaciones de Naciones Unidas en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la violencia;*
2. *Cumplimiento de los Derechos Humanos y atención de la vulnerabilidad psicosocial y su vinculación con los procesos de desarrollo humano sustentable en las comunidades vulnerables en las que se implemente la política pública sanitaria;*
3. *Promoción de la cooperación en la construcción del saber sanitario, recurriendo a herramientas y estrategias imprescindibles al enfoque de derechos: interdisciplinariedad, intersectorialidad, interinstitucionalidad.*
4. *Coordinación de esfuerzos y armonización de los abordajes para la implementación de las iniciativas sanitarias como única política pública, sin superposiciones ni incoherencias severas;*
5. *Ejecución de acciones de intervención específicas para la aplicación y transferencia de tecnologías en promoción de comportamientos saludables y reducción de situaciones de vulnerabilidad psicosocial, alentando, impulsando y/o sosteniendo iniciativas específicas tendientes al acceso efectivo al derecho a la Salud, en comunidades y grupos vulnerables;*
6. *Reglamentación precisa de formas de participación comunitaria en servicios, prestaciones e iniciativas, mediante de dispositivos implementados en territorio, con control por parte de la sociedad civil;*
7. *Consolidación del respaldo científico y tecnológico en los centros de formación de profesionales y técnicos en el marco del Jushumanismo¹⁴, tendiente a superar las tradicionales formas y contenidos de capacitación e intervención que no contemplan las nuevas normativas internacionales (Naciones Unidas) y del país (Constitución Nacional), que reemplace el ideario de “objeto de asistencia” por el de “sujeto de intervención”;*
8. *Establecimiento del principio de intervención mínima (el tratamiento menos restrictivo posible, el menos invasivo respecto de la limitación de sus derechos), como eje de las prestaciones institucionales en Salud;*
9. *Evaluación de las prácticas y servicios de acuerdo a criterios de eficacia y eficiencia prestacional, contruidos en base al enfoque de derechos y a precisos estándares de calidad epidemiológicamente probos;*

Estos principios suponen un modelo salubrista de atención integral interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial, construido a partir de conceptualizaciones sustentadas en la memoria del Sanitarismo, el paradigma de la Complejidad, y la actualidad y vigencia del Estado de Derecho. Allí, lo mental es un componente -inseparable- de una política sanitaria, y no un campo de exclusión, el de la locura.

El equipo interviniente en el diseño y ejecución de la política pública debería ostentar una excelente actualización en estos temas, así como conocimiento de las sistematizaciones de experiencias emprendidas desde otros organismos, a fin de rever obstáculos y anticiparse a los inconvenientes que suscita el proceso de transformación. Por último, es fundamental establecer parámetros de seguimiento, mediante investigaciones evaluativas, que permitan ir reformulando las acciones e iniciativas que no han dado los frutos esperados. Esto requiere contemplar un componente que piense el proceso de implementación de la nueva política pública sanitaria como una investigación científica (evaluación continua del proceso).

4. El auxilio ético del enfoque de derechos en las políticas públicas de salud comunitaria con énfasis en lo mental

Todo proceso de transformación institucional (y más aún a nivel de las políticas públicas) es objeto de todo tipo de resistencias. Se juegan las consabidas resistencias de quienes temen al cambio de paradigma, bajo el miedo a perder posiciones instaladas y privilegios establecidos desde antaño, con posturas donde suelen preponderar posturas enraizadas con intereses sectoriales o particulares. También, es de esperarse reacciones fruto de temores por no poder adaptarse a las nuevas exigencias del modelo que se impulsa desde la nueva política pública. Sin duda, no se trata de un camino cuyo recorrido sea lineal y tranquilo. En todo proceso de este tipo abundan problemas y circunstancias difíciles para el operador de las políticas públicas. No planteamos un enfoque ingenuo al respecto. Por ello, creemos pertinente brindar una herramienta de buen resultado en varias experiencias previas, de nuestro país y de otros de la región. Vamos a ella.

Es fundamental encuadrar la política pública sobre las bases de un eje insobornable. Consideramos que hacer vigente y plena la Constitución Nacional, sobre todo en lo que específicamente implica para las políticas públicas de Salud, encuentra un respaldo doctrinario y un sustento jurídico irrefutable. En todo caso, será debatible

luego la forma tal o cual en que dicho marco doctrinario se pondrá en vigencia. Será esa -en todo caso- una discusión admisible, la metodológica.

