



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Carrera de Abogacía

**LEY 26.657 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL
Y SU INCIDENCIA EN
LOS DERECHOS SOCIALES DEL PERSONAL INTEGRANTE DE LOS
EQUIPOS ASISTENCIALES EN LOS EFECTORES PÚBLICOS**

2013

Tutor: Rateni, Luis Antonio

Alumna: Monje Nocera, Virginia Sabrina

Título al que aspira: Abogada

Fecha de Presentación: Diciembre 2013

A mí amada familia, ejemplo de entrega, superación, columna de amor incondicional, por permanecer siempre a mi lado.

A Betty Teresa Di Francisco, *in memoriam*.

A mí querido tutor, por su paciencia, consejos, fortaleza, compañía, sabiduría...

A mi gran *amicus* fuente inagotable de cariño sincero, compañero y amigo entrañable.

Resumen

El presente trabajo, tiene como propósito el análisis y la reflexión constructiva, acerca del vacío legal que surge, del art. 13 de la Ley Nacional n° 26.657, de Salud Mental y adicciones, frente a las inexistentes pautas de conformación de los equipos interdisciplinarios en los efectores públicos.

A priori, estimamos necesario trabajar a conciencia, la problemática para poder arribar a conclusiones trascendentes, que puedan tenerse en consideración a la hora de realizar los protocolos de evaluación que manda dicho artículo.

Planteamos en el primer capítulo las dificultades existentes al momento de aprobar el proyecto de ley, por ese motivo lo hemos titulado *Cuestiones Legislativas* luego, en el desarrollo del mismo abordamos las consideraciones previas a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental para de ese modo introducirnos posteriormente en la materia a nivel provincial, dando un panorama de la situación en nuestra provincia y arribando a conclusiones contemplativas de las repercusiones a nivel sociológico que la problemática pone en evidencia.

El segundo capítulo nos interioriza sobre los modelos de atención que se han ido implementando para abordar desde las instituciones a los usuarios del sistema de salud monovalente. Consideramos apropiado para su mejor comprensión colocar en este capítulo las críticas que se le hacen al modelo emergente. En la conclusión profundizamos las coyunturas propias de nuestra condición de seres humanos vulnerables, específicamente en cuanto a la dinámica de políticas antagónicas que han hecho foco en dismantelar todo aquello que no han logrado desde su gestión.

En el tercer capítulo, nos ocupamos de los equipos asistenciales y de su conformación, demostrando la importancia que conlleva la adaptación de los distintos discursos cuando de interdisciplina se trata. Confrontamos al equipo que propende la ley con las realidades institucionales y por eso también desarrollamos ciertos conceptos

necesarios para la conformación del protocolo de evaluación, tan necesario a la hora de seleccionar al personal que los integre. En la conclusión al tercer capítulo hacemos hincapié en la importancia del rol sociológico para poder concretar la misión a la que apunta el paradigma inclusivo de salud.

Para finalizar, en el capítulo cuarto, damos lugar a las reflexiones vertidas en el presente trabajo, ubicando en éste último capítulo una conclusión general a la que sumamos una propuesta que pueda servir de disparador para las futuras comisiones que se formen a los fines de dar cumplimiento no sólo la *letra*, sino el *espíritu* de la ley.

Estado de la cuestión

En cuanto a la legislación específica, para abordar esta temática de salud mental, si nos referimos a su origen puntualmente, lo vamos a hallar en la Revolución Francesa y encontrará su punto culminante en 1838 con la Ley Esquirol. Esta ley constituyó el marco jurídico, que rigió durante más de ciento cincuenta años el destino de los *usuarios del sistema de salud*, término que preferimos al de “enfermos mentales” y que tomamos, del trabajo realizado por Tatiana Moreno, titulado: *Paciente, sujeto, usuario: dime cómo nombras y te diré quién eres. La palabra de la ley y la constitución del campo de la Salud Mental*. En el desarrollo del trabajo ahondaremos sobre la elección de esta forma de llamar a las personas que se encuentran atravesando un padecimiento subjetivo.

Por otra parte, muchas provincias crearon en sus propios hospitales programas de resocialización de pacientes y sistemas alternativos a los vigentes, así como hubo también provincias que encararon importantes cambios legislativos, como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos.

La ley 2.440 del año '91, legalizó en Río Negro, lo que las prácticas ya habían legitimado como alternativa al encierro y que tuvo como uno de sus hitos el cierre del único neuropsiquiátrico de la Provincia, en Octubre de 1988.

Río Negro, prohíbe en su normativa “la habilitación y funcionamientos de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios de la ley”.¹ Podríamos decir mucho más de ésta provincia, pero ampliaremos algunas cuestiones a lo largo del presente trabajo.

En la ley de Entre Ríos (del año '94) se establece que hasta que se produzca su reconversión definitiva, los establecimientos psiquiátricos públicos ya existentes continuarán funcionando con el sistema de puertas abiertas

¹ Ley N° 2.440/91, *Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico*, ley pionera en legislar sobre la desmanicomialización.

En las normas transitorias de dicha ley, se establece que el Poder Ejecutivo “tomará los recaudos necesarios a fin de implementar la reforma del sistema asistencial psiquiátrico de la Provincia, tendiendo a una progresiva desmanicomialización en todo el territorio” (...). La protección del Estado a los residentes en estos hospitales en razón del desamparo socio-familiar, pasará del área de Salud a la de Acción Social, mediante la creación de casas de medio camino, viviendas comunitarias u otras alternativas que faciliten la desaparición del manicomio tradicional.²

Respecto a la ley de Santa Fe, cabe una reivindicación de la misma, porque data del año 1991. Esta ley establece a lo largo de su articulado: “que se privilegiarán las alternativas que menos restrinjan la libertad y alejen al usuario del núcleo familiar y social que lo contiene. (...) Se fija un plazo máximo de tres años para la transformación de los establecimientos de internación”.

“El Estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas. Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad”.

² Ley N° 8.808/94, *Ley Enfermos mentales*, de la provincia de Entre ríos.

Marco teórico

Para el desarrollo del presente trabajo será necesario conceptualizar la terminología específica, que servirá de base para el posterior análisis de la posición sostenida en relación al objeto que nos convoca.

Salud Mental: *“En el marco de la presente ley se entenderá a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*³

Atención de la salud mental: comprende el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental efectiva o presunta⁴.

Institución psiquiátrica: Se entenderá por tal a todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental.

Profesional de salud mental: es aquella persona habilitada como médica, psicóloga clínico, enfermera, trabajadora social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental.

Deficiencia: pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: resume un gran número de limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo, y que pueden revestir la forma de una deficiencia física, psíquica o sensorial.

³Ley Nacional de Salud Mental, n° 26657, Artículo 3.

⁴Principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991).

Minusvalía: es la pérdida o limitación de oportunidades, de participar en la vida de la comunidad y en condiciones de igualdad con los demás⁵.

Desquiciar: Descomponer una cosa quitándole la firmeza con que se mantenía. Quitar a una persona la seguridad y apoyo que en sus actos o negocios debía tener. Derribar a alguien de la privanza, o hacerle perder la amistad o valimiento con otro⁶

Panoptismo: Es una forma de saber que se apoya, ya no sobre una indagación, sino sobre algo totalmente diferente que podría llamarse examen.

Heterotopías de desviación: Consiste en lugares donde se destina a los individuos cuyo comportamiento es considerado desviado con respecto a la medida común o a la norma exigida. Ejemplo de estos lugares son las clínicas psiquiátricas, entre otras. (Foucault, 1984)

Antipsiquiatría: Se puede, entonces llamar antipsiquiatría a todo movimiento por el cual la cuestión de la verdad es nuevamente puesta en juego en la relación entre el loco y el psiquiatra. Es la puesta en cuestión del papel del psiquiatra encargado (en otras épocas) de producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario.⁷

Movimiento de “despsiquiatrización”: Se trata no tanto de anular el poder médico cuanto de desplazarlo en nombre de un saber más exacto, darle otro punto de aplicación y nuevas formas de evaluación. Procurando con ello, despsiquiatrizando la medicina mental para restablecer en su justa eficacia un poder médico al que la imprudencia (o la ignorancia) de Charcot había llevado a producir abusivamente enfermedades y, por tanto, falsas enfermedades.

Locura: Según Descartes, constituye una alteridad con respecto a la razón, y la relación de exclusión que se establece con la locura es irrenunciable.

⁵ Luis Ángel Aguilar Montero, Colección Hvmánitas 2000, Serie: *Intervención social*. Título: Discapacidad e igualdad de oportunidades

⁶ Diccionario jurídico Autores: Garrone, José Alberto; López, Gastón Federico; Recca, Claudia M.; Garrone Rojo, Alberto César; Garrone Rojo, Claudia B.; Editorial Lexis Nexis Fecha de Edición 2005 Lugar Buenos Aires Idioma principal Español, 4 Volúmenes.

⁷ *Le Pouvoir psychiatrique*, Foucault Michel, pág.137

Usuario: El término usuario⁸ proviene de un movimiento que tuvo su inicio en las décadas del `60 y `70 en varios países de Europa y América del Norte, en el auge de emergencia de varios movimientos sociales. Los usuarios se constituyen como actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio. De este modo se cuestionan las relaciones de poder instituidas y aquellos puntos de vista reconocidos como de “autoridad” en el campo de la salud mental que han profundizado una cultura paternalista por parte de profesionales y el Estado. En general, en los países latinoamericanos, los profesionales de salud mental tienden a sostener una cultura terapéutica muy acentuada, que enfatiza el papel del profesional en el proceso de tratamiento y cura, en detrimento de dispositivos de cuidado más horizontales, centrados en la perspectiva de “empoderamiento”, ciudadanía, autogestión y soporte mutuo. “Es necesario cuestionar los términos utilizados para referirse a ellos(enfermo, paciente, etc.), porque reconocemos que el lenguaje tiene el poder de mantener o cambiar las relaciones de poder”.⁹

Psiquiatría: Foucault se ha ocupado extensamente de la historia de la psiquiatría: en la *Histoire de la folie à l'âge classique*, de las experiencias de la locura hasta la aparición de la psiquiatría.

En *Le Pouvoir psychiatrique* y *Les Anormaux*, el análisis de Foucault se centra, en cambio, en la historia de la disciplina. Ahora bien, no se trata de una historia de los conceptos, ni tampoco estrictamente hablando, de las instituciones Psiquiátricas, sino de las prácticas psiquiátricas, es decir, de los dispositivos de saber y poder en torno a la locura y al loco. En estos últimos dos textos, además, el análisis de las prácticas psiquiátricas trasciende el ámbito de la locura, extendiéndose hacia la constitución de lo

⁸ Término desarrollado por Eduardo Mourao Vasconcelos, *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*, Sao Paulo: Cortez 2000.

⁹ Vasconcelos, E M, Opus.cit., pp. 73.

que se llama, en términos generales, “anormalidad” y de lo que Foucault denomina “función-psi”.

Para la realización del presente trabajo se tomarán en cuenta a diversos centros de salud, para que sirvan de marco de referencia, diagnóstico, estadístico y modelos.

Se realizarán entrevistas a especialistas en la materia con lo cual se utilizará la metodología cualitativa. Será necesario incorporar las herramientas tecnológicas propicias, para salvar las distancias con instituciones y personas calificadas, que pueden dar cuenta de la producción, distribución y capacitación de los profesionales que se desempeñan en ese ámbito. Los medios y recursos empleados han sido: Legislación Argentina Nacional y Provincial, decretos reglamentarios. Instrumentos internacionales, jurisprudencia, manuales, tratados, libros específicos en la temática, revistas jurídicas, conclusiones de jornadas, congresos y ponencias, entrevistas a psiquiatras, psicólogos, enfermeros y expertos en la materia, como así también a familiares de usuarios para enriquecernos con sus experiencias. Versiones taquigráficas de la excelentísima Cámara de Diputados del Congreso de la Nación y de la excelentísima Cámara de Senadores del Congreso de la Nación.

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el reciente decreto que la reglamenta 603/2013, nos han motivado a reflexionar sobre los equipos interdisciplinarios; sin duda es justamente el artículo 13 de la mencionada ley, el que hemos tomado como punto de partida, para el progreso de lo que será un trabajo final comprometido con valores humanos y sociales, desde el derecho público al cual pertenece la temática a desarrollar y para la prevención de futuros conflictos, en el campo público de la salud mental y de las instituciones que se desempeñan en este ámbito. El tema nos ha llevado, entre tantas cosas a viajar a otras provincias para asistir a jornadas, charlas, debates en la Casa del Foro, organizados por el colegio de Abogados de Abogados de nuestra ciudad, congresos, etc., como así también a escuchar las ponencias de calificados profesionales de otras disciplinas y hasta a comenzar una Diplomatura Universitaria en Psicología Jurídica, que esta casa de altos estudios, ha brindado la posibilidad de concretar.

En las séptimas Jornadas Nacionales de Discapacidad y Derechos Humanos, llevada a cabo en la Universidad Nacional de Río Cuarto, llevadas a cabo el 31 de Octubre, 1y 2 de Noviembre de 2012, el subtítulo nos invitaba a responder una pregunta para nada sencilla: ¿Qué estamos haciendo frente a las problemáticas de la discapacidad?, no pudimos menos que intentar responder dicha cuestión y reflexionar nuestra labor en esta tarea investigativa, que habíamos emprendido y que nos conmueve profundamente. Pero también surgió en nosotros un replanteo, un compromiso tan evidente, que puso en marcha una idea, la de abogar en pro de una materialización específica, de todo aquello tan bonito, que expresan nuestras leyes y que suena florido en boca de los oradores de ámbitos académicos, en los que estamos acostumbrados a transitar y que no por ello deben ser descartados a la hora de pensar una solución concreta, finalmente nos detuvimos en la arista que podríamos definir como pilar o basamento, porque en nuestra opinión, aquellos trabajadores de la salud, que son en su

conjunto, llamados por la ley “equipos asistenciales”, constituyen un grupo de personas, sin las cuales el trabajo al que se aspira, desde la letra de la ley, sería materialmente imposible. Sin dejar de tener presente que los usuarios son la piedra angular del sistema, estos profesionales *requieren habilitación para desempeñar sus habilidades, tienen derecho a una capacitación permanente y a la protección de su salud integral*. Desde el punto de vista jurídico, político e institucional, es paradigmático referirse siempre a los usuarios, cuando de derechos humanos se trata; pero no tenemos que olvidar lo complejo del ámbito de acción, al cual nos referimos.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que el campo de la salud está integrado por múltiples disciplinas, debemos incluir en nuestras reflexiones a los trabajadores que afrontan la genuina tarea de cuidar a las personas con padecimientos mentales.

La comunidad científica ha estado interesada en conocer el impacto que ejercen los problemas de salud del paciente, sobre la familia y/o el familiar “a cargo”, sin investigar demasiado la salud mental de los trabajadores de la salud, aspecto de suma relevancia para que el sistema funcione arrojando buenos resultados. En este trabajo, queremos redireccionar la mirada hacia ellos. Planteamos la hipótesis, que ante la prohibición de crear nuevas Clínicas Psiquiátricas, tanto públicas como privadas, se obliga a adaptar a las actuales a los requerimientos legales, hasta su total sustitución por dispositivos de inclusión social.

Dentro de nuestros objetivos generales, proponemos la aplicabilidad del artículo 13 de la mencionada Ley Nacional, a través de políticas que aborden la problemática de la carencia de Protocolo Legal para la interdisciplinariedad a la que se apunta. Así como dentro de nuestros objetivos específicos nos esforzamos en fundamentar la necesidad de dicho Protocolo Legal, que permita controlar el cumplimiento y la conformación del equipo interdisciplinario en los efectores públicos.

En éste orden de ideas, y dado que el decreto 603/2013 deja al llamado órgano de aplicación de la ley 26.657, todo lo referente al equipo interdisciplinar, sin mencionar lineamiento alguno para que, a la hora de efectuarse la selección y evaluación, se realicen dichas operaciones de manera clara y propicia para el mejor cumplimiento de la Ley, es que vemos necesaria una política pública, propia de un régimen de gobierno democrático que dé respuesta poniendo en marcha el aparato estatal que corresponda.

Planteamos las dificultades existentes al momento de seleccionar el personal adecuado, como bien lo manifestara Facundo Urtizberea¹⁰, director de un proyecto pensado para abordar los riesgos psicosociales predominantes en las distintas áreas del sector público, *“es en el campo estatal donde predomina el vínculo precario con la tarea (escasa motivación), la inestabilidad laboral (contrario a lo que se supone; la proliferación de contratos eventuales, lo cual implica una permanente potencialidad de despido arbitrario) y la ausencia de posibilidades de desarrollo profesional (no hay planes de carrera ni se asciende por mérito) se evidencian como principales factores nocivos para la salud mental de los trabajadores”*¹¹, con el aditamento de las mutaciones que se producen a nivel de los altos mandos, cuando cambian los gobiernos, con el consiguiente perjuicio por no proseguir en la misma línea de acción.

Como se dijo, estamos motivados y formamos parte del sistema universitario, que se ha esmerado, mediante distintas estrategias, en estimular el deseo de contribuir a mejorar, a incidir de forma positiva en nuestra sociedad como operadores del derecho, como seres pensantes y críticos que proponen, en este caso, ponderar a los trabajadores de la salud, no desde el derecho laboral estrictamente, sino desde una mirada sociológica que sea comprensiva tanto del entorno como de las vicisitudes, las cuales se han traducido en proyectos de corta duración y desorganizaciones sistemáticas.

¹⁰Docente e investigador en la cátedra de Psicología Laboral, en la Universidad Nacional de La Plata.

¹¹UrtizbereaFacundo, Gestión de personas: resultados de investigación. Cambio organizacional y prevención de riesgos psicosociales en un área municipal. Revista: Gestión de las personas y tecnología, Agosto de 2013; edición número 17.

CAPÍTULO I

Cuestiones legislativas

SUMARIO: 1.-Consideraciones previas, antesala de la ley 2.-Situación de la provincia de Santa Fe 3.-Conclusión del capítulo I

Consideraciones previas, antesala de la ley

Como todos sabemos, la creación de una ley supone la maduración de ideas, en éste capítulo nos disponemos a contarles, ciertos puntos relevantes de esa tarea.

El día lunes 30 de junio de 2008, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se llevó a cabo la Jornada-Debate “Hacia una Ley Nacional de Salud Mental”, organizada por la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la H.C.D.N.

El taller fue coordinado por la Dra. Teresa Batallán¹² y por la Lic. Matilde Ruderman¹³. Al mismo, asistieron aproximadamente sesenta personas, entre ellos profesionales de distintas disciplinas, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, abogados, docentes universitarios, usuarios del sistema y familiares de organizaciones sociales. Estuvieron presentes también, los directores de Salud Mental de Mendoza y de Córdoba; representantes de las direcciones de Salud Mental de La Rioja y de Santa Fe, así como de varios hospitales de la Capital y del conurbano.

De igual forma representantes del Ministerio de Salud Pública, Unidad de Salud Mental, de la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y del CELS.

Varios participantes habían leído y trabajado el proyecto, por tanto hicieron aportes puntuales. Se transcriben a continuación, los puntos sobresalientes de lo que fue un rico y prolongado debate:

- * Se propone que en el art. 8 se agregue “otras disciplinas y campos”
- * Que se mantenga en el art. 13 la internación “como último recurso”
- * Que se defina más claramente acerca de las personas a comunicar.
- * Que se obligue a un registro de todas las medidas previas a una internación y que el plazo sea perentorio.
- * El juez no puede violar el debido proceso. Ver art. 18
- * Se jerarquizó la inclusión social que implica el proyecto.

¹²Médica, asesora de la diputada Mónica Fein

¹³Asesora del diputado Eduardo Macaluse y colaboradora del Lic. Leonardo Gorbacz

* Necesidad de incluir al Ministerio de Desarrollo Social y a la interrelación de varios ministerios.

* Ver la posibilidad de crear cooperativas de trabajo controladas por el INAES

* Se señala que falta trabajar en la ley el tema de “la infancia”.

* Al señalar modificaciones para el art. 10, las coordinadoras, (la Dra. Teresa Batallán y la Lic. Matilde Ruderman), consideraron que era muy extenso el aporte y que, en general, correspondería a una posterior reglamentación de la ley nacional y no a la propia letra del texto normativo.

* Se puso énfasis en la necesidad de medicación (art.11)

* Se acuerda con no crear nuevos hospitales monovalentes (asimilados a asilos).

* Se insiste con la participación de Desarrollo Social, (art. 25) tanto para la creación de casas de medio camino como de residencias protegidas (cuando hubiere pérdida de autonomía).

* Desarrollo Social tendría que arbitrar recursos, subsidios a las familias que los necesitan para que pueda haber mayor número de externaciones.

* Se pregunta acerca del art. 40 ¿qué tipo de ley será? Y si tendrá alcance realmente para todo el país. A lo cual las coordinadoras, respondieron para aclarar, acerca del respeto por la legislación pre-existente que al ser una ley de Derechos Humanos, es equivalente a haber puesto “de orden público”, o sea que tiene alcance a todo el país.

* Preocupación sobre si la interrelación con otros Ministerios no complejiza al punto de demorar la promulgación de la ley.

* Se señala que en el art. 10 no tiene razón de ser la rehabilitación de personas después del alta ya que eso corresponde a la lógica del monovalente. Tampoco “casas de medio camino” ya que se pregunta ¿hacia dónde?- deberían ser casas de convivencia

* Se acuerda con el art. 10 como está y se observa que no aparece en el proyecto y se pregunta si se puede obligar a las OS a que incluyan las prestaciones de la ley.

* Se pide tope de internación máximo y ver de fijar un período antes de una nueva internación

* Se señala nuevamente el vacío de art. respecto a niños y adolescentes. Era así en la ley 26.061.

* Se señala que aún cuando no existen “manicomios de niños”, están los hogares que dependen del Consejo del Menor y la Familia. Allí hay internaciones de niños de entre 5 y más de 10 años. Debería haber una articulación entre este proyecto y las leyes nacionales sobre niñez y adolescencia

* Se observa que falta poner el presupuesto para que SAM pueda trabajar con planes y políticas.

* En Córdoba hubo acuerdo con el Tribunal Supremo de Justicia para que sea el equipo de salud quien decida sobre las internaciones. Hubo cambios significativos. Se sugiere hacer censos en sanatorios privados, geriátricos, niños internados (en Córdoba suman 2000 personas).

* No judicializar (tampoco a niños).

* Se señaló que en Santa Fe la desmanicomialización destruyó lo público en complicidad con lo político. No hubo dispositivos alternativos. Alerta sobre un efecto multiplicador: si no hay camas en el sector público se deriva al privado (que paga el Estado).

* Abordar el tema de las clínicas privadas ¿cómo trabajan?

* Riesgo por el tope en el tiempo de internación; no concurren a las casas de medio camino¹⁴.

¹⁴“Vale señalar las diferencias que aparecen en diversas intervenciones. Si la casa de medio camino es tal ¿por qué habrá luego otro camino?, como se dijo o es una casa de convivencia donde se jerarquice la autonomía de los convivientes (que deberían ser tres o cuatro)”.Matilde Ruderman (coordinadora).

- * Deber de generar un presupuesto para el nivel de prestaciones.
- * Se señala nuevamente sobre el art. 40 donde se invita a las Provincias a adherir
- * Esta ley no saca a la gente a la calle, está en contra del abandono y del riesgo de muerte. Se jerarquiza el derecho de las personas con sufrimiento mental
- * Nuevamente “internación como último recurso”.
- * Falta formulación de categorías presupuestarias (ej. ¿Qué se paga por acciones alternativas? Actualmente por una salida al teatro no se paga).
- * Presupuesto desde la Ley
- * Se señala la importancia de este proyecto en relación con el Poder Judicial (en Mendoza no pueden parar las internaciones judiciales).
- * Tendrá amplia repercusión en las provincias. Necesidad de articular. Cuanto mejor sea el proyecto más rápido será el apoyo de las provincias.
- * Se refieren al art. 8 y la necesidad de que no sean sólo universitarios. Incluir artistas. Hablan de nivel gerencial. Necesidad de incluir el trabajo y la educación de las personas.
- * Riesgo de que las casas de medio camino sean nuevos manicomios. No más de 3 o 4 personas a convivir.
- * Se pregunta si hay un espacio previsto en el proyecto para opiniones de los usuarios.
- * En el art. 10 incluir las leyes laborales en lugar de “talleres protegidos”
- * Jerarquizar los emprendimientos sociales.
- * Urgente: hacer un censo por el número de internados.

Del citado documento puede inferirse que la mirada sigue estando circunscripta al usuario, pero hemos subrayado aquellos ítems que consideramos en estrecha relación con la temática del presente trabajo.

Para que se pueda evidenciar el aspecto problemático al cual nos enfrentamos: en el debate anteriormente citado, no se habla de la Salud Mental de los trabajadores de la salud y por consiguiente, tampoco de cuáles serían las políticas públicas, que se necesitan para controlar el cumplimiento de los presupuestos normativos al respecto.

En el campo legislativo, la tarea de Leonardo Gorbacz¹⁵ fue fundamental, tanto en el tejido de alianzas como en la producción de los consensos básicos para la sanción de la ley.

En el campo del ejecutivo, cabe remarcar el liderazgo de Yago Di Nella, quien desde la Secretaría de Derechos Humanos de Nación pasó a coordinar la recientemente creada Dirección Nacional de Salud Mental. Él fue quien batalló en el ejido del oficialismo para “apurar los tiempos” de la sanción de la ley.

En el terreno judicial, fue central el papel de uno de los miembros de la Corte Suprema, Eugenio Zaffaroni, especialmente uno de sus asesores principales, Alfredo Kraut, reconocido criminólogo crítico y defensor de los derechos humanos en el área de la salud mental.

También debemos resaltar, en esta alianza bien sucedida, el papel estratégico que representó Hugo Cohen, Asesor Regional de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina, ex participante de la experiencia de desmanicomialización en Río Negro y autor, junto con Graciela Natella¹⁶, del flamante libro *La*

¹⁵ Diputado de la Nación, por Tierra del Fuego (con mandato cumplido).

¹⁶ Médica (UBA 1980), especialista en Psiquiatría (Hospital Evita de Lanús, Buenos Aires), diplomada en Investigación (Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España). Fue jefa del servicio de Salud Mental del Hospital de Viedma, jefa del Departamento de Promoción de las Personas del Consejo de Salud Pública de Río Negro y asesora de la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de México. Fue docente de grado en Argentina (Universidad de Buenos Aires, del Salvador y del Comahue) y de posgrado en universidades nacionales (Universidad de Buenos Aires, de Mar del Plata, de Lanús, de Córdoba, entre otras) y del extranjero (Universidad Autónoma de México, Universidad Nacional de México). Investigadora, docente y conferencista en el país y en el exterior sobre la temática de la desinstitucionalización, de la que es autora de libros y artículos. Cofundadora de asociaciones civiles por la inclusión social (Asociación Manos Abiertas y Solidarias, Red Nacional de Familiares, Usuarios y Voluntarios y Asociación de Psiquiatras y Adherentes por los Derechos Humanos). Coordina en la actualidad el Programa de Patologías Mentales Severas y Prevalentes del Ministerio de Salud de la Nación, donde ha promovido la incorporación de familiares y usuarios. En Río Negro inició su militancia por la desmanicomialización, una causa que abraza hasta el presente.

Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro.

El libro fue presentado, en el marco del Congreso Mundial de Salud Mental, que llevó por título: “SALUD MENTAL Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención”, organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental, en Agosto de 2013. Nos complace mencionar la sinopsis de dicho material bibliográfico, que encarna en gran medida, los ideales que se pretenden alcanzar, desde la letra de la ley en análisis.

En palabras de Itzhak Levav¹⁷, “el libro se refiere a un viaje, descrito etapa por etapa, que tuvo como punto de partida las necesidades de la vida concreta de la atención en salud mental en un lugar remoto en la Argentina y desembocó en una de los programas más creativos de reforma psiquiátrica a nivel mundial.

Importante es señalarlo, contrario a muchas otras experiencias innovadoras que fueron efímeras, el programa de Río Negro se ha mantenido por décadas, prueba de su solidez conceptual y de las estrategias bien fundadas de sus intervenciones.

(...) ¿Por qué esto último? Por cuanto lo que muestra es doble: cómo mirar la realidad críticamente y cómo se busca en ella las múltiples respuestas que la atención psiquiátrica demanda. Pero, adviértase también, cuando las respuestas no existían, los autores y sus colaboradores las crearon. Por ser tan creativos (amén de entusiastas, responsables por la enormidad de la tarea y obstinados idealistas) y por poner en tela de juicio a través de la acción pautas tomadas acríticamente de la tradición, han sido cuestionados por no pocos. La lectura objetiva de este libro dismantelará el cuestionamiento hecho a priori. Pero, que nadie se confunda, este viaje tiene un claro y bien razonado derrotero, que con el tiempo fue avalado por desarrollos regionales (la Declaración de Caracas) y mundiales (la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad).

¹⁷Panel de Expertos en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.

Nos parece interesante traer a colación el discurso del Dr. Hugo Cohen, que entre otros de los exponentes, han profesado una excelente disertación, tal como fuera el caso del Dr. Pellegrini (en divergencia), por ejemplo, para generar una noción de lo que fue el trabajo llegado de la Cámara de Diputados, al Senado, y que contara con media sanción, al año 2009.

Iniciada que fuera la reunión y convocados los sectores interesados, se le dio la palabra al Dr. Hugo Cohen para que se pronuncie en relación a la consideración del proyecto de ley sobre salud mental.

El expositor, fundamentó brevemente, la opinión favorable de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respecto al proyecto presentado por el entonces diputado Leonardo Gorbacz, y que contaba en ese momento con media sanción de la Cámara de Diputados.

De acuerdo con los principios de la directora de la OPS, Mirta Roses, esta organización está basada en la lucha contra la iniquidad y contra la injusta distribución de la riqueza. Hay un pacto en salud entre las comunidades, que es un principio y un eje básico de trabajo.

En primera instancia, se refirió a los estudios realizados a nivel mundial -de los que nuestra región también es partícipe- indicando que la carga de enfermedad tiene a los problemas de la salud mental como su expresión más significativa.

Cerca del 15 por ciento de las enfermedades están representadas a través de los trastornos neuropsiquiátricos, es decir que hablamos de problemas: emocionales, depresiones, alcohol, drogas ilegales, demencias, epilepsias, psicosis.

En segundo lugar, el Dr. Cohen dijo que se encuentran ubicadas las lesiones y que en este último grupo podemos identificar -si queremos y entre otras- las que tienen origen en el alcohol, que es un componente que promueve situaciones de violencia. Por lo cual la primera tajada podría ser engrosada, pero prefirió dejarlo en ese plano.

En tercer lugar colocó al HIV. Es decir que estas serían las tres primeras problemáticas que generan desafíos a nivel mundial.

Lo interesante es que en nuestra región, en Chile, para ser más precisos, también han tenido la posibilidad de hacer este estudio.

En este sentido, en el año 2008 la OPS estuvo con la ministra del hermano país, y ella les manifestó que la primera causa de carga de enfermedad, declarada en un 25 por ciento de los casos, corresponde al alcohol y a la depresión. Por lo tanto, el principal problema de la salud -no de salud mental- está relacionado con los trastornos mentales.

Por su parte, Perú finalizó para el año 2009 el mismo estudio y el resultado obtenido ha mostrado que un 19 por ciento de casos son llevados irónicamente, por los trastornos mentales como principal factor.

Las estimaciones nos indican que en la región 31 millones de personas estarían afectadas por depresión e igual cifra por alcohol. Entonces, encontramos que el alcohol y la depresión son los primeros generadores de problemas en la salud mental y en la salud en general.

El alcohol es el principal factor de riesgo para la salud en la región por encima del tabaco y está presente en aproximadamente sesenta enfermedades.

Por último, dentro de esta rápida mención se encuentra el abuso de drogas ilegales -difícil de establecer porque se trata de un ilícito, sin embargo el alcohol es una droga legal- estimado en: personas afectadas por el alcohol 31.100.000 y por las drogas 5.000.000.

Pero cuando consultamos en los diversos países, pareciera que el problema del alcohol no existiera y que, por consiguiente, la problemática estuviese principalmente relacionada con las drogas ilegales, que sabemos que representan un problema; pero el de las personas que padecen por alcohol -en cifras- es seis veces mayor.

A través de los estudios que realiza la OPS se muestra, que en general, el presupuesto de nuestros países para la salud estaría -aproximadamente- en un 1,5 y un 2,8 por ciento.

De acuerdo con los primeros datos que tenemos, nuestro país no se encuentra ajeno a esa proporción. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se destine para la salud mental un 8 o un 10 por ciento del total del presupuesto de Salud.

De todos modos, el Dr. Cohen hace una aclaración: “si bien el presupuesto es bajo, porque corresponde al dos por ciento del total de presupuesto de Salud, ese dos por ciento son muchos millones de dólares, reitero: millones de dólares por año”.

Como bien sabemos, entre un 70 y un 90 por ciento de ese dinero se destina a los hospitales psiquiátricos, quedando poco y nada para los servicios y sistemas de salud mental. Esta información ha sido suministrada por los estudios realizados por la OPS.

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud plantea la necesidad de un doble trabajo, de un incremento real del presupuesto destinado a salud mental y simultáneamente una reconversión del presupuesto destinado -el que actualmente se destina a la salud mental- a servicios basados en la comunidad: hospitales generales, centros de día, centros comunitarios, etcétera.

Es decir, incremento del presupuesto pero también reconversión de lo que hay en la actualidad y que debe desarrollarse de otra manera.

En este trabajo final compartimos algunas consideraciones vertidas por el expositor, pero también consideramos que se hace necesario el contraste con lo que sería una opinión divergente, o quizás “nacionalista”, a fin de proporcionarles anverso y reverso de una misma medalla.

Sobre todo, porque muchas veces los discursos floridos y rimbombantes, con tantos números, estadísticas y consideraciones transnacionales, no nos dan tiempo a ser críticos u objetivos.

Lo mismo podría decirse de las exposiciones en ámbitos académicos en los que estamos acostumbrados a transitar y, no por ello deben ser descartados a la hora de pensar una solución concreta, cuando surge una problemática, todo lo contrario, *es nuestro compromiso estudiar la forma de lograr cambios en uno mismo y en los contextos en los que uno participa.*¹⁸

Para el psicoanalista Santiago Gómez, editor del blog “A la locura derecho”, la influencia de Hugo Cohen, en el Plan Nacional de SM (PNSM), está sesgada a la difusión de la epidemia de la depresión y del alcoholismo.

El PNSM fue publicado en octubre de 2013 y trae como propuesta, articular a todos los actores con competencia en salud mental, transformar el sistema manicomial; propiciar en su reemplazo abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos, comunitarios y promotores de los derechos humanos.

En la nota del 9 de Octubre del año 2013, el citado psicoanalista, acusa a Cohen de no poner en cuestión los poderes económicos que generan la depresión y el alcoholismo.

El citado militante del peronismo, o como él mismo se define: “lacanoperonista”, se pregunta ¿Por qué en el PNSM no se reconoce la experiencia de ningún Estado local nacional y popular?

Critica la “regla” con la que los organismos internacionales “miden” realidades Argentinas y deja de manifiesto la gran diferencia que existe entre usuarios de un país y otro, contando la anécdota sucedida en un partido de fútbol, contra usuarios Italianos, en el festival por la SM “Patás Arriba”, cuando un hombre que vivía en la Colonia Nacional Montes de Oca dijo: *“los locos tanos tienen todos los dientes”*.

¹⁸ Nadia Heredia en: http://www.lmneuquen.com.ar/noticias/2013/3/9/un-espiritu-de-superacion_180110

El principal problema en el campo de la SM, está entre los trabajadores -dice Santiago Gómez-, por el tipo de trabajo que realizan: la objetivación como método (que deviene de una enseñanza propia del modelo médico), la lógica discursiva en la que se mantienen sus prácticas disciplinarias, la formación que recibieron y sostienen, la relación jerárquica que entre ellos se establece, la falta de una movilización organizada con poder real de transformación de las condiciones institucionales, y todo esto en un contexto cultural donde la ciencia *tiene poder de verdad*.

El problema de la violencia de la objetivación, excelentemente planteado tanto por Basaglia¹⁹ como por Foucault²⁰, es el mismo hoy que cuando se sancionó la ley, y será el de la gestión siguiente si no hay, por parte de los trabajadores, una voluntad sincera de poner en cuestión el trabajo que vienen realizando²¹.

El tema del poder puede ser abordado -y lo es, de hecho- desde diferentes ángulos, tanto por la filosofía como por la política, que son dos cuestiones en las hemos decidido hacer hincapié en este punto del trabajo.

Los fenómenos políticos de la modernidad (el Estado centralizado, la burocracia, las políticas de salud, etc.) nos ponen ante el problema de la relación entre el proceso de racionalización de la modernidad y las formas de ejercicio del poder.

Ahora volviendo al discurso del Dr. Hugo Cohen, consideramos que refiere al término 'desinstitucionalización', para definir *a contrario sensu* que no es dejar a las personas con trastornos mentales librados a su destino, no es dejarlos desamparados en las calles, no es el aprovechamiento económico de los espacios físicos que ocupan ni la venta de terrenos, no es la reducción del número de camas de internación sin brindar respuestas alternativas para el tratamiento y la rehabilitación, ni un planteo antisiquiátrico.

¹⁹Basaglia, Franco (1924-1980).

²⁰Véase: *Dichos y escritos* Tomo II, 681; 684-685.

²¹Gómez Santiago, *Por una Salud Mental nacional y popular*. Disponible en: <http://www.agenciapacourondo.com.ar/secciones/otras-noticias/12877-por-una-salud-mental-nacional-y-popular-por-santiago-gomez.html>.

En efecto, lo que el expositor de la OMS plantea, es que tampoco significa enviar a las personas con trastornos mentales a las prisiones, a los hogares de ancianos o sus equivalentes. No es idealización de la locura ni el desconocimiento de los avances científicos, tecnológicos y legales, pero tampoco es una postura anti-psiquiátrica.

¿Qué muestran los estudios y las experiencias de los países más avanzados en el mundo? ¿Cómo han podido comenzar a reducir esta brecha? Entre otras soluciones, capacitaron al personal de salud de los hospitales generales y de la atención primaria.

En palabras del Dr. Cohen, *“Un sanitarista prestigioso como el profesor Goldenberg demostró que en los países que han podido avanzar en estos sistemas llamados “de la comunidad”, de 40 personas que llegaban a los centros de salud mental, en el 80 por ciento de los casos se podía resolver en el primer nivel de atención y sólo un 20 por ciento era derivado al sistema de atención psiquiátrica; de estos últimos, sólo un 20 por ciento necesitaba hospitalización mayor de nueve días.*

*Citamos este ejemplo a fin de demostrar que si los números nos dan bien, sólo el 0,5 por ciento del total de las personas que se acercan a la atención primaria necesitan hospitalización mayor de nueve días”.*²²

Esto significa que no debemos organizar los sistemas de salud mental en base a camas, sino en función de una estrategia absolutamente más compleja y diversa.

En definitiva, no debemos organizarlo en base a una excepción del 0,5 por ciento. Por lo tanto, capacitar al personal de los hospitales generales es el desafío porque, por supuesto, en la actualidad, no tienen esa capacitación.

Esta es la única especialidad que no es atendida por los médicos generalistas. Si observamos a los países de América Latina, encontraremos que en Chile la atención primaria es realizada por los médicos generales, que en forma satisfactoria atienden a las personas con depresión. Por otro lado, las cátedras deben salir de los hospitales

²²Versión Taquigráfica. Cámara de Senadores de la Nación. Reunión de la COMISIÓN DE SALUD Y DEPORTE Salón “Arturo Illia” — H. Senado de la Nación. 1° de diciembre de 2009.

psiquiátricos; esto lo dice la Conferencia de Caracas de 1990, a la que también la Argentina ha suscripto. Asimismo, hay que actualizar la formación de los recursos humanos, ya que muchos de los colegas no han recibido la información adecuada y suficiente.

Para concluir, el Dr. Cohen dijo que la estrategia debiera lograr esta transformación, sabemos que lleva su tiempo -y que no está relacionada con el cierre de los hospitales, lo que lamentablemente sería muy fácil-, la estrategia debiera construir un sistema de salud mental superador al existente, para la madre de un hijo con esquizofrenia pueda elegir entre el hospital general y el psiquiátrico.

Sólo de este modo tendremos la alternativa de la transformación, cuando un ciudadano tenga la posibilidad de elegir entre dos servicios alternativos.

El país ha asumido compromisos. La República Argentina como tal ha incluido en su reforma constitucional todos los tratados y acuerdos internacionales y tienen fuerza de ley (artículo 75 inciso 22 de nuestra carta magna).

También la Argentina suscribió en el año 2007 en Nueva York, en la sede de las Naciones Unidas, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que abarca, incluso, a todas las personas con trastornos mentales de las cuales hemos estado hablando y a la cual haremos referencia, en el siguiente capítulo de éste trabajo.

A su vez, a fines de septiembre, en el 49° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud celebrado en Washington, todos los ministros de salud de la región, incluido el de nuestro país, han suscripto la declaración, el documento estratégico que se compromete con estas estrategias que acabamos de señalar.

Sabemos que una ley por sí misma no es garantía de que pueda hacer efectivo el cambio, tenemos un profundo deseo de que así sea, por la necesidad de los argentinos.

Dicho que fuera el discurso del Dr. Hugo Cohen, se le dio la palabra al Dr. Jorge Pellegrini, quien se manifestó en disconformidad con la ley.

El Dr. Pellegrini ha obtenido el Premio Mundial en la Defensa de Derechos Humanos, en el ámbito de la psiquiatría-este premio se entrega cada cuatro años, por la Asociación Mundial de Psiquiatría- es director del Instituto de Estudios Económicos, Sociales y Psicosociales de la Universidad de La Punta y vicegobernador de San Luis en el año 2009.

Cuando tomó la palabra dijo: “Esta ley se anuncia como una ley de salud mental. Particularmente, se ha anunciado como una ley de carácter progresista. Llama la atención que, con estas aclaraciones, en ésta ley de cuarenta y seis artículos, sólo medio artículo esté dedicado a hablar de la institución que corporiza en nuestra sociedad la vergüenza social del maltrato y la discriminación de los seres humanos que allí van a parar. Me refiero al manicomio.

Este proyecto de ley dedica medio artículo en un lenguaje que, luego de leerlo, a uno le queda claro que en la Argentina, con una ley tan progresista como se anuncia ésta, los manicomios van a seguir existiendo.

Este proyecto de ley garantiza la continuidad de esas instituciones manicomiales que, como bien dicen los fundamentos, suman un centenar en nuestro país, y que son las instituciones violadoras de los derechos humanos por excelencia, en el campo de la salud.

Dichas instituciones encuentran ese trato en este proyecto, que asimismo se anuncia como progresista.

La ley se anuncia como una ley de salud mental. En el artículo 1° dice: "asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos".

Ese artículo 1°, que es el que se le va a entregar a la Justicia para que este instrumento sea utilizado, muestra claramente que esta es una ley cuyo centro son los derechos de los pacientes. Por lo tanto, lo que se ha dicho hasta ahora respecto de las

patologías, de los problemas de salud, etcétera, no tiene cabida aquí, hasta tal punto que invito a los presentes a que recorran todos los artículos que tiene la ley y busquen si en alguno dice la palabra enfermo o enfermedad. No existe en el texto. Se trata de un proyecto sobre derechos.

Antes de venir a esta reunión, preocupados como estamos por el tema de los derechos humanos de todos los argentinos, revisé la Constitución y los tratados internacionales que, por la reforma de 1994, han adquirido valor constitucional.

La sola lectura de ese texto constitucional supera ampliamente el texto de esta ley que trata de preservar derechos.

Además, respecto del tema anterior, quiero decir que la experiencia desde 1993 en la provincia de San Luis, muestra que la institución manicomial es una institución sustituible, transformable y que con ella se puede y se debe terminar. No digo con el hospital público. Digo sí con esa modalidad violatoria, antimédica, inhumana y discriminatoria que sintetiza esa institución asilar.

En el artículo 3, se anuncia la definición. Si nos tomamos la molestia de leerlo, se verá que no se define nada respecto de la materia en tratamiento. Por lo que el objeto de la ley queda indefinido. Esto hace que el instrumento legal carezca de sustancia.

Se legisla sobre algo cuya definición se plantea por la negativa: “no es esto”, “no es aquello”. Entonces ¿qué es? Sin invadir terrenos ajenos, entiendo que, en el campo del derecho, una ley tiene que definir con exactitud sobre qué legisla”.

Situación de la provincia de Santa Fe

A fines de los años '80, desde el Centro de Investigaciones en Derechos Humanos, de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario, hoy llamado: *Juan Carlos Gardella*, se constituyó un grupo de estudio e investigación.

Un conjunto de abogados y abogadas recientemente egresados de la carrera de Derecho, trabajó bajo la formación y supervisión del profesor Juan Carlos Gardella²³, a través de la lectura de textos de filosofía del derecho y criminología crítica, se decidió abordar la problemática de derechos humanos en instituciones de encierro.

Fue cuando desde la Colonia Psiquiátrica de Oliveros se convocó a realizar una práctica de defensa de derechos humanos, dentro de un programa denominado de Externación. Conjuntamente con la convocatoria a los abogados se hizo partícipe también a trabajadores sociales, psicólogos y médicos psiquiatras.

A principios de los '90, en la Colonia había alojadas unas 1.200 personas, provenientes de todos los rincones de la provincia. Este encuentro con el encierro pone de manifiesto la exclusión, el estigma, el abandono, la injusticia, el lugar del no derecho, el lugar de la marginalidad, el silencio, entre tantos otros estandartes que levanto la política alienista de la que hablamos en el panorama histórico del capítulo anterior.

Así llegamos a la Ley provincial de Santa Fe, que tiene su origen en el año 1991, bajo el número 10.772; esta ley tomó los modelos asistenciales comunitarios.

Plantea el consentimiento informado, el resguardo de los derechos de los pacientes, que las internaciones pueden ser por orden judicial (el juez ordenaba la internación, en caso de ser involuntaria), texto que debe leerse a la luz de la nueva ley de SM, la cual se aplica en todo lo que fuere superadora de ésta.

²³Nació en Paraná (Entre Ríos) el 20 de enero de 1931. De joven, militó en el Partido Humanista Universitario. En 1954 se graduó en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral. Desde 1963 a 1968 se desempeñó como juez civil y comercial de 1ª Instancia de los Tribunales Provinciales. Falleció en Octubre de 2003.

Es en su artículo 24, se establece la necesidad de la creación de un departamento jurídico en los hospitales psiquiátricos públicos, cuya función es velar por el cumplimiento de ésta ley y asesorar a los pacientes.

Santa fe es la única provincia que cuenta con un departamento Jurídico destinado a los usuarios de salud mental, dentro de los hospitales psiquiátricos públicos.

En el año 2007, tuvo lugar su reglamentación, bajo el decreto 2155/2007 y en su artículo primero dispuso que: “En los establecimientos de salud mental, están habilitados para disponer las estrategias de intervención clínica y su direccionalidad, los equipos interdisciplinarios que se constituyan a este efecto de conformidad con este reglamento. Los mismos estarán integrados por enfermeros, psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales, médicos generalistas, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, pediatras, estimuladores tempranos, sin perjuicio de la participación activa de otras profesiones, tecnicaturas u oficios vinculados a la producción de salud.

La conformación de los equipos interdisciplinarios no afectará las incumbencias profesionales de cada una de estas especialidades, regulada por la normativa respectiva.

La enumeración hecha en este artículo no reviste carácter taxativo y está sujeta a las necesidades de cada servicio en particular. Los tratamientos e internaciones en establecimientos de salud mental deberán disponerse en el efector más cercano al domicilio del paciente, o de su grupo familiar. Se entiende por familiar a aquellas personas que convivan con el paciente y reciban de él ostensible trato familiar.

Las intervenciones y tratamientos en salud mental, así como las internaciones de niñas, niños y adolescentes, deberán adecuarse en un todo a las previsiones de la Ley Nacional N° 26.061.-

Otro artículo de relevancia para la idea que queremos exponer es el quince, que dice: “El Director del establecimiento podrá delegar en los equipos interdisciplinarios la facultad de autorizar los paseos y salidas terapéuticas”.

Parte de éste reglamento fue una ardua tarea realizada por los trabajadores de los hospitales Dr. Agudo Ávila y los propios de la Colonia de Oliveros.

Primeramente fueron convocados los abogados de ambos hospitales, entre los cuales estaba la Dra. Mariana Antonelli, gran luchadora por los derechos de los usuarios, ampliándoles posteriormente la propuesta a los trabajadores de las demás disciplinas.

Queremos hacer referencia al término usuario, ya que proviene de un movimiento que tuvo su inicio en las décadas del '60 y del '70 en varios países de Europa y América del Norte, en el auge de emergencia de varios movimientos sociales. Por esa razón, los usuarios se constituyen como actores sociales, que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio. De este modo se cuestionan las relaciones de poder instituidas y aquellos puntos de vista reconocidos como de "autoridad" en el campo de la salud mental que ha profundizado una cultura paternalista por parte de profesionales y del Estado.

En general, en los países latinoamericanos, los profesionales de salud mental tienden a sostener una cultura terapéutica muy acentuada, que enfatiza el papel del profesional en el proceso de tratamiento y cura, en detrimento de dispositivos de cuidado más horizontales, centrados en la perspectiva de "empoderamiento", ciudadanía, autogestión y soporte mutuo.

"Es necesario cuestionar los términos utilizados para referirse a ellos (enfermo, paciente, etc.), porque reconocemos que el lenguaje tiene el poder de mantener o cambiar las relaciones de poder".²⁴

Hoy en día, Santa Fe cuenta con una ley que data de 1991 y su decreto reglamentario de 2007, sin embargo sabemos que resta mucho por hacer, entre esas

²⁴ Vasconcelos, E M, Opus.cit., pp. 73.

tareas pendientes, es que ubicamos la elaboración del 'protocolo de evaluación', que nos motivó para llevar adelante esta tarea investigativa.

Sin una comprensión acabada de la situación real que nos circunda, es imposible problematizar los criterios de selección y planificar un programa que pueda responder al nuevo paradigma de salud mental.

Conclusión del capítulo I

Queremos dejar en claro, que cuando se debatía la necesidad de una Ley Nacional de SM, en el congreso estaban en análisis cuatro proyectos de ley sobre la misma materia, esto no es un dato menor, desde el momento que cada expositor ha “defendido” el texto normativo, al cual responde su ideología política.

Una vez más, tenemos frente a nuestros ojos, como lo político influye directamente en el campo de la salud.

Hemos podido comprobar que la construcción de un debate abierto sobre la pertinencia o no de una ley, es realmente una tarea titánica. No solo por la materia que abarca, la cual es muy amplia, sino también por los intereses políticos que se generan en torno al proyecto de ley que se elija.

Es válido mencionar el recorrido para que esta ley en particular, se pudiera sancionar. Primero tuvo que ser tratada en la Comisión de Salud, después en la Comisión de Justicia y luego en la Comisión de Legislación General, que son las tres comisiones donde esta ley tuvo giro. Luego por supuesto ir al recinto para que se debata en el pleno de la Cámara de Diputados y a partir de allí, en caso de ser aprobada, pasaría al Senado.

En todo ese proceso, la ley sufrió modificaciones, de modo que nosotros no podemos de ninguna manera prever cómo quedará el texto, hasta que se produzca a su sanción definitiva.

Los aspectos más importantes de la ley son entre otros: el respeto por los derechos humanos, los componentes que definen la salud mental, la presunción de capacidad, la inclusión de las adicciones, el ámbito de aplicación que incluye tanto lo público como lo privado, los dispositivos de inclusión social.

La consideración dinámica del padecimiento mental, como un momento de crisis que sufre la persona y no como un estado inmodificable; la modalidad de abordaje del

paciente, la cual debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros universitarios, terapeutas ocupacionales.

Y por supuesto, la atención primaria de la salud, en cuanto a la prevención y preferentemente en el recurso terapéutico, que debiera ser lo menos restrictivo posible, evitando la internación.

CAPÍTULO II

De los modelos de atención en salud

SUMARIO:1.-El Modelo médico vs. Modelo Inclusivo. 2.- Críticas al modelo inclusivo3.- Conclusión del capítulo II.

El Modelo médico vs. Modelo inclusivo

En el prólogo al libro de Galende y Kraut, titulado: ‘El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos’, el Dr. Raúl Zaffaroni, hace una reflexión sobre la ciudad industrial diciendo, respecto de la prisión y del manicomio: *detrás de los muros de uno encerró todo el mal, y detrás de los del otro toda la irracionalidad. Como caminamos por fuera de esos muros, estamos seguros de que somos buenos y racionales.*²⁵

Se han creado muchas ficciones jurídicas para poder llevar adelante el “sistema de la justicia”, no los vamos siquiera a enumerar, porque de seguro sobrepasarían los límites del presente trabajo. Es así que hemos decidido en este punto, desarrollar los modelos médico y asistencial, para evidenciar la crisis del antiguo paradigma que representa el primero, frente a las nuevas concepciones, fruto del crecimiento interno en estructuras donde se han abierto el diálogo y la escucha, pero por sobre todo, el cambio.

Hablar de paradigma implica, negar la posibilidad de una posición neutral, carente de valoraciones al abordar un tema determinado.

Más allá de las críticas que podamos realizar de la Ley Nacional de SM, desde una perspectiva de “técnica legislativa”, sin ser legisladores claro está, su innecesaria extensión o a la redundancia en la que cae –considerando la temática del consentimiento informado prevista por la 26.742²⁶– debemos destacar la importancia que reviste la misma.

Adhiere a nuevos prototipos que, como ya lo hemos dicho anteriormente, desde las más recientes convenciones internacionales sobre derechos humanos, impactan en nuestro sistema normativo e introducen modificaciones sustanciales.

Por otro lado, debemos señalar, cómo ha ido evolucionando con el tiempo y los diferentes intereses en juego, el trato que la sociedad y la ley han dado a la *locura*, a las

²⁵ Prólogo al libro de Emiliano Galende y Alfredo Jorge Kraut *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*, 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

²⁶ Ley 26742/12 sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, modificatoria de la Ley 26.529/09.

personas que padecen sufrimientos mentales, a sus familiares y a todo ser humano relacionado con el dispositivo monovalente.

Paulatinamente se fue abandonando el antiguo concepto que atribuía carácter demoníaco a la locura, se reconoció su condición humana, pero entonces se aisló al enfermo y se lo segregó del colectivo social.

Michel Foucault se ha ocupado extensamente del tema en la *Histoire de la folie à l'âge classique*, de las experiencias de la locura hasta la aparición de la psiquiatría.

En *Le Pouvoir psychiatrique* y *Les Anormaux*, el análisis de Foucault se centra, en cambio, en la historia de la disciplina. Ahora bien, no se trata de una historia de los conceptos, ni tampoco estrictamente hablando, de las instituciones Psiquiátricas, sino de las prácticas psiquiátricas, es decir, de los dispositivos de saber y poder en torno a la locura y al *loco*.

En estos últimos dos textos, además, el análisis de las prácticas psiquiátricas trasciende el ámbito de la locura, extendiéndose hacia la constitución de lo que se llama, en términos generales, “anormalidad” y de lo que Foucault denomina “función-psi”.

Pero no podemos dejar de hacer referencia al nacimiento de la clínica, Foucault comienza su obra, *La Naissance de la Clinique* contraponiendo dos textos: uno de mediados del siglo XVIII, de Pomme, y otro, menos de cien años posterior, de Bayle.

A partir de ellos define el propósito de la obra: describir lo que ha hecho posible esta mutación del discurso (la que se verifica entre una obra y otra), que debe ser analizada no en sus contenidos temáticos o modalidades lógicas, sino dirigiéndose hacia esa “región donde las cosas y las palabras todavía no están separadas, donde todavía se pertenecen, al ras del lenguaje, la manera de ver y la manera de decir”.²⁷

La clínica responde, así, no a un descubrimiento del valor de la observación y al fortalecimiento de la objetividad, sino a una reestructuración de la forma de ver y de

²⁷CastroEdgardo, *Diccionario Foucault Temas, conceptos y autores*, 1ª edición, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

hablar.

Para Descartes y Malebranche, ver era percibir, pero despojando la percepción de su cuerpo sensible, volviéndola transparente para el ejercicio del espíritu. A fines del siglo XVIII, ver consistirá en reconocer a la experiencia su mayor opacidad corporal. “Es esta reorganización formal y en profundidad, más que el abandono de las teorías y de los viejos sistemas, la que abrió la posibilidad de una experiencia clínica, la que levantó la vieja prohibición aristotélica: finalmente se podrá tener un discurso con estructura científica sobre el individuo”.²⁸

Esta reestructuración se ha llevado a cabo a través de sucesivas elaboraciones y reelaboraciones: de la medicina de las especies a la medicina epidémica, luego a la medicina de los síntomas, a la medicina anátomo-patológica y, finalmente, a la medicina de las fiebres.

Con la medicina de las fiebres asistimos al último paso en la reorganización de la mirada médica como clínica: de la anatomía a la fisiología. Con la obra de François Broussais²⁹ se zanan las diferencias entre la anatomía patológica y el análisis de los síntomas. Se trata de una medicina de los órganos sufrientes que comporta tres momentos: la determinación del órgano que sufre, la explicación de cómo alcanzó ese estado y la indicación de lo que es necesario hacer para detenerlo.

Así, comentaremos lo escrito por los doctores, Llorens y Rajmil, en el comentario que se hizo a la Ley Nacional que nos ocupa, desde el Instituto de Derecho e Integración del Colegio de Escribanos de la provincia de Santa Fe, en el año 2012.

Si ahondáramos en los propósitos que generaron la proliferación de los manicomios en el mundo como centros de internación y aislamiento del enfermo mental, no nos sorprendería descubrir que obedecieron más a intereses políticos y

²⁸Castro Edgardo, Op. Cit. Pág. 71.

²⁹En 1819 aparecen los apuntes del curso “Patología interna”, impartido por François Broussais (1772-1838), en la Facultad de Medicina de París, Francia. Murillo, G. M. La Medicina Interna, su historia y sus textos. México Medicina Interna, 2009;25 (6):527-529

sociales vinculados con el poder y el control, que a un verdadero afán de proteger y curar al paciente. Como sea y por las razones que sea, al enfermo mental se lo privó de su status de sujeto de derecho y se lo relegó a una categoría de objeto de protección y control.

A esa afirmación se confronta a lo dicho por Thomas Szasz³⁰, quien en 1961, publicó *El mito de la enfermedad mental*, que inició un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales. Szasz anota que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado; por lo tanto, no puede haber, literalmente hablando, enfermedad mental.

Cuando hablamos de enfermedad mental estamos hablando en sentido figurado, como cuando alguien declara que la economía del país está enferma.

Estoy al lado de Foucault en cuanto a denunciar la opresión psiquiátrica, pero me separo totalmente de él en el análisis y las soluciones.

Foucault veía en los asilos un instrumento de represión de la burguesía contra las “clases peligrosas”.

Esto es históricamente falso, señala Szasz, los primeros asilos fueron creados en Gran Bretaña por la aristocracia para impedir que sus miembros “desviados” disiparan su fortuna. El diagnóstico de locura ha sido, y sigue siendo, un medio para desembarazarse de los que molestan. El loco es el que perturba, cuestiona, acusa³¹.

La institucionalización, por decisión de un tercero autorizado, es un intento de acotar este exceso ordenándolo desde las normas jurídicas imperantes, para Szasz esa práctica es inmoral.

Volviendo al punto que propusimos desarrollar, los modelos médico y asistencial, podríamos afirmar que en general, el “modelo” es una abstracción de la realidad que reúne las características más dominantes de un tema, sistema, etc.

³⁰Médico psiquiatra, psicoanalista. Profesor Emérito de la Universidad del Estado de New York. Nació en Budapest el 15 de abril de 1920, falleció a los 92 años.

³¹*El mito de la enfermedad mental*, por Thomas Szasz

El modelo médico, puesto por consenso, se convierte en una característica estructuralmente dominante, que justifica el calificativo de hegemónico, adoptado voluntariamente por quienes aplican sus normas y procedimientos. Por iguales razones es el modelo que se enseña.

Responde al igual que la cultura, de la que forma parte, a la influencia de esta y, como ella, es eminentemente témporoespacial. En determinado momento empieza a restringir su utilidad y reducir su consenso, que es lo que sucede con el modelo médico actualmente.

Alcanzó su cenit al finalizar la primera mitad del siglo XX. A partir de entonces, comenzaron a hacerse evidentes sus faltas y deformaciones lo que justificó la aparición de propuestas de modificaciones y hasta de un cambio total.

En medicina asistencial, le esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad: su objetivo, tratar de conocerla en sus más íntimos detalles.

Hay en la historia de la psiquiatría un hecho, contenido ya en el relato que hasta aquí hemos realizado, del tratamiento médico psiquiátrico; esto es, que la acción por el cual el enfermo es encerrado y controlado en una institución asilar responde a una lógica de poder, y hemos visto que ese poder es prioritariamente político, es decir, se trata de una decisión en primer lugar motivada por necesidades políticas. Se trata de controlar al “loco” que crea o puede crear situaciones disruptivas en la vida de la sociedad.

Críticas al modelo inclusivo

¿Por qué una reforma? ¿Por qué necesitábamos una ley nacional de orden público? Quienes cuestionan tanto una como otra, disputan que sea posible sacar del modelo instalado las prácticas manicomiales.

El modelo inclusivo propone, como ya lo hemos visto, dispositivos de inclusión social, que aunque ya existían en algunas provincias, ahora han sido revalidados.

Desde nuestro rol como auxiliares del derecho, sabemos que la ley es una herramienta valiosísima, también sabemos que antes, no todas las provincias poseían un instrumento legal de estas características, en donde ampararse y que ahora no puede dejarse de lado, de eso se trata el “orden público”, concepto éste que en la especie es correlativo al de “utilidad pública”, ya que ésta, como aquél, en definitiva contemplan el derecho de la sociedad.

El interés orgánico de la sociedad, jurídicamente concebido y expresado, se llama *orden público*. Ahora bien, todo aquello que satisface una necesidad generalmente sentida, o las conveniencias del mayor número, es de *utilidad pública*.

Hechas las reflexiones que se merece el tema sobre la ley, cabe reflexionar sobre el sistema de SM, que en su integridad, está sostenido por el manicomio y es justamente por ese motivo que se hace necesario sustituir lo edilicio.

No se trata de pasar de un manicomio a un hospital privado, a una casita bien pintada -para toda la vida- eso es *TRANSINSTITUCIONALIZACION* y no responde al modelo que propende la atención completa.

Integral, es considerar el proyecto de vida del usuario, es atender, internar, seguimiento, apoyo a las familias, urgencias para sujetos en crisis, etc.

Esto es utópico, esto es novelesco, es romántico, podrían decir los que están en contra y posiblemente lo sea, pero cuántos giros ha dado la historia por idealistas que persistieron en la lucha, por científicos que murieron trabajando en sus proyectos, para

que hoy podamos disfrutar de los “avances tecnológicos”, dicho con ligereza, a nadie le llama la atención que detrás de tanto sacrificio, haya grupos de seres humanos que creyeron en eso por lo que luchaban y lo hicieron posible.

Desviar el debate hacia los laboratorios, es como desviar la mirada hacia el narcotráfico, cuando de adictos se trata. La persona, el ser humano está ahí y necesita atención, entonces, si empezamos por cambiar desde los que tienen que modificar los criterios de atención, no va a ser imposible que el modelo se aplique.

El retorno de los derechos humanos al campo de la SM, significó que la semántica discursiva de la nueva ley de salud mental, estuviera sostenida en sus postulados básicos subyacentes, por una serie de instrumentos internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental, en especial la Declaración de Caracas, los Principios para la Protección y el mejoramiento de la atención en Salud Mental.

Asimismo, la Convención Internacional sobre los derechos las personas con discapacidad, la cual “se inscribe de lleno en una nueva visión y consideración de las personas con discapacidad que, en las últimas décadas, ha provocado importantes modificaciones en algunas legislaciones nacionales”.

Es el caso, entre otras, de la ley francesa de 5 de marzo de 2007 que sitúa a la persona con discapacidad en el centro del sistema, o de la ley española de 18 de noviembre de 2003 que incorpora grandes dosis del principio de autonomía de la voluntad al sistema de protección de aquellos que no pueden gobernarse por sí mismos, regulando figuras como la autotutela o los poderes preventivos³² y las recomendaciones principales de la Organización Panamericana de la Salud.

Retorno que también significaba legislar a favor de un enfoque de derechos en el campo de la salud mental y de no divorciar el derecho a la asistencia del ejercicio de los principales derechos civiles, sociales y políticos, en especial de las personas con mayor

³² Montserrat Pereña Vicente, Profesor Titular de la Cátedra de Derecho Civil de la Universidad Rey Juan Carlos de España.

padecimiento psíquico y pasibles de terminar siendo víctimas del circuito de institucionalización manicomial.

Paralelamente poner límites y controles al modelo médico hegemónico en el campo de la salud mental y al monopolio presente en las decisiones de internación, ello se puede visualizar desde hace tiempo en fallos de nuestros tribunales, los cuales han ido marcando el rumbo; como ha sucedido en el juzgado de primera instancia y que fuere confirmado por la alzada, el Dr. Eduardo J. Cárdenas, en su voto afirmó:

*Si el juez puede privar a una persona de dirigirse a sí misma y de administrar sus bienes en forma total, también puede hacerlo parcialmente*³³

Igual proceder tuvo la Dra. María Graciela Iglesias, recientemente nombrada presidente del Órgano de Revisión, conforme al artículo 38 de la Ley Nacional 26.657, quien se ha manifestado en la misma línea de pensamiento y, como es noción pública, ha renunciado al cargo vitalicio de juez, para poder asumir éste nuevo desafío que le representa la dirección del órgano antes mencionado.

A continuación, vamos a poner en tela de juicio, al propio artículo que ha motivado el presente trabajo final:

Capítulo VI Del equipo interdisciplinario. ARTICULO 13. — *Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.*

Para algunos, este artículo es absolutamente innecesario a los fines declarados en la Ley y sólo puede redundar en el perjuicio y dificultad de su aplicación, porque dará

³³ CNCIV, Sala C, 12/8/1985, ED. 116-126 y LL. 1985-E-47.

lugar a impugnaciones de concursos, dilaciones administrativas y otros planteos corporativos enfrentando inútilmente a los profesionales de diversas disciplinas en el futuro, como ya viene ocurriendo desde hace casi una década con la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires, que adoleció del mismo defecto.

Ante la necesidad, que ya hemos expresado, de contar con una Ley Nacional de Salud Mental es necesario dejar de lado esta expresión de intereses profesionales sectoriales, que requerirían otra Ley específica y que nada agregan al instrumento y entorpecerán su aplicación.

Con respecto al mismo artículo 13 (de la 26.657), la jurisprudencia también ha dicho: *“El ejercicio de las funciones concursadas excede el ámbito profesional de los psicólogos, por ende mal pueden ejercer en plenitud este tipo de profesionales la función de Jefe de Servicio cuando no se encuentran habilitados para desarrollar la totalidad de las tareas que, por expresa disposición de la reglamentación vigente, tienen a su cargo. Dicha interpretación no implica efectuar una injusta discriminación entre los profesionales abarcados por la ley 10.471 –psicólogos-, sino simplemente respetar lo normado por su art.16. No significa que este tipo de profesionales no integren la carrera profesional hospitalaria sino que, por las propias limitaciones que emergen de la ley que establece sus incumbencias profesionales, no reúnen los requisitos necesarios que los habilite para desempeñar las funciones de Jefe de Servicio de Salud Mental.”*³⁴

En los años ‘60 a ‘70 el Dr. Mauricio Goldenberg dirigía el Hospital Gregorio Aráoz Alfaro, Hospital General de Lanús. Por concurso abierto, la Lic. Laura Bonaparte, psicóloga, fue Jefa de Internación de Sala de Mujeres en el Servicio de Psicopatología.

³⁴Millán Lidia Graciela c/Provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud) s/demanda contencioso administrativa Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, 31/8/2007 Cita: MJJ15032.

Otros en cambio proponen, que recordemos la disertación del Dr. Benedetto Saraceno³⁵, del 25 de agosto de 2008 en la Cámara de Diputados respecto a la legislación en Salud Mental. El doctor Saraceno, aludió entonces al criterio medieval de pretender que el campo de la salud mental fuera exclusivo de la psiquiatría y nombró a una de las mejores direcciones de Salud Mental, la de Gran Bretaña conducida por un enfermero, ex estibador.

Los aportes de Cristina Petit³⁶ y del psicólogo Oscar Santini sobre el art. 13, respecto de los cargos de conducción interdisciplinarios y las responsabilidades de los equipos interdisciplinarios, debe estar en referencia directa a la capacidad de liderazgo o conducción grupal, interés, conocimiento de las temáticas, respeto a las diferencias y aportes disciplinarios, etc.

El trabajo con familias en crisis, comunidades, instituciones, parejas, niños, adolescentes, ancianos, embarazadas, presos, víctimas de delitos, de desastres, prevención de accidentología vial, adictos a sustancias psicoactivas y los numerosos problemas que aborda el área de Salud Mental, requiere que la conducción sea abierta, porque lo disciplinario desde la conducción empobrece seguramente el desarrollo y la gama de dispositivos que se pueden implementar junto con la población y sus demandas en su derecho a la salud.

En la Provincia de Córdoba se han sucedido distintos profesionales no médicos, pero del Equipo de Salud, en la conducción de Servicios de Psicoasistencia; Salud mental; Psicopatología o con distintos nombres; Hospitales de Día; Hospitales Colonia, Psiquiátricos o Neuropsiquiátricos y la misma Dirección de Salud Mental de la Provincia. Así fueron y son en muchos casos, conducción de los mismos, psicólogos,

³⁵Médico, director del Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

³⁶Vicedecana de Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Magister en Gestión educativa y Profesora Titular de la cátedra de Psicología Social de la carrera de turismo de la Universidad Blas Pascal de Córdoba.

médicos psiquiatras, médicos neurólogos, médicos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros.

Actualmente conducen el Hospital Dr. Emilio Vidal Abal de Oliva (ex Nacional), un Psicólogo como Director y un Enfermero como Subdirector y el histórico Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba Capital, un psicólogo es Director y un médico psiquiatra es Subdirector, y así en numerosos servicios e instituciones.

Por lo que es importante que una ley nacional tome estos antecedentes de realidad y los refleje, caso contrario quedará confrontando con una realidad nacional e internacional.

En relación con el artículo 8º, que habla de la interdisciplinariedad —este asunto representa uno de los avances más importantes que podemos tener en el campo de las ciencias y de las actividades académicas— ¿cómo se plantea en la ley esa interdisciplinariedad?

Encontramos las siguientes palabras: “profesionales, técnicos y otros profesionales”. ¿Quiénes son esos “otros”? No está dicho. Esto es grave porque genera consecuencias posteriores en la ley. ¿Quiénes son los “otros”? ¿Escribanos, arquitectos e ingenieros? Entonces, ¿quiénes componen la interdisciplinariedad?

Por otro lado, ¿qué título habilitante de interdisciplinariedad emiten las universidades argentinas? Esto no es algo secundario porque, después, en relación con lo interdisciplinario el texto manifiesta “y otras profesiones... y otros que garanticen la existencia de los distintos haberes en salud mental”. Pero, ¿cuáles son esos “distintos haberes en salud mental”? Porque desde el momento en que se definen estas cuestiones se define también la composición de las instituciones, es decir, quiénes las dirigirán esas y cuáles serán sus servicios, asimismo, quiénes atenderán a los pacientes y quiénes serán los profesionales legalmente responsables en un país donde los juicios por mala praxis representan una de las pocas industrias florecientes que quedan.

Por lo tanto, ¿quiénes serán los responsables? Y ¿quiénes son esos “otros” ante el paciente, la familia, la institución y la ley?

Conclusión del capítulo II

Al hablar de seres humanos, estamos hablando de nosotros mismos. Al pensar en las políticas de salud mental, estamos pensando en nuestra salud integral, la de nuestras familias y las que en el futuro formen nuestros seres queridos.

Si partimos de la afirmación de que somos seres complejos, es lógico pues, que se reivindique también la atención de nuestras demandas, en ese sentido: complejizándola.

Es en este camino, por lograrlo donde se alistan los trabajadores de SM, todos ellos dejando de lado *los prejuicios infaltables del cambio* aquellos que bien expone Susana Cazzaniga, en la siguiente reflexión: “si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integridad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad”³⁷.

Se hace necesario entonces, aclarar que esta ley no trae consigo el riesgo de perder el poder, para ninguna disciplina, solo debemos repensar las prácticas en los dispositivos de Salud Mental (DSM) para, a partir de allí, problematizar las intervenciones con otros saberes.

Teniendo en cuenta que el campo de la salud, es un espacio compartido por otras profesiones y saliendo del enfoque tradicional, la cuestión radica en pensar qué es lo que nuestra profesión aporta de particular, focaliza de esa realidad.

Posibilitar mediante reglas de procedimientos una cohesión de grupo, es un proceder que nos insta a participar, ya no limitándonos a intervenir en cuestiones netamente jurídicas dando a conocer la ley a los usuarios y familiares, lo cual es de

³⁷ Cazzaniga, Susana, *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*. Revista Margen, primavera 2002; 27.

suma importancia (como se ha manifestado en el capítulo precedente), sino también con el aporte desde nuestra especialidad, para la creación de tan necesario instrumento. Está claro que no somos legisladores, pero sabemos muy bien las pautas reglamentarias que se adaptan mejor a la necesidad que se nos plantea.

Coincidimos con los que piensan la desmanicomialización como un proceso donde urge cambiar las prácticas, para no caer en una mera reforma edilicia. Pensamos fervientemente que eso se logra con una buena selección y capacitación del personal, porque tenemos que saber cómo usar esas estructuras intermedias, acompañarlas de estrategias para que externen a las personas hacia la vida. Todos los recursos humanos, los nuevos y los ya existentes, deben estar comprometidos con el cambio, por ello es fundamental que no ocupen los puestos de trabajo personal ajeno a este avance.

Es el fantasma del “acomodo”, lo que se instala en el imaginario de los trabajadores, pero sin duda una buena reglamentación que ponga en marcha un sistema basado en la transparencia, que jerarquice las tareas de los actores, echará por tierra con el peor de los males que nos asecha, la corrupción.

CAPÍTULO III

De los equipos asistenciales y su conformación

SUMARIO:1.-Adaptación de los discursos en la interdisciplina. 2.-El equipo desde una perspectiva jurídica. 3.-Protocolos de evaluación. 4.-Conclusión del capítulo III.

Adaptación de los discursos en la interdisciplina

En la introducción que hace María Elena Elmiger en *El sujeto efecto de la ley*, expone claramente que pocas veces el Psicoanálisis interceptó su discurso con el jurídico, a pesar de compartir con él la cuna de las letras y la cultura.

Pensadores como Sócrates, Platón, Aristóteles, Tomas de Aquino, Descartes, Spinoza, Kant, Hegel, Sartre...que se interrogaron e intentaron responderse a cerca de la subjetividad humana, fueron y son la levadura que leuda tanto el pensamiento jurídico como el psicoanalítico.

Podría decirse que de las mismas simientes brotaron dos lecturas y abordajes distintos que pueden entrecruzarse, cruzarse, interceptarse...

Sin embargo, el derecho parece hoy apoyarse más en las psicologías o en las psiquiatrías como elemento para dirimir o discernir, por ejemplo, la responsabilidad de un sujeto que comete un delito y el Psicoanálisis se extendió hacia la clínica abordando las religiones, las instituciones, la familia, la cultura y su malestar, en una aproximación al derecho, pero extrañamente, muy pocas veces enhebrándolo.

Pero el entrecruzamiento de ambos muestra, paradigmáticamente, un mismo lecho: el lenguaje. Y sus sinuosos caminos se tocan sincrónica y diacrónicamente mas allá de su específico campo de aplicación. Estos pueden interrelacionarse o transitar por bordes que imbrican o excluyen los dos discursos.³⁸

A continuación, vamos a poner de relieve la frase con la que comienzasus exposiciones el Dr. Marcelo Molina, y que consideramos totalmente cierta: “trabajamos sobre lo mismo desde perspectivas distintas”.

Derecho, Psicoanálisis y medicina. ¿Por qué relacionarlos? ¿Qué cuestiones pueden suscitarlos al implicar cosas tan disímiles?

³⁸Gerez Ambertín, Marta (Compilador), *Culpa, responsabilidad y castigo en el discurso jurídico y psicoanalítico*, pág. 107.

Son todas prácticas, discursos que crean realidades. El discurso médico-jurídico hace de su objeto un cuerpo extenso, con dimensiones fijas, mientras que el objeto del psicoanálisis, inaprensible, sólo se palpa en lo intangible de la sustancia gozante.

En palabras de Patricia Hanono³⁹ “El objeto de la medicina es sustancia extensa, espacio lleno en cuyo hueco el lenguaje toma su volumen y medida, se espacializa, y se verbaliza lo patológico. El objeto del psicoanálisis sólo se puede pensar como los efectos de los decires de otro sobre el sujeto, que no arman unidad, que no son dimensionables ni sustancializables, sólo se dibujan como negatividades no localizables. La medicina cree en lo palpable de su objeto. Para el psicoanálisis el objeto sólo existe en tanto ausente, no va a su encuentro, más bien se asegura su inaccesibilidad”⁴⁰.

Foucault propone cambiar las preguntas tradicionales que la historia de las ideas se ha formulado sistemáticamente respecto del autor de los discursos, por aquellas que lo sitúan en el marco de una función compleja y variable.

Dice Foucault: “Deberíamos suspender las preguntas típicas: ¿Cómo un sujeto aislado penetra la densidad de las cosas y las dota de significado? ¿Cómo cumple su propósito dando vida a las reglas del discurso desde el interior?”⁴¹

Más bien, deberíamos preguntar: ¿bajo qué condiciones y a través de qué formas puede una entidad como el sujeto aparecer en el orden del discurso? ¿Qué posición ocupa? ¿Qué funciones exhibe y que reglas sigue en cada tipo de discurso?

En este marco, Foucault no parte del *apriori* histórico que postula al autor como aquel a quien se le puede atribuir la producción de un texto, sino que lo analiza en el sentido de una función compleja más allá de toda atribución psicologista.

³⁹Psicoanalista. Miembro de Letra Institución Psicoanalítica. Miembro de AEPA (Asociación Estudios Psicoanalíticos Argentinos) en calidad de asociada. Extensa experiencia clínica en instituciones de menores integradas a los programas del Consejo del Menor y Docente en seminarios de postgrado sobre el tema en la Universidad de Buenos Aires

⁴⁰Hanono Patricia, Trabajos de Investigación Clínica y de Inserción del Psicoanálisis en diversas Áreas Temáticas, Disponible en: <http://www.psicomundo.com/foros/investigacion/medico.htm>.

⁴¹ Foucault Michel, *El orden del discurso*, 4ª edición, Barcelona: Tusquets, 2008.

Por lo mismo, la hipótesis de Foucault con respecto al autor del discurso, cuestiona las posibilidades psicológicas de éste para imprimirle cierta originalidad a un texto, y se pregunta sobre los verdaderos alcances del autor en lo que concierne a las combinaciones léxicas, semánticas y al modo en el cual aquel dispone de los materiales discursivos. En suma, se trata de interrogar la función del autor como lugar de “apropiación” y “subjetivación” de las reglas discursivas, y hasta qué grado un autor ejerce alguna primacía sobre éstas.

Es manifiesto que la “originalidad” del autor, desde el punto de vista psicológico, no puede sino ser el vehículo de un cierto “estado discursivo” al que sólo podrá sobrepasar cuando hayan aparecido las condiciones materiales y enunciativas que lo hacen posible. Sin embargo, “el autor”, no es tan sólo una función que viene a expresar anónimamente el conjunto de reglas al cual está sometido, sino que establece con ellas una serie de relaciones complejas y variables, conforme a las condiciones de posibilidad que ofrecen ciertos marcos epistemológicos.

El autor, tal como lo define Foucault, no es pues un sujeto específico que responde a la pregunta: “¿quién escribe?”, sino una función propia del discurso, transformada luego en una categoría, un criterio de clasificación y ordenamiento por medio del cual se asigna al texto y a su producción un “autor” específico.⁴²

El concepto de discurso aparece vinculado a dos grandes problemáticas: el objeto de las descripciones foucaultianas y la disposición fundamental de la Época Clásica analizada en *Les mots et les choses*.

De acuerdo con el primer sentido, la arqueología es el análisis del discurso en la modalidad del archivo.

⁴² García Hodgson Hernán, *Deleuze, Foucault, Lacan; Una política del discurso*, 1º ed. Buenos Aires: Quadrata, 2005.

En la arqueología del saber, Foucault define el discurso como el “conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación” y, por lo tanto, remiten a idénticas condiciones de existencia.

Para Mijaíl Bajtín,⁴³ la ambigüedad ligada a los conceptos de “enunciación”, “enunciado”, “discurso” y “texto” nos obliga a hacer algunas precisiones terminológicas. La enunciación es la actividad lingüística realizada por un sujeto a partir de la cual se produce un enunciado, en un espacio y tiempo compartidos con otro (s) sujeto (s) destinatario(s). Es un acto intersubjetivo y contextual que, por definición, solo puede recuperarse en el enunciado a través de las marcas enunciativas (pronombres personales, adverbios de lugar y de tiempo, desinencias verbales, (terminaciones) etc.) ya que solo conocemos “enunciaciones enunciadas”.

El enunciado, producto del acto de enunciación, es la unidad real de la comunicación discursiva. A diferencia de la oración, cuyo límite es el punto, las fronteras de enunciado se determinan por el cambio de sujeto discursivo. Todo enunciado conlleva, en forma explícita o no, las marcas del acto de enunciación.

Entonces, utilizamos el término discurso como la producción lingüística de enunciados; pero siempre debemos considerarlo a partir de su enunciación –tanto lo que se dice, como quién lo dice, como a quién, cuándo y dónde, se dice lo que se dice, es fundamental para su correcta comprensión.

A medida que Foucault sustituye la noción de *episteme*, primero por la de *dispositivo* y, finalmente, por la de *práctica*, el análisis del discurso comenzará a entrelazarse cada vez más con el análisis de lo no discursivo (prácticas en general), y la arqueología del discurso cederá su lugar a un análisis genealógico y ético del mismo.

Las prácticas discursivas no son pura y simplemente modos de fabricación de discursos. Ellas toman cuerpo en el conjunto de las técnicas, de las instituciones, de los

⁴³ Orei, 1895 - Moscú, 1975. Teórico literario ruso, conocido también por su seudónimo V. Voloshinov o Vorochilov.

esquemas de comportamiento, de los tipos de transmisión y de difusión, en las formas pedagógicas que, a la vez, las imponen y las mantienen.⁴⁴

Hemos tenido la posibilidad, a través de nuestro trabajo investigativo, de escuchar a cada uno de los integrantes de los equipos asistenciales, en grupo e individualmente.

Podríamos afirmar que en sus discursos reconocen el punto donde sus conocimientos, en relación con otros saberes, convergen y dónde se separan, tienen plena noción de las coordenadas necesarias para ir todos en busca del mismo objetivo. Esas directrices, serían los principios básicos desde los cuales hay que trabajar para lograr el resultado final, el cual sería: poder hablar de interdisciplina.

No es tarea fácil que eso suceda, si los actores del campo en estudio, no abandonan posturas autoritarias, lo hegemónico, lo concentrado, la centralización del saber y el poder, pero ¿quiénes son estos actores sino nosotros mismos, como sociedad?

A decir de Edgardo Castro, Foucault, no escribió una teoría del poder, si por “teoría”, entendemos una exposición sistemática; más bien, nos encontramos con una serie de análisis, en gran parte históricos, acerca del funcionamiento del poder. A pesar de ello, es posible ofrecer una reconstrucción articulada de estos análisis. Ello constituye el esbozo de la filosofía política de Foucault o, para utilizar una expresión suya, de una “filosofía analítica del poder”. El poder es algo que funciona a través del discurso, porque el discurso es, él mismo, un elemento en un dispositivo estratégico de relaciones de poder”.⁴⁵

El psicoanalista no es en modo alguno un legislador, pero no desconoce los efectos de la ley. El discurso del psicoanálisis es exactamente el reverso del discurso del amo. El amo define un sistema de obligaciones y demandas para el sujeto. La ética del analista orienta la experiencia de la cura en un terreno distinto al que presenta al bien

⁴⁴Castro Edgardo, Op. Cit. Pág. 110.

⁴⁵ Castro Edgardo, Op. Cit. Pág. 304.

como universal. Si el analista está privado de esta certidumbre sobre el bien, habrá que reflexionar entonces respecto del modo en que su discurso pueda encontrar su pertinencia aquí.

Es imperioso unificar criterios, para que la adaptación de los discursos se concrete, conlleva un aprendizaje interesado del discurso ajeno.

No se propone en este trabajo abandonar la esencia de cada disciplina, sino lograr que la orquesta suene en sinfonía, a pesar de ser intérpretes cada uno de su instrumento.

En el ejemplo, la orquesta está unida y coordinada por la batuta del director, en nuestro ordenamiento normativo, el equipo interdisciplinario que se pretende, debe estar unido y coordinado por un protocolo que ellos mismos ayuden a confeccionar, desde sus experiencias y para sus prácticas.

El equipo desde una perspectiva jurídica

Bajo éste título consideramos necesario hablar de los equipos de trabajo, y de cómo un instrumento legal puede influir en la relación que se genera entre sus integrantes.

Los grupos de trabajo han existido durante cientos de años, constituyen el tema de innumerables libros, y han sido utilizados en muchos países y culturas. La mayor parte de la gente cree que conoce la forma de trabajar de los equipos así como las ventajas que ofrecen.

Muchos han tenido experiencias de primera mano en dispositivos, algunas de las cuales han sido gratificantes y otras una pérdida de tiempo. Sin embargo, a medida que hemos explorado el uso de éstos mecanismos, han aparecido cada vez más claro que el impacto potencial de equipos aislados, así como el colectivo de muchos de ellos, sobre rendimiento en grandes organizaciones, se explota por debajo de las posibilidades a pesar del reconocimiento creciente de la necesidad de lo éstos tienen para ofrecer.

La comprensión de esta paradoja, y la disciplina que se necesita para tratarla, constituyen el centro de las lecciones básicas que pretendemos analizar en el presente capítulo y para ello se hace necesario aclarar ciertos términos, dado que muchas veces son utilizados indistintamente.

Tenemos que ponernos de acuerdo a qué nos referimos cuando hablamos de interdisciplina, en palabras de Diego Martínez,⁴⁶ *no como la suma de distintas profesiones que solo ve el recorte parcial, sesgado desde la disciplina desde donde se mira, sino la mirada simultánea, conjunta, puesta en constante discusión y crítica, no al otro, como si fuéramos garantes de una verdad única con la cual evangelizar al prójimo, sino con el otro, para poder generar la mayor cantidad de estrategias posibles, nutriéndonos de las distintas posiciones, saberes y experiencias que redunde*

⁴⁶Psicólogo del Equipo Regional de Intervención en crisis (E.R.I.C), en el Hospital Local General de Agudos “Dr. Arturo Melo” de la localidad de Lanús, provincia de Buenos Aires.

*en prácticas superadoras que le dé al paciente de salud mental, el mismo estatuto de paciente que ya posee en la acepción común dentro de un hospital general*⁴⁷.

Nuestra intención es definir, desde la ciencia jurídica algunas palabras utilizadas tanto en la ley como en el decreto y por lo tanto, vamos a comenzar con la expresión más simple aunque, no por ello sencilla, desde la disciplina.

*Disciplina: se entiende por tal, a la doctrina, instrucción de una persona, especialmente en lo moral, leyes y ordenamientos de una profesión o instituto: respetar la disciplina del colegio. Acción y efecto de disciplinar o disciplinarse.*⁴⁸

A la definición antes vista podemos añadir, se entiende por “disciplina judicial” a la que tiene por finalidad mantener el orden y la regularidad en el ejercicio de los deberes que deben cumplir los miembros de la magistratura y del foro, así como los funcionarios ministeriales.

Aunque no hay uniformidad al respecto, son muchos los autores que consideran como disciplinas jurídicas fundamentales, las siguientes: Ciencia del Derecho, Filosofía del Derecho, Teoría General del Derecho, Historia del Derecho, y Psicología del Derecho.

Los equipos disciplinarios, son aquellos basados en la diversidad de conocimientos científico-disciplinares.

La Multidisciplinariedad, es el estudio de un objeto de una sola disciplina por varias disciplinas. La investigación pluridisciplinaria aporta un algo más a la disciplina en cuestión: está al servicio exclusivo de esa misma disciplina.

Es la forma más común de trabajo en los equipos institucionales: aporta a la comprensión aislada de la problemática pero no contempla el impacto de la intervención.

⁴⁷Martínez Diego, “Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención”. “Retórica de la crisis”, En: “Abordajes interdisciplinarios en situaciones de crisis de salud mental” pag.689.

⁴⁸Garrone, José Alberto; López, Gastón Federico (Colaborador); Recca, Claudia M. (Colaborador); y otros, *Diccionario jurídico*, Buenos Aires: Lexis Nexis, 2005. 4 volúmenes.

Por su parte, la interdisciplinariedad es la transferencia de una disciplina a otra, a nivel de aplicación de métodos, a nivel epistemológico: se transfiere la lógica formal subyacente a prácticas y conceptos como así también de gestación de nuevas disciplinas: gerontólogos, ‘famiólogos’, etc., con lo cual la interdisciplinariedad contribuye al big-bang disciplinario.

Transdisciplinariedad, es una nueva visión del mundo más que una nueva disciplina o una ‘omnidisciplina’. Parte de la consideración de que la complejidad del mundo no permite que haya una sola inteligencia o un solo abordaje que dé cuenta de la dimensión de los problemas, los cuales a su vez se han ido complejizando dentro de los sistemas que los mantienen. Este es posible legitimando en los equipos las diferentes voces de los participantes incluida la voz de las familias, usuarios, vecinos, etc., ya que poseen saberes propios y que tejidos en conjunto con los de los profesionales reinventan las explicaciones y soluciones de los problemas. Se fundamenta en preguntas que están más allá de las disciplinas pero que a su vez las incluyen.

Las problemáticas que se derivan del campo en estudio, así como la planificación en el mismo, no puede ser abordada ni desde una sola disciplina, ni desde un solo discurso que ostensivamente resultaría insuficiente para abarcarlas.

Por esta razón, que deriva de la misma constitución del campo, es que desde hace casi cincuenta años, se recomienda la constitución de equipos interdisciplinarios tanto para la conceptualización, investigación, planificación como para cualquier práctica en el mismo.

Un Equipo Interdisciplinario en Salud Mental, debiera contar como componentes permanentes a Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros, trabajadores Sociales, Abogados y Promotores de Salud.

De más está decir, que este equipo estable, debe poder trabajar con flexibilidad necesaria como para convocar como partes del mismo a otros representantes de saberes

y disciplinas cuando las circunstancias lo requieran, por ejemplo: epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, políticos, sanitaristas, psicopedagogos, etc. de allí la figura del Consultor que inscribió el Programa.

Protocolos de Evaluación

Si pensamos en el protocolo como una herramienta de comunicación, tenemos que pensar en qué es lo que se pretende comunicar, a través de él y desde dónde. Para ello, están los “criterios de selección para la evaluación”, recién entonces vamos a estar utilizando de forma adecuada ésta herramienta y reclutando trabajadores contestes al modelo inclusivo que se propende desde la ley.

El reclutamiento parte de las necesidades presentes y futuras de los recursos humanos de la estructura. Consiste en la investigación e intervención sobre las fuentes capaces de proveer a la organización del número suficiente de personas necesarias para la consecución de sus objetivos. Por eso es que se dice, que es también un proceso que consta de tres etapas:

La etapa de investigación interna de las necesidades, es decir, lo que la organización necesita, las personas esenciales para la tarea en cuestión. La investigación externa del mercado, refiriéndose a lo que el mercado de recursos humanos puede ofrecer, allí es donde entran en juego las políticas educativas y los planes de estudio de las profesiones cuya incumbencia debería de contar con curriculares acordes. Y por último, la etapa correspondiente a la definición de las técnicas de reclutamiento, cuyo desarrollo excede el marco del presente trabajo.

Ya sabemos de la ambigüedad que ofrece el término protocolo, por tratarse de una pauta multidisciplinar, cambiante y global de la que se trata. Han sido muchos los autores que han tratado de encontrarle una definición adecuada, tal como apunta Fuentes (2008:37) a este respecto, “quizás la dificultad esencial de acertar plenamente reside, en la propia evolución del término y de su práctica, de ese camino que va desde la regla o norma, a su acepción más actual vinculada a la organización de eventos y actos”.

Siguiendo el concepto de selección de personal, la selección busca entre los candidatos reclutados a los más adecuados para los puestos disponibles, con la intención de mantener o aumentar la eficiencia y el desempeño del personal, así como la eficacia de la organización. Desde este punto de vista, la selección pretende solucionar dos problemas básicos: la adecuación de la persona al trabajo y la eficiencia y eficacia de la persona en el puesto.

Sin embargo, hoy las organizaciones abandonan sus características burocráticas a favor de nuevos formatos de organización del trabajo. Los departamentos y puestos son reminiscencias del viejo modelo burocrático, y se les sustituye por unidades de negocios y equipos. Así no siempre es el puesto, el elemento básico de partida para elegir a los candidatos. Muchas empresas se basan en las habilidades y competencias individuales para elegir a los aspirantes.

Si todas las personas fueran iguales y tuvieran las mismas condiciones individuales para aprender y trabajar, podríamos olvidarnos de la selección de personal. Pero la variabilidad humana es enorme: por las diferencias particulares tanto en el plano físico (estatura, peso, complexión, fuerza, agudeza visual y auditiva, resistencia a la fatiga, etc.) como en el psicológico (temperamento, carácter, inteligencia, aptitudes, habilidades mentales, etc.), las personas se comportan, perciben situaciones y se desempeñan de manera diferente, con mayor o menor éxito, en las organizaciones.

Las personas difieren tanto en la capacidad para aprender una tarea como en la manera de realizarla una vez aprendida. La estimación a priori de estas dos variables (tiempo de aprendizaje y nivel de realización) es tarea de la selección de personal.

Se trata entonces de llevar el concepto de selección, a un ámbito en el cuál su prestigio ha sido bastante vapuleado, por no decir devastado, como lo es el sector público.

En el primer encuentro de trabajadores del campo de la SM, organizado por la Asociación Trabajadores del Estado, seccional Rosario, más de setenta operadores estuvieron reunidos en comisiones. Allí, elaboraron un diagnóstico de situación abarcativo donde se destacan las condiciones de trabajo, los contratos irregulares de parte del estado, la falta de implementación de la ley en aquellos artículos que no se encuentran reglamentados, y la falta de un presupuesto para el desarrollo normal de las condiciones de trabajo.

Sobre el final del encuentro, se resaltó en la necesidad de avanzar hacia un proyecto político más definido al conjunto de los trabajadores, con la finalidad de incidir más en el plano de las políticas públicas