

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 7

ALGUNOS EJES ESTRATEGICOS PARA UNA POLITICA PUBLICA EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA LEY NACIONAL 26.657¹

Yago Di Nella
2011

En este espacio vamos a trabajar algunas cuestiones que, por un lado, nos son necesarias a todos como equipo general y que, por otro lado, también son necesarias en el marco de un trabajo que nosotros consideramos debe tener algunas pautas mínimas, comunes para todo el proyecto institucional, independientemente de la función, del lugar y de las acciones específicas que hace cada grupo, cada equipo, cada programa, depende el caso².

1. Introducción

Lo que hoy me gustaría introducir son algunos parámetros generales, y en el tema específico que me habían solicitado de la interdisciplina³, lo vamos a abordar no sin antes darnos un tiempo para un planteo general.

Muchos de ustedes ni siquiera se conocen. Proviene de equipos que no tienen prácticamente contacto. Algunos están trabajando en territorio, otros están trabajando en la oficina, otros están trabajando sin oficina, pero con el mismo entusiasmo, otros no están trabajando (risas), son distintas situaciones. Algunos de ustedes son personal histórico del Ministerio de Salud, otros están entrando ahora, otros están arrancando, hay quienes quisieran estar (voluntarios), así que desde ese punto de vista tenemos una situación muy diversa en este salón⁴.

Las profesiones que hay aquí también son muy diversas: tenemos acompañantes terapéuticos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, después tenemos el caso extraño de personas que tienen varios títulos, pues han estudiado varias carreras, tenemos psicólogo y trabajador social, psicólogo y abogado, antropólogo y abogado, y a su vez tenemos especialistas en distintos campos, gente que labura mucho en APS, gente que está trabajando mucho en una temática específica, como la prevención del alcohol, la atención de las adicciones. Hasta -por citar un ejemplo en el campo del derecho-, desde la creación de la Dirección, tenemos la inclusión de abogados penalistas, administrativistas y abogados especializados en infancia, y así nos ocurre con todas las disciplinas. Hemos incorporado, además, comunicadores sociales, una economista, ahora un contador. La primera pregunta es ¿por qué sería necesaria esa diversidad en el campo de la Salud Mental? ¿Por qué no incluir psiquiatras y psicólogos y ya? La imprescindible apertura disciplinaria del campo es un primer efecto positivo de la Ley Nacional.

¿Cómo hacemos, sin embargo, con toda esta diversidad, para tener algunas políticas e iniciativas básicas en común? Sobre todo porque estamos incluyendo, en el equipo de la Dirección Nacional, representantes de familiares y usuarios como trabajadores del organismo. Incluso tenemos la incorporación de personas que más allá de su saber, no provienen del saber técnico, académico, universitario, sino de otros ámbitos. Esto sí es inaugural. Integran este equipo personas que son ex pacientes y familiares, justamente para escuchar y compartir con aquellos que han vivido desde dentro el problema manicomial y la falta de acceso a los servicios de salud mental.

Bueno, este es el desafío por el cual nos hemos citado hoy. En parte estamos aquí porque queremos trabajar informando algunos criterios, contemplando además que algunos tienen una preferencia por el saber académico, es decir que provienen de la academia, otros provienen del saber técnico, territorial, otros provienen del saber con el tema con el que están operando, depende del lugar de pertenencia, incorporando además tecnología.

Dicho todo esto, mi planteo inicial aquí es cómo podemos hacer para constituirnos en un equipo de trabajo que tenga algunas ideas básicas, que trasciendan el lugar específico en el que se encuentra cada quien. Bueno, ese es el desafío que tenemos por delante en los próximos tiempos. Para esto, yo quisiera plantear algunos ejes básicos antes que nada.

Estos ejes básicos son los ejes de la gestión a mi cargo, y que extraemos de la normativa que rige a nuestra Dirección Nacional, que es el decreto nacional que la creó (Decreto 457/2010), la Ley Nacional de Salud Mental recientemente sancionada y el resto de las normativas vigentes, en referencia a nuestro campo de salud mental. Estos ejes tienen que ver con cuatro o cinco problemas básicos que debieran estar implícitamente resueltos en cualquier acción que realice cualquier equipo o cualquier funcionario que proviene de esta Dirección. Es lo que Enrique Pichón Riviere llamaba ECRO. Avancemos sobre estos parámetros generales.

2. Enfoque de derechos

El primero de todos es el del enfoque (lo menciono antes porque vamos a partir de la cuestión filosófica o de la articulación entre política y ética, que debe tener todo organismo, al menos desde nuestro criterio). Nosotros decimos que trabajamos bajo el enfoque de derechos, es decir, ya sea que trabajemos con papeles, con personas, en el formato que fuere, nuestra idea inicial es el enfoque de derechos. Pero ¿qué quiere decir esto del enfoque de derechos? Cuando organismos o instituciones de internación prolongada hablan de este criterio dicen: “nosotros también trabajamos con el enfoque de derechos”, sin embargo, después cuando vamos a la práctica, resulta que no es el mismo enfoque.

Bueno, la primera consideración para el enfoque de derechos es que las personas están por delante de los papeles. Se espera que nosotros pongamos por delante a la persona, a cualquier otra acción. Esto de poner el caballo delante del carro; bueno, el caballo, son los derechos.

Vamos a decir algo más del enfoque de derechos. Si ustedes quieren saber cómo se trasunta el enfoque de derechos en nuestro campo, tienen dos normativas básicas para ver y para incorporar que debiéramos saber casi de memoria. Una es el artículo que define los derechos de todas las personas con padecimientos mentales y que está inserto en la Ley Nacional de Salud Mental. El artículo 7 dice ahí cuáles son los derechos que tienen las personas con padecimientos mentales. Eso debiéramos saberlo casi de memoria.

Y el segundo elemento, complementario a éste, es la Ley Nacional de Derechos del Paciente que debiéramos conocer todos, así como nos enseñaron el Preámbulo de la Constitución, igual, deberíamos poder relatar los derechos de los hombres y mujeres en tanto personas, que habitan este suelo en su lugar lógico de sujeto de intervención sanitaria. Uno, define su entidad como ser padeciente con manifestaciones de predominancia mental y, el otro, como persona que afronta un malestar cualquiera y es abordado sanitariamente por ello.

Hay una normativa complementaria a ésta, que está incluida en la Constitución Nacional, pero que ya nos excede un poco y que tiene que ver con los pactos y convenciones internacionales, pero algo específico que me gustaría que estemos todos muy atentos: ustedes saben que en nuestra exitosa versión de la Ley Nacional, en este librito chiquito que circula por todos lados (ya hemos entregado más de cincuenta mil y estamos haciendo ahora veinte mil), hay una segunda parte, que son los Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas, esos principios también tienen un acápite especial sobre los derechos de las personas con padecimientos mentales, o de predominancia sintomática en lo mental.

En esa normativa, hay varios principios vinculados a los derechos, pero hay uno en particular que es el de *consentimiento informado*. ¿Dónde “se ven los pingos” en salud mental? Es ahí, en el tema del *consentimiento informado*. Ahí es donde se ve si realmente una institución o un profesional tienen -o no- un enfoque de derechos, cómo se hace proceso de brindar información y esperar o no el consentimiento sobre las prácticas que se han de realizar o recomendar. Nuestro “Equipo de Fiscalización” de la DNSMyA puede dar cuenta de esto porque lo sufre diariamente: cómo una institución dice que cumple con los derechos humanos, pero vulnera todo el tiempo esos derechos, con el tema del consentimiento informado.

Yo les pido que presten atención a esta segunda parte de la ley que son los Principios de las Naciones Unidas, y que conforman parte de la Ley porque como dice el artículo 2 son parte del texto de la 26657. El equipo de fiscalización tiene claro en este punto, pero es

necesario que todos lo tengamos claro.

Esto sería respecto del primer ítem del enfoque. Por supuesto que se podrían decir muchas cosas más y constituye un curso en sí mismo este solo ítem⁵, solo pretendo aquí presentar estos ejes, sin que por ello los demos por cumplimentados en su abordaje.

3- Red nacional, jurisdiccional y local de atención

Hay un segundo punto para nosotros sustancial en cuanto a la perspectiva con la que encaramos nuestra tarea y tiene que ver con el objetivo de la Dirección⁶. Si ustedes leen el decreto que la crea, el objetivo general es constituir una red de atención, una red nacional, jurisdiccional y local: los tres niveles del Estado.

Tanto el programa de APS como el programa de Trastornos Mentales Severos están concentrados en esta tarea de constituir una red nacional en los tres niveles de atención y reciben el apoyo por supuesto de los demás programas, el programa de justicia, programa de alcohol, la misma unidad de fiscalización.

Esto se trasuntó en estos meses en una acción concreta en la cual participaron todos los programas y que fue la capacitación brindada a los equipos de las provincias que quisieron recibirla. En esa acción concreta es donde se vivenció -con todos los problemas que eso nos generó-, un trabajo desde todos los programas de una acción conjunta de la Dirección Nacional y en la que cada programa aportó un componente para la construcción de una red inter-jurisdiccional.

Hasta el momento, hasta el día de hoy, más de diez provincias ya se han sumado a la conformación de esta red nacional, que implica asignación presupuestaria por parte de la Dirección Nacional, equipos técnicos que -como dicen ellos- “bajan”, y tanto el equipo de epidemiología, el equipo de prevención de adicciones, como el equipo de Trastornos Mentales Severos, es decir, cada uno de los programas y unidades de trabajo de la Dirección Nacional fue haciendo un aporte en el marco de esa actividad.

Esa capacitación la vamos a dictar hacia adentro de la Dirección Nacional en el segundo semestre del año, con presentaciones rotativas de cada uno de los programas, porque debemos tener un único enfoque y eso implica que todo el personal (incluso el administrativo) tome un conocimiento general que haga posible que no sólo el director nacional, éste que les habla, tenga ese panorama general, sino el conjunto del personal y al interior de cada equipo. No podemos pedir a las provincias un trabajo en red si nosotros vamos hacia ellos desarticulados y sin esa mirada general. Es imperioso tener una

visión común y lo haremos mediante este recurso de la capacitación cruzada, entre los diversos programas que componen nuestro organismo. Cuando se haga esto, la idea es que nosotros mismos la hagamos y vivenciar la presentación que hace el equipo epidemiológico con respecto de prevalencia, de incidencia, etc., -que tiene acá sus boletines epidemiológicos y nos puedan contar cómo los construyeron, sus dificultades y la superación de las mismas-; que el programa de prevención del consumo de alcohol explicita también su política respecto de la organización local, así como los abordajes que estamos pensando en articulación con las provincias, las campañas de prevención que se han venido haciendo, y así sucesivamente con cada uno de los programas, incluso el programa de promoción de la salud mental y de prevención de problemáticas sociales emergentes, que acabamos de darle creación.

La idea es que esto se profundice para que tengamos una idea básica, que toda la Dirección Nacional tenga una cobertura ideacional básica de los temas sustanciales con los cuales vamos a pensar la implementación de la Ley Nacional, en interacción con las demás instituciones con las que estamos trabajando y con la que vamos a articular nuestro trabajo, como son la Defensoría General de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación), con quienes hemos trabajado varias iniciativas concretas, varias instancias ministeriales como la SENAF (Secretaría Nacional de Niñez, Infancia y Adolescencia), con el que estamos trabajando la convocatoria de proyectos, las organizaciones nacionales vinculadas al sector de los familiares -con quienes estamos organizando un evento muy importante-, con la OPS (Organización Panamericana de la Salud), con la que venimos trabajando desde el inicio, y así sucesivamente. A todas estas organizaciones estatales y de la sociedad civil las hemos invitado a ser parte. Es decir, esta capacitación tiene que ampliar nuestra potencialidad de trabajo intersectorial, porque nosotros no podemos estar proponiéndoles a las provincias y los municipios que se articulen intersectorialmente y nosotros estar trabajando solos.

En realidad, esta contradicción la tenemos que resolver eficazmente. No podemos plantear a un distrito lo que nosotros no podemos hacer, por eso es tan importante las iniciativas que vamos tomando y voy a citar un ejemplo, en términos de lo que después le planteamos a una provincia. A nosotros nos “cayó del cielo” que cuando salió la ley, los que la impulsamos, los que trabajamos para que la ley fuera tal, nos pasó que no contabilizamos una consecuencia lógica que es que inmediatamente después que salió la ley había que fiscalizar su cumplimiento. Y nos cayó de súbito, tuvimos que

recurrir a los recursos humanos con el que contábamos a fin de año (diciembre de 2010) para salir a fiscalizar inmediatamente, a partir de que se aprobara la ley. Y después de esto nos habilitó, una vez que ese equipo estaba funcionando, produciendo y ampliando sus tareas, que se iniciara una segunda etapa en la cual las provincias nos empezaron a pedir ayuda para armar sus equipos de fiscalización. ¿Entienden lo que planteo? Nosotros no podíamos ir a ayudar a una provincia a fiscalizar si nunca lo habíamos hecho, -bueno, es cierto que el Estado suele hacer estas cosas, pero no es lo que esperamos ni lo que deseamos-. Lo mismo nos sucedió después, cuando nos empezaron a solicitar evaluaciones sobre capacidad jurídica. Fue fundamental hacer la experiencia.

4- La ley y su sujeto. La capacidad como presunción

Hoy voy a hablar un poquito de esto, es importante que todos sepan algo de este problema y es que el Código Civil, digamos la verdad, la Ley 26657 lo ha destrozado, aunque no se lo acepte. Ahora vamos a hablar un poco de esto porque el Estado tiende a hacer como que todo sigue igual, como que todo es lo mismo, como que nada ha cambiado y eso incluye cuando hablo del Estado al Poder Judicial también. Uno de los asuntos clave en este aspecto es que la Ley de Salud Mental es un hito que destruyó, hizo trizas al Código Civil, aunque no diga nada del Código Civil en su texto, aunque no lo nombre explícitamente. En principio, y solo por citar un ejemplo, introduce la presunción de capacidad. Entonces, tuvimos que constituir un equipo de evaluación de *capacidad jurídica*, para trabajar el nuevo enfoque que implica hacer vigente la Ley de Salud Mental en lo que respecta a las personas sobre las que se duda en principio sobre si tienen la capacidad de ser responsables en todas las esferas de su vida.

Y de nuevo, inmediatamente vamos a las provincias y las provincias nos solicitan si podemos hacer algo por ayudarles con el problema de las insanias e inhabilitaciones, a lo cual nosotros hemos dado unas indicaciones básicas y hemos pedido tiempo para constituir nuestra propia experiencia al respecto.

La Ley Nacional implica que todos conozcamos algunas cuestiones básicas, porque cualquier acción concreta, sea esta acción desde una base de datos epidemiológica hasta una intervención con un paciente, o en una situación de desastre, pasando por cualquier acción territorial, implica algunas consideraciones mínimas que todos debemos saber. Por ejemplo, en lo que respecta al régimen de capacidad,

la Ley Nacional pone una frase a la pasada (muchas cosas en la ley están como a la pasada, pero son sustanciales), y es ésta: *“se presume que toda persona es capaz”*, está en el artículo 3°. Eso termina con el Código Civil tal como funciona ahora. ¡Listo! Ahí ya lo destrozó, porque si se presume que toda persona es capaz, entonces, no hay que demostrarlo, que es lo que hoy en día se hace desde el basamento doctrinario surgido del Código Civil velezano. La persona es devaluada en su carácter de ser humano y tiene que demostrar que tiene su capacidad intacta, así es como hasta hoy funciona el Código Civil. Pues no, eso ha terminado. Lo que está diciendo la Ley 26657 es “no, la persona es capaz, usted tiene que demostrar que la persona ha perdido su capacidad y en qué, para qué la hemos de restringir y se deberá ayudarla a elegir -que elija ella- quién será su apoyo social para ejercer, aun así, y de todos modos, su derecho”.

En segundo lugar, si la persona ha perdido alguna de sus capacidades, lo tiene que demostrar un equipo interdisciplinario. Eso rompe la histórica forma del Código Civil en el cual una sola persona, de una sola disciplina, era suficiente, o se recurriría a una segunda, a lo sumo. Se requerían dos firmas, no, dos evaluadores, o hasta se requerían hasta tres firmas, pero no tres evaluadores. En ese punto, ahora, no sólo se requieren varios, sino que esos varios deben provenir de distintas disciplinas. Esto es revolucionario porque lo saca del saber médico hegemónico y lo pone en minoría, junto a otros saberes, de los cuales uno de ellos es social.

Y en tercer lugar, el régimen de capacidad tal como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26657, no es sólo para establecer aquello de lo que la persona no es capaz, sino que se debe determinar qué es lo que no puede hacer, para entonces establecer apoyos a esa parcial y específica minusvalía, impedimento o incapacidad. Esto es: no es para decir *“entonces es incapaz”*, sino que es para decir *“en qué lo vamos a ayudar”* en tanto deber estatal. Es decir, se invierte el criterio, ya no se evalúa capacidad e incapacidad para ver de qué no es capaz, sino para ver cómo lo ayudamos. Este cambio es el cambio de paradigma, sencillamente. Porque saca el eje del sujeto padeciente y lo pone en la responsabilidad indelegable del Estado.

Si uno lo toma así en sentido estricto y articula la Ley Nacional de Salud Mental y la ley que ratifica la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, si uno articula esos dos componentes normativos, hoy no habría cómo legalmente establecer una insania (en sentido absoluto), porque según estas normativas nadie es insano tal como se lo entendía antes, no-sujeto de derechos. Todos tienen capacidades y hay que acompañarlos en las otras que no puede ejercer. Cuando la persona ha perdido toda capacidad es

porque ya no hay más persona, tendríamos que hablar de alguien en coma, alguien donde ya no hay nada ahí o, en todo caso, no sabemos si hay algo, porque ni siquiera sabemos “si no hay nada ahí”. Por lo cual, cuando hablamos de capacidad jurídica hoy en día en lo que en realidad tenemos que estar pensando es en cómo ayudamos a la persona desde el Estado a darle los apoyos suficientes para que esos transitorios procesos de incapacitación sean revertidos. Por lo tanto, el enfoque es inverso y la práctica debiera ser la correspondiente. El evaluador no está allí para decir de qué no es capaz, sino que está allí para decir cómo se la ayuda. Este cambio es el revolucionario en materia de capacidad jurídica. Es tal ese cambio que ha modificado por completo el concepto mismo de sujeto de intervención y esta circunstancia ha obligado a muchas personas a reinventarse en la profesión, sobre todo quienes venían entendiendo la misma sin sujeto, o sea como práctica cosificante del otro. El sujeto de atención como objeto de una práctica. De eso, debíamos introducir un nuevo NUNCA MAS.

5- Inclusión sanitaria de lo mental

Entonces en este marco, una quinta línea básica que todos los equipos debieran contemplar es un componente ideológico y metodológico hacia el interior de la política pública: la inclusión sanitaria de lo mental. El tema de la salud mental ha dejado de ser un problema estrictamente sanitario, de hecho ni siquiera debiera ser considerado exclusivamente sanitario. Pero al menos comencemos por esta dimensión. Haré un rodeo mediante el uso de un ejemplo surgido al interior de nuestro Ministerio. Está aquí presente una colega que conoce esta experiencia y no me dejará faltar a la verdad: hace unos meses tuvimos una discusión con el *Plan Nacer*. La discusión que el Plan Nacer introducía era que nosotros debíamos establecer en cuáles de sus prestaciones había “algo mental” y nosotros se lo devolvimos para que nos digan en cuáles de sus prestaciones del Plan Nacer se supone que las personas no tienen psiquis (risas) ni efectos en la vida anímica o en la situación comportamental de las personas. Obviamente la discusión llevó a pensar esto en otro plano. Entonces, pensamos, bueno, las patologías genéticas, es una problemática que afecta a la persona y hay que atender al familiar, las patologías vinculadas a la obesidad, bueno, las personas no son obesas porque desconocen el régimen nutricional o porque no saben cómo comer, es una cuestión comportamental, y así sucesivamente fuimos refutando todas y cada una de las cuestiones o componentes donde se presumía

que “no es mental”. Hasta que desde el equipo de la Dirección Nacional dijimos basta, hagamos al revés, elijan o busquen alguna de estas problemáticas de salud en que nada de lo mental esté allí. No quedó nada...

¿Qué quiero significar con esto? La inclusión de salud mental en las políticas sanitarias es algo con lo que tenemos que seguir operando todo el tiempo. Pasará mucho tiempo hasta que se supere el paradigma de “lo manicomial”, de la locura, y se pase a entender lo mental como un componente la salud. La Ley Nacional 26657 no es suficiente marco para plantear la inclusión sanitaria de las problemáticas mentales, y mucho menos aún con las adicciones, donde además se cruza un planteamiento criminológico de seguridad o de represión, donde aún se suman factores discriminatorios en el terreno de la salud y donde aún hay mucho desconocimiento, estigma y miedo por parte de los profesionales. La ley viene a legalizar un necesario cambio cultural, pero no lo sobredetermina ni lo concluye. Por el contrario, es imprescindible militar ese cambio cultural todos y cada uno de los días incluso, y sobre todo, al interior de los decisores de política pública sanitaria, porque ahí es donde se ejerce en toda su fortaleza el Modelo Médico Hegemónico.

Entonces, este aspecto de la inclusión de las problemáticas mentales es un esfuerzo por el que tenemos que estar atentos todo el tiempo. Todo el tiempo nos plantean trampas de este tipo, del tipo *en qué de esto hay algo mental*, como si las personas tuvieran opción en las cuales cualquiera de sus problemáticas de vida no tienen algo de *lo mental*, como si hubiera problemáticas que no incluyen un componente mental. Hay que sustraerse a eso, hay que estar atentos, porque siempre viene la trampa, del tipo “*bueno, en esto sí, en esto, no...*”. Cuando se habla de una problemática sanitaria sin el componente mental, sin incluirlo o negándolo, ahí busquen y verán la concepción manicomial detrás.

Yo recuerdo la primera intervención que nos pidieron desde el punto de vista territorial, era en el tren sanitario. Entonces nosotros logramos convencer a nuestras propias autoridades de la inclusión de efectores de lo mental en el dispositivo móvil, que es el tren sanitario. El equipo del Ministerio de Desarrollo Social (gente inclusive progresista y moderna, digamos) empezaron a resistirse a eso porque decían “*para qué querían psicoterapeutas, si van a estar cuatro o cinco días en un lugar*”. Así supimos que su concepción de la salud mental era la psicoterapia individual liberal. Convengamos que nosotros los que trabajamos en lo mental hemos contribuido a esa prejuiciosa mirada sobre los psi, pero más allá de esto, la concepción que tenían era de la clínica asistencial privada como ejemplo de toda

intervención desde lo mental. Este es un problema con el que tenemos que seguir trabajando hacia adentro del Ministerio y mucho más hacia afuera. Sigo con este segundo ejemplo. Cuando nos citaron para trabajar en el tren sanitario no era para que hiciéramos prestaciones de lo mental: era porque “se caían” los médicos del tren, porque había una rotación de médicos infernal. No los podían sostener, porque los tipos hacían *Burnout* todo el tiempo, es decir que nos llevaron ahí por ellos, no por la población. Se suponía que debíamos contener al personal. No les puedo contar ahora cómo siguió, pero sepan que fue todo un proceso, primero explicar por qué sucedía ese fenómeno y, en segundo lugar, darnos una estrategia de acercamiento a la comunidad e iniciar intervenciones psicosociales en el marco de ese dispositivo.

Lo que quiero señalar con este segundo ejemplo es que la inclusión mental en las políticas sanitarias a nivel nacional, a nivel de las provincias y aún más, a nivel de los municipios, es algo a construir. Este objetivo es el más complejo porque tenemos por delante dos tipos de fenómenos.

- a. Se trata de un cambio cultural complejo, que debe comenzar por historizar y contextualizar la historia de la salud mental en Argentina (y occidente en general) y deconstruir su prejuicioso origen racista⁷.
- b. Tenemos enfrente un corpus ideológico centenario. El modelo médico hegemónico y su inmenso poder omnicompreensivo y mercantilizado⁸.

6- Intersectorialidad

El sexto componente de nuestra política pública específica de la dirección Nacional es el de la intersectorialidad. Debemos vencer aquella idea de la especialización de lo mental como forma de aprehender el padecimiento. Por eso desde el inicio intentamos incluir ex pacientes y familiares de padecientes mentales en nuestros equipos de trabajo.

¿A qué me refiero con esto de la intersectorialidad? Cuando recién hacía referencia a que las políticas públicas deben incluir “lo mental” como parte de su política (además haciendo caso a la definición de Salud como integralidad), eso presupone su contrapartida, pues es de mínima reciprocidad incluir en el campo de la salud mental las dimensiones ambientales, culturales, sociales y biológicas que influyen en el mismo. Nuestros países miembros de la OMS tienen ya establecido con un máximo nivel de acuerdo sobre la inclusión de lo

mental como componente sanitario, pero después las políticas públicas específicas no lo llevan a sus planificaciones ni al diseño de sus objetivos y metas, pues sus iniciativas tienden a desconocer ese carácter y a pensar lo mental como el campo de la locura. Eso debe ser resuelto por nuestro organismo en términos de replanteo del problema, de debate sobre la necesidad de la intersectorialidad como eje de la gestión.

El presente eje de la intersectorialidad apunta entonces no a “lo mental” dentro de “lo sanitario”, solamente, sino más allá, a lo mental incluso yendo a poner saber en y lo “extrasanitario”. El caso de las emergencias, catástrofes y desastres es un buen ejemplo de esta cuestión. El abordaje de la pobreza extrema también; el problema del delito, la cuestión victimológica ni hablar, y así sucesivamente. Ninguna problemática humana es o no de salud mental; se entiende que si se incluye la dimensión desde la mirada sanitaria, desde la salud, es inviable no incluir el componente de lo mental. Es mentira, no existe, no ocurre que haya un fenómeno humano sin que sea preciso un abordaje del componente mental. Recíprocamente, no hay posibilidad de atender un padecimiento, sólo desde el eje sanitario. La histórica política de encierro de las personas con padecimiento mental y adicciones obedece justamente a la falta de intersectorialidad. Este nuevo problema que les acerco ahora es contundente al respecto. Veamos.

Lo voy a decir con un sólo ejemplo que lo extraigo de nuestro boletín epidemiológico⁹. En la Argentina, según un cálculo de estimación, hay alrededor de 220.000 esquizofrénicos. De esos 220.000 en los hospitales encerrados crónicamente, hay un pequeño puñado que no pasa el 5% (deben ser menos, incluso), el 2% o el 3% de los 220.000, es decir, de los 10.000 internados aproximadamente que hay en hospitales monovalentes públicos, serán 2.000, 3.000, 4.000 a lo sumo. Pero seamos drásticos, pongamos para exagerar que todos los internados en hospitales monovalentes sean esquizofrénicos -obviamente que no es así, en el hospital psiquiátrico hay otras patologías, pero pongamos que fueran todos- los 10.000, el resto, están en sus casas. Eso me da la siguiente cuenta hipotética: a lo sumo, sólo 10 mil de un total 220 mil están encerrados y el resto viven en la comunidad... ¿por qué? ¿Por qué estos 210.000 están en sus casas y los otros 10.000 en cambio están en el hospicio? ¿Porque tienen esquizofrenia? Obviamente, no. Si hay un montón que están afuera, no es porque tienen esquizofrenia, no es el cuadro psiquiátrico lo que los llevó al hospicio indefinidamente. Si no es el cuadro lo aquello que los llevó al hospicio, qué es. Una de las explicaciones está aquí, en la falta de intersectorialidad. Porque lo que lo hace permanecer en el

hospicio a alguien es, entre otros argumentos justificativos, que no hay política de inclusión social que acompañe el proceso de tratamiento. No tiene casa, no tiene trabajo, no tiene quien le cuide, etc. Entonces si aún la institución fuera la mejor tratante del mundo, si no hay intersectorialidad ese tipo no sale de ahí. A eso me refiero con la intersectorialidad. No hay forma de producir la llamada “rehabilitación” (nosotros le llamamos distinto, porque es un proceso integral de inclusividad mediante intervenciones psicosociales¹⁰) sin intersectorialidad. Y este es un eje básico que todos los programas que integran nuestro organismo público debieran tener muy en claro.

Hace unos años, aun trabajando en la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, hicimos un trabajo en el hospital Estévez de la Provincia de Buenos Aires y resulta que nos enteramos que el 40% de las mujeres (y no es azaroso que aclare el género) allí internadas no tenía DNI. Algo tan sencillo como eso. El 40% de las mujeres internadas, o sea, 400 -porque había alrededor de 1.000 internadas aproximadamente- no tenía DNI. ¿Qué tiene que ver eso con el tratamiento? Ahora bien, esas 400 personas están condenadas a quedarse en el hospital. ¿Qué pueden hacer afuera sin DNI? El trámite de DNI es un trámite netamente intersectorial. Y veamos algo más, de paso: no tenían DNI porque no lo iban a necesitar nunca más, en tanto y en cuanto -para el hospicio- vivirían allí el resto de sus vidas, por lo cual no pareciera serles preciso contar con una identificación. Todo un rasgo del entorno manicomial, y me refiero a los profesionales¹¹ que allí trabajaban y lo veían normal, no lo pedían ni lo exigían, nada.

En este menester de la identidad llegamos incluso a ejemplos más extremos: yo me he encontrado con gente trabajando en hospicios, la problemática de la identidad durante años desde el punto de vista psicoterapéutico a personas que eran NN. ¿Qué les rondaba en la cabeza a esos profesionales? Nunca lo voy a poder entender. ¿Cómo se le ocurre que puede ahondar y tratar la problemática de identidad de una persona si no se sabe quién es? ¿Cómo puede llegar a creer que esa problemática se resuelve introspectivamente? No importa si es transaccional, psicoanalítico, conductista, en la medida que opere, no importa. No se puede atender a una persona, sus vicisitudes, su prospectiva, su proyecto a futuro, si no sabemos ni siquiera quién es. Años atendiendo a estos sujetos y ni siquiera intentaron encarar una iniciativa cualquiera para intentar saberlo. Varias de estas personas que estaban en esa categoría de NN, inmediatamente se supo quiénes eran, en muchos casos terminaron en sus casas, en otras ocasiones no, otras requirieron un trabajo mucho mayor. Pero el puntapié inicial fue saber quiénes eran ellos. ¿Saben cómo lo hicimos? Tan sencillo como llamar a la policía y pedir que les tomaran

las huellas y las pasaran por su base. Una nota y unos días de espera llevó el procedimiento, La ausencia de una mirada intersectorial produce este tipo de horrores bien típicos de la mirada manicomial.

Hace poquitas semanas se conoció el caso (y que difundimos en el boletín informativo de la Dirección Nacional) de un paciente del hospital neuropsiquiátrico de Alcorta, de Santiago del Estero, era uno de los desaparecidos de la dictadura. Lo había llevado a internar el director provincial de salud mental de la época de la dictadura en el año 1977. Hasta esta gestión del hospital Alcorta (año 2010) a nadie se le había ocurrido hacerle las huellas dactilares. En estos 33 años, a ningún profesional de ese lugar se le ocurrió hacerle las huellas dactilares. Lo que nos decía la directora del monovalente que tomó esta decisión -que fue hace dos o tres meses- es que la acción consistió en llamar a la policía, la policía fue y le tomó las huellas, las llevó, lo identificó, se le entregaron los resultados, se le avisó a la familia que lo habían encontrado, la familia lo buscó y se lo llevó.

Entonces, el enfoque de derechos es solidario del eje de la intersectorialidad, se juega en este caso y en todos los que se les ocurra. La intersectorialidad tiene que ver con eso, no hay enfoque de derechos sin un abordaje intersectorial.

Por eso decía que muchos hablan de enfoque de derechos pero después ejercen la función manicomial sin siquiera reconocerlo. Inclusive debe haber en Santiago del Estero enormes discursos de los directores anteriores de Alcorta hablando de los derechos humanos, pero después eso no se ejercita. La función manicomial es anti- intersectorialidad y por ello van a ver que en todo hospicio hay una tácita o expresa resistencia al ingreso de toda otra iniciativa u organismo ajeno al entrono propio de la institución total. Todo lo que remita a la intersectorialidad lo ven como invasivo y agitador del esquema interno de silencio y pasividad, que ello entienden como calma y paz, la de los cementerios.

7- Atención post-manicomial de la salud (Salud Mental y Adicciones)

El último componente -y ya nos metemos en el tema de interdisciplina¹²-, que me interesa trabajar en esta ocasión tiene que ver con nuestra tarea y con el enlace y cogestión que hacemos junto a otros organismos como política pública de la Dirección Nacional. Nuestro objetivo no es sencillamente desmanicomializar, en el sentido de cerrar los hospitales monovalentes. No seamos ingenuos, porque sepamos que se pueden dar nuevas formas manicomiales,

aún sin la existencia de instituciones monovalentes, como ocurre en varias provincias. El cierre del hospicio no es el fin, es un medio. ¿Y saben por qué? Porque el hospicio no es un fin, es un medio. La persona puede estar en su casa, puede estar en el hospital general también (como ocurre en tantos de ellos, en las “salas de crónicos”, salas disfrazadas de servicios de salud mental), puede estar en un geriátrico, o puede estar en cualquier lado. ¿Quién de ustedes podría decir que no está *hospiciado* en un centro de salud cuando esa internación excede el semestre o el año? Lo manicomial tiene que ver con el enfoque, quiero decir, no tiene que ver tanto con el muro del manicomio.

Voy por más, en ese punto, nosotros nos estamos planteando toda una política antimanicomial. Si bien no es éste el objetivo único de nuestra tarea, debemos ir más allá. En ese sentido, siguiendo lo que plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26657, nuestro objetivo es y debe ser post-manicomial. En efecto, se trata de introducir una política de Estado, es decir, que la respuesta de la política pública sea más allá de la respuesta manicomial y no por contraposición a la respuesta manicomial.

Y esto se trasunta en algo concreto. Cuando nuestro equipo de fiscalización va por ejemplo a ver las condiciones de internación en una institución pública o privada cualquiera, no va a indagar o evaluar simplemente que las personas estén recibiendo ésta o la otra atención, sino en términos de si la persona está siendo tomada en consideración en esa intervención, como parte activa de la misma. Es decir, lo que estamos tratando de restituir es “si hay sujeto” ahí. Esto supone entonces que exista un sujeto en la práctica institucional, activo y participante, que se le preste atención, que se lo escuche y sea parte del decurso del tratamiento.

Meter sujeto en el tratamiento trasciende el lugar, la infraestructura y el edificio donde se lo atiende. Se puede ser tan manicomial en el consultorio, liberal, privado, como en el manicomio. Lo que restituye enfoque de derechos no es que la persona no esté viviendo en el manicomio, eso lo tenemos que hacer por supuesto, pero digo, no termina ahí nuestra tarea, nuestra tarea ni siquiera empieza en la salida del hospicio. En realidad, el manicomio ya estuvo cuando el padeciente no tuvo acceso ni las atenciones que lo deterioraron y lo llevaron hacia el hospicio, como última etapa de su sufrimiento.

Si se estudia cualquier historia de vida de una persona viviendo en un manicomio se van a encontrar con que lo que lleva a una persona a vivir en una institución total es una serie de prácticas manicomiales, desarrolladas en diversas instancias y servicios sanitarios, mucho antes de que viviera en el manicomio. Cuando una institución

le saca un certificado de discapacidad para que tenga \$500; cuando el profesional tratante lo deja de atender porque ya no desea atender esa problemática de salud; cuando el servicio de hospital general pone un cartel sobre qué tipo de problemáticas va a atender y cuáles no, cuando le hacen una lista de espera de seis meses a una persona que tiene un padecimiento mental agudo, cuando... y así podríamos seguir... Lo manicomial se juega en múltiples intervenciones previas al encierro manicomial que en todo caso es su formulación final. Esa formulación final tiene una previa, hay formulaciones manicomiales previas a la vida del manicomio.

Insisto con lo que he planteado antes respecto a los casos de esquizofrenia, sólo 10.000 están encerradas, por decir un número cualquiera ya exagerado. Lo que llevó a esos 10.000 sujetos a estar encerrados, no es que los agarró el hospicio, es todo lo que ocurrió antes que hizo que terminaran ahí y las otras, más 200.000 -estadísticamente hablando- no terminan ahí, no porque no las hubiera captado el hospicio, porque incluso muchas de ellas tienen ingresos al hospicio, pero que salieron inmediatamente, porque tenían otros recursos.

Esos casos que logran salir del entorno opresivo de la institución total, refiere a una capacidad del sujeto para resistir el embate del esfuerzo de internación indefinida o a la capacidad de gestión de un recurso vincular o incluso un recurso legal; o la persona tuvo un trabajo o sindicato que la contuviera, o tuvo un familiar, un amante o lo que sea que le diera respaldo y contención en su domicilio, etc. Tuvo un "algo" que le permitió sustraerse al embudo manicomial.

Y en el campo de las adicciones es igual, créanme, ¿por qué es igual? Porque la división del campo de las adicciones y el campo de la salud mental es un "bolazo". Hay especificidad de problemáticas, sí, no es lo mismo atender una psicosis, una depresión, una neurosis, un autismo. Y dentro de las adicciones podemos hacer también separaciones, porque las adicciones tienen a su vez dos separaciones básicas -aunque se trate sólo una- que son las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales. Sin embargo, sólo se trata en este país, pareciera, las adicciones a las sustancias, las otras, bueno... Esta idea de separar la problemática de lo mental y la problemática de las adicciones como si fueran también personas sin mente, como si su problemática no proviniera de lo mental, si no vaya a saber de dónde, justamente proveniente de esa separación y de esa ideología: el mal es la sustancia. Entonces, hay que hacer políticas contra la sustancia, como si la sustancia fuera una persona que se le inyecta a otra, porque la droga es como que se le mete, como si fuera un fantasma, un espectro que se interna en el sujeto. Y esta idea los que

más la sufren son los compañeros del programa de prevención del consumo abusivo de alcohol, porque encima tienen que lidiar con una sustancia que es legal y con la “guita” que mueven los que viven de la sustancia, que también han sido legalizados.

¿Cómo hacer prevención del consumo abusivo de alcohol con los millones y millones que invierten las cerveceras en publicidad? ¿Qué campaña puede organizar el equipo para contraponerse a las grandes cervecerías? Ninguna, no hay forma de contraponerse, porque la lógica del poder mediático es tan dispar que puede estar un año convenciendo a los pibes que no hagan abuso de la cerveza, le ponen un sponsor del mundial con la cerveza y no hay forma de competir desde ese lugar y función.

Evidentemente la política pública va a tener que pensar en otra estrategia. Una primera cuestión para clarificarnos con esta estrategia es que la política pública de adicciones no tiene ninguna diferencia técnica con la política pública de lo mental, en general: Atención primaria a nivel comunitario, inclusión social de las personas, construcción de proyecto de vida: Lo que podríamos decir para cualquier problemática mental se aplica análogamente para la problemática de adicciones, sea comportamental, no comportamental.

Entonces ahora, sí, aclarados estos puntos, especificados estos ejes, podríamos seguir y lo haremos con el asunto más sustancial de los debates en torno a la ley: El problema de la democratización de los saberes.

Notas

1. Lo que sigue constituye un extracto de la capacitación (con ligeras modificaciones para hacerla más comprensible) dictada en dos encuentros por el Director Nacional de Salud Mental, Lic. Yago Di Nella, durante Julio de 2011, en torno a los ejes de gestión de la DNSMyA.
2. En ese momento la DNSMyA contenía 120 empleados en total repartidos en 7 programas diferenciados y un área administrativa.
3. Constituye un capítulo aparte del presente Vol. II, siendo oportunamente, en sentido cronológico sesión posterior en el marco de la capacitación.
4. Me refería a la sala Ramón Carrillo en el entresuelo del Ministerio de Salud de la Nación, donde se realizara la capacitación. El inicio de la misma en función además de la voluntad de aplicar la Ley Nacional produjo que muchos egresados recientes y profesionales del ámbito se acercaran casi cotidianamente a sumarse “para colaborar”. Testarudos ideológicos que sabían hacia dónde era correcto caminar. Algunos de ellos participaron de la actividad sin siquiera ser personal del Ministerio.
5. En ese momento en la UBA y en algunas universidades enclavadas en el interior del país, dictaba cursos sobre “Enfoque de derechos en Salud Mental” en forma sistemática y permanente.
6. Se cita completo dicho Decreto y se analiza su textura en el cap. *“Ideas y acciones para una política nacional de salud mental y adicciones”*.
7. Esto es trabajado en la introducción y el capítulo 1 del presente libro que, por entonces, al momento de esta exposición, ya habían sido escritos, aunque su publicación definitiva fuera al año siguiente, gracias a los tiempos que diera ya estar fuera de la gestión pública.
8. En el sentido que le daba Robert Castel.
9. Sobre la secuencia de Boletines epidemiológicos que logramos sistematizar entre los años 2010 y 2011 se puede ver toda la secuencia en el Cap. 5 del vol. 1 de esta obra. Algunos de ellos son:
 - Ministerio de Salud de la Nación (2010a) Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Boletín N° 1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
 - Ministerio de Salud de la Nación (2010b) Camas disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina Mayo 2010. Boletín N° 2: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

- Ministerio de Salud de la Nación (2010c) Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Adicciones, Boletín N° 1 de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

10. Tal como fue trabajado y redefinido en el capítulo 2 del presente libro.

11. Trabajé este problema profusamente en el libro “Dispositivos Congelados”, el cual había sido publicado un año antes de la presente intervención.

12. Al efecto del presente volumen va en capítulo aparte, a continuación del presente.