En nuestro país, entonces, es fácil de defender una política pública de derechos humanos en el ámbito de la salud comunitaria. Simplemente, es constitucional. Lo mismo ocurre con el proyecto de Ley de Salud Mental. Se nos aparece como una propuesta que, ajustada a derecho, nos permite tomar un tiempo extra (de espera y expectativa) en la implementación de la nueva política pública, por cuanto se trata de poner en práctica una nueva modalidad de trabajo, donde todos los sectores son requeridos, pero donde -además- todos los sectores deben modificar posiciones y formas de intervención pre-constitución del 94'. Estamos a más de 15 años y seguimos en este punto.

Si se dan los pasos adecuados establecidos por los principios arriba señalados, el respaldo comunitario será progresivo, en la medida que la nueva política pública vaya dando sus frutos y se integre poco a poco en las organizaciones sociales locales. Esto requiere establecer un discurso claro y explícito donde se logre plantear el marco referencial de la Doctrina de los Derechos Humanos. Es de esperarse, que algunas personas reclamen el regreso al modelo anterior, ya perimido, en tanto ha sido el modo de vincularse con el Estado quizá durante toda su vida. Seamos comprensivos, pero también ratifiquemos el plano legal vigente. Hoy en día, por decir un tema, negar accesibilidad a tal o cual problemática de salud en un centro de APS es abandonar a la persona en el primer canal de ingreso al sistema de salud¹⁵, y es claramente ilegal. Si en el pasado esto era admisible y hasta inclusive ahora, no por ello es legítimo hoy. La tradición no mata ley. De lo contrario, todas las leyes serían innecesarias y superfluas. El enfoque de derechos gobierna nuestra Constitución Nacional; pues bien, es el enfoque vigente hasta tanto se la modifique.

No sería extraño entonces que sea necesario complementar la puesta en marcha del plan de trabajo sanitario cualquiera, con seminarios o talleres de casos desde abordados o leídos desde el enfoque de derechos humanos, haciendo énfasis en lo referido al derecho a la salud¹⁶. Experiencias previas nos han enseñado que amplios sectores de la población (incluidos los profesionales) desconocen pautas básicas al respecto, como en lo atinente a consentimiento informado, las prestaciones básicas que debe garantizar el Estado, derecho a la defensa jurídica en ocasión de privación de derechos como la intimidad o la libertad de circular, a preservar sus vínculos, a la maternidad, a conocer su situación de salud, a decidir todo sobre los diversos aspectos de su tratamiento mientras sea posible, etc. En realidad, toda

intervención en salud no debiera suspender la ciudadanía plena del sujeto de intervención, en general. Este saber sobre los derechos del sujeto en lo referido a las prácticas de atención sanitaria aplicables a su persona, deberá ser construido, pues no está instalado ni mucho menos aprehendido ni cultural, ni social, ni institucional, ni profesionalmente¹⁷.

Una actividad permanente de formación sobre derechos humanos al personal sanitario parece imprescindible, no solamente se trata de difundir civilidad con la población local. Es fundamental que los técnicos y profesionales manejen la normativa internacional y nacional en el tema de “derechos de los pacientes” y ser proclives a repensar sus prácticas a partir de esta nueva legalidad instituyente, de modo de adecuar sus ejercicios profesionales para ponerlos en consonancia con los derechos inculcados por la Constitución Nacional.

A modo de ejemplo, cabe situarnos con el instrumento fundacional de la Doctrina de los Derechos Humanos. Sería estratégico que los trabajadores de cualquier servicio en Salud Comunitaria concibieran a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como:

- a) Acta fundante, del mayor grado de consenso alcanzado nunca acerca de una concepción del Hombre, sin privilegios ni discriminaciones de ningún orden (raza, color, sexo, idioma, religión, posición política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o diferencia de cualquier otra índole).
- b) Conquista de la Humanidad después de siglos de enormes sacrificios y luchas prolongadas de grupos, sectores y comunidades oprimidas y / o discriminadas, que alcanzaron con la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, reivindicaciones de justicia y requerimientos de igualdad largamente anhelados, hecho particularmente evidente para las naciones consideradas no pertenecientes al mundo desarrollado.

Sin embargo, en numerosos ejercicios prácticos que hemos desarrollado en diversas capacitaciones con personal de salud¹⁸, el conocimiento de este documento marco general es tan escaso, que bien podría caratularse como inaplicado en las prácticas concretas de estos técnicos. Y estamos hablando de un instrumento proclamado en 1948, que se ha incluido a nuestra Constitución Nacional de 1994, con una profusa difusión. Imaginemos la situación con otros instrumentos, como los de Salud Mental y/o los de promoción de la Salud.

En conclusión, consideramos imprescindible para el desarrollo de la organización de los dispositivos de atención integral de la salud comunitaria, la tarea pedagógica general de difusión y reflexión en

torno a los instrumentos de Derechos Humanos, como eje de las Políticas Públicas en el ámbito.

La capacidad de integración de las comunidades, de los grupos y las personas marginales y excluidas en una Política Pública de Salud participativa y salubrista, es solo posible a través de formas adecuadas de intervención con enfoque de derechos, tendientes a la restauración (vía fortalecimiento) de las redes solidarias originales. Esto requiere superar -mediante alternativas integrales y desde la perspectiva de la complejidad- al asistencialismo (propio del llamado Estado de Bienestar) y al clientelismo político (propio de las manipulaciones partidistas en las desviaciones del Estado Democrático). Será facilitando la **Participación**, como podremos instaurar una cultura democratizante del acceso a la salud (principio de equidad), desde la promoción de procesos sociocomunitarios de organización y el desarrollo de espacios solidarios compartidos, base de la única democracia posible, para la plena y auténtica vigencia de los Derechos Humanos.

Ahora bien, esto supone el **reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables** de todos los miembros de la familia humana, mediante el rescate de la memoria histórica y la identidad cultural de sus comunidades y grupos de crianza como fundamento de la justicia y la equidad distributiva, que hacen insoslayable en la convocatoria para toda acción emprendida en conjunto, el acuerdo pleno y total en cada uno de los fundamentos establecidos por nuestra Carta Magna.

Anexo normativo

Los documentos están ordenados cronológicamente, independientemente de su carácter jurídico como instrumento, hasta julio del año 2010.

1- ONU y Organismos Internacionales: Marco Normativo y Conceptual Internacional sobre los DD.HH., Discapacidad y Salud Mental, en la materia es profuso aunque ciertamente muy poco conocido. Presentamos a continuación algunos instrumentos, sin la expectativa de dar un listado completo, sino de señalar algunos fundamentales para el diseño de una política pública en lo mental de la salud:

- **Recomendación sobre la “Adaptación y readaptación Profesionales de los Inválidos”.** Organización Internacional del Trabajo. 22 de junio de 1955. Sesión de Conferencia Gral. Nº 38 OIT.

- **Declaración de los Derechos de Retrasado Mental.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 2856 (XXVI) del 20 de diciembre de 1971.
- **“Declaración de Alma-Ata”,** resultado de la Conferencia Internacional sobre **Atención Primaria de la Salud.** Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.
- **Programa de Acción Mundial para los impedidos.** Para el Año Internacional de los Impedidos (1981) –Aprobado 3/12/82 por Asamblea Gral. Resol. 37/52.
- **Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud en la protección de personas presas y detenidas.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 37/194 del 18 de diciembre de 1982.
- **Convenio sobre “Readaptación Profesional y Empleo de Personas Inválidas”.** Organización Internacional del Trabajo. 20 de junio de 1985. Sesión de Conferencia General N°69 OIT.
- **Reunión Mundial de Expertos para examinar la marcha de la ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos.** 1987. Estocolmo.
- **“Declaración de Caracas”,** resultado de la **Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud.** Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.
- **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991.
- **Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental.** Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. 1995.
- **Inclusión plena y positiva de las personas con discapacidad.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 48/95 del 20 de diciembre de 1993.
- **Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.** Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 48/95 del 20 de diciembre de 1993.
- **Declaración de Montreal sobre la Inequidad en el acceso al derecho a la Salud.** IX Congreso de la Asociación Internacional de Economía de la Salud. 16 de junio de 1996.
- **Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los**

Derechos Humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos. Asamblea General. Naciones Unidas – Resolución N° 53/144. del 09 de diciembre de 1998. 85º sesión.

- **Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de la Personas con Discapacidad Mental** (Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Santiago de Chile, 4 de abril de 2001, aprobado por la Comisión en su 111º Período de extraordinario de Sesiones).

- **Nuevas Directrices para medir la Salud.** Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa OMS/48. 15 de noviembre de 2001.

- **OMS (2001) Informe “Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas”.**

2. Instrumentos Internacionales de Carácter Constitucional

- **Declaración Universal de Derechos Humanos.** Asamblea General. 1948.

- **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.** 9ª Conferencia Internacional Americana. 1948.

- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** Asamblea General. 1966.

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** Asamblea General. 1966.

- **Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.** Asamblea General. 1966.

- **Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).** Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos 1969.

- **Convención contra la Tortura, otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.** Asamblea General. 1984.

3- Normativa Nacional

- Decreto – Ley 8204/63. Registro del Estado Civil y Capacidad de las personas. **(especialmente el Cap. 14: Inscripción de las Incapacidades).**

- Decreto 6216/67. Régimen Legal del ejercicio de la Medicina y Actividades Auxiliares. **Decreto Reglamentario Nacional 6216/67. 24 de enero de 1967.**

- Decreto - Ley N° 22.431/81. **“Protección Integral de las Personas con Discapacidad”.**

- Decreto - Ley N° 22.914/83. **“Régimen Legal de la Internación en Establecimientos Asistenciales”.** 15 de septiembre de 1983.

- **Resolución 1121/86. Establecimientos de Salud Mental y Atención Psiquiátrica** (Requisitos para su Habilitación y Funcionamiento). Resolución del Ministerio de Salud y Asistencia Social. 12 de Noviembre de 1986.
- **Ley Nº 24.660/96. "Ley de ejecución de la Pena Privativa de Libertad"**. 19 de junio de 1996. (Capítulos referidos a temas de salud mental: Cap. IX: Asistencia Médica. Cap. XV: Establecimientos de ejecución de la Pena. Anexo 1: Reglamentación del Cap. XI "Relaciones Familiares y Sociales").
- **Ley Nº 24.901/97 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad"**. Se crea por Decreto 762/97, Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. (Por Decreto 1193/98 Reglamentario de la Ley, crea la Estructura para la implementación del Sistema).
- **Ley Nº 25.421/01. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental**. 4 de abril de 2001. (No está reglamentada. Tiene un claro Enfoque de derechos, con escasa precisión operatoria. Vetado el artículo sobre financiamiento).
- **Ley Nº 25.504/01. Sistema de Protección Integral de los discapacitados**. 14 de noviembre de 2001. (Modifica el Art. 3 de la Ley 22.431).
- **Resolución 245/98. Plan Nacional de Salud Mental**. Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social. 20 de abril de 1998.
- **Ley Nº 17.277. Ejercicio Profesional de la Psicología**. 27/09./1985. Reglamentada por Decreto Nº 905 del 11/12/1995.

Notas:

1. “El enfoque de Derechos en lo Mental de la Salud” era el título original del primer borrador de este escrito. Tuvo como función introducir a los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de la Plata en el tema, dentro del seminario electivo: *“Psicología política de la salud mental pública en Argentina”*. Fue dictado entre los años 2006 y 2009, lo cual me llena de nostalgia y regocijo. Lo pasamos muy bien dictándolo desde la *Cátedra Libre Marie Langer en Salud Mental y Derechos Humanos*. Y su posterior reescritura, a meses de ser aprobada la Ley Nacional de Salud Mental, tiene una historia aparte. Un tipo que se decía mi amigo, me pide que escriba un texto para su libro, con el título de arriba. Luego apareció algo similar en el libro susodicho (que prefiero no intitularlo para preservar el anonimato de los participantes) una versión más lavada y menos personal (seguramente resultó mejor, no lo niego), pero sin mi persona en el lugar de la autoría, sino el suyo. La explicación era que la editorial no aceptaba tantos autores... Era una compilación, sí, claro, pero no eran aceptable -supuestamente- tantos nombres. Solamente permitían cuatro de ellos. Ponele. La versión original de mi texto es del 2010, un artículo inédito, pero no desconocido, por la razón expuesta. He decidido re-trabajarlo un poco, tenuemente, e incorporarlo aquí, con la idea de su productividad para pensar la cuestión que aborda, al efecto de abrir una línea de análisis y reflexión posible, sobre todo para las personas que operan o inciden en las políticas sanitarias. Espero que la editorial ni el autor compilador se ofendan por utilizar este texto en el marco del presente volumen.

2. Con excepción de los estudios realizados por el Programa de Epidemiología Psiquiátrica dirigido por el Dr. Pagés Larraya en la década de los `80 y con el aval científico del CONICET.

3. Al efecto del este texto, hemos redefinido este concepto en el Capítulo 2 del Vol. I: *“Modelos de Externación: Del alta médica a la inclusión social”*. Agrego una aclaración. La Ley Nacional ha permitido instalar la problemática de llamada “rehabilitación” al nivel de lo comunitario y no como una tarea que compete exclusivamente al sujeto. Preparar al vecindario y a los allegados de la persona con padecimientos mentales es tan importante, como su propia terapia. Es pura ideología eso de suponer todo lo concerniente a la “rehabilitación” en y por los llamados *enfermos mentales*. La rehabilitación constituye así un significativo que inhabilita a la comunidad e introduce al sujeto *toda* la responsabilidad en la potencial efectividad por su (re)integración social, o no. Es entonces un término ajeno para una adecuada implementación del enfoque de derechos. El tratamiento se vuelve

ficcional, donde de ciertas acciones o programas rehabilitadores, se acompañan desde el mensaje enviado por el sector salud sobre la falta de voluntad de las personas por salir del hospicio. Ese discurso justificatorio del fracaso del intento de externación, es una excusa que procura no cuestionar el dispositivo de intervención (sin ninguna estrategia de intervención comunitaria en pos de la reintegración), y culpa –lo cual ya es inaceptable, de inicio- al sujeto por no revelarse ante el padecimiento que lo sostiene como “paciente social” (ver capítulo: “*Interdisciplinariedad en el marco de la Ley Nacional 26.657*”) indefinidamente hospitalizado.

4. Lo hemos visto detalladamente en el capítulo 1 del Vol I de esta obra: *Modelos de Estado y políticas de Salud (Mental): Historización*, pero aquí vamos hacia otra línea argumental sobre el mismo planteo.

5. Para más detalle, ver listado de declaraciones e instrumentos en materia de promoción de la salud y de salud mental de OMS, OPS y ONU, entre otras.

6. La relación de necesidad y complementariedad entre Enfoque de Derechos y Metodología propia de la Psicología Comunitaria se trabaja en el libro “*Dispositivos Congelados*”, el cual al momento de la redacción de este escrito estaba ya en imprenta.

7. En la introducción del Vol. I, intitulada “*Críticas al dispositivo manicomial. Por un proyecto de desmanicomialización*” se abordan las consecuencias sociales, psico-políticas y culturales aún perdurables en la sociedad actual.

8. En referencia a la discusión del proyecto de Ley Nacional, en ese momento en debate en el Senado de la Nación.

9. Una vez aprobada la Ley Nacional 26657, unos pocos meses después, esto se vuelve aún más patente y sobre todo, urgente.

10. Nos referimos al artículo 75°, Inciso 22 de la Constitución Nacional.

11. En el Capítulo 8: la interdisciplina en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la democratización de los equipos. se habla de esto al desarrollar el ejemplo de las personas hospiciadas que no tienen DNI.

12. En el sentido que le dimos en el capítulo 8 y en el Epílogo de este Vol. II, o sea, como espacio democrático de circulación de saberes.

13. Debo lo que he aprendido al respecto a las enseñanzas de Juan Carlos Domínguez Lostaló, quien nos inculcara hasta el cansancio (nuestro, no de él), la importancia de la tríada inseparable descrita, sobre todo en lo atinente al ámbito universitario.

14. Justicia (equidad, accesibilidad, universalidad) basada en los Derechos Humanos.

15. El ejemplo refiere a los casos en los cuales el o la profesional de la medicina general (o clínica) y/o de la psicología, escogen “*clientela*”

en el primer nivel de atención, cual si estuvieran en su consultorio privado propio del ejercicio liberal de la profesión. Se analiza esta situación de modo más profundo en el libro *“Dispositivos Congelados”*.

16. El cap. 4 del Vol. I. *“El modelo asilar y su transformación desde el enfoque de derechos: el caso de la Colonia Montes de Oca”* es un ejemplo de esta práctica. No es el único. En todos y cada uno de los procesos de transformación institucional que he participado fue imprescindible instalar un espacio de este tipo, reflexivo y evaluativo, como parte del dispositivo de reforma. En los capítulos que componen la tercera parte de la presente obra incluimos algunos relatos al respecto.

17. Esta formación vale aún mucho más para la Ley Nacional, en tanto no solamente profundiza en ese campo el enfoque de derechos (sobre todo en el art. 2 al introducir los llamados *“Principios de Salud Mental”* de la ONU y en art 7), sino que además modifica las prácticas psicojuridicas y la forma global de entender el rol del técnico y del sujeto de intervención, quitando todo viso de tutela (del Estado) y de cosificación del padeciente, presumiendo su capacidad para entender y decidir sobre su abordaje.

18. En el Capítulo 4 y el Capítulo 6 del Vol. I existen ejemplos al respecto. También se trabaja este tema en el cap. 17 del presente Vol. II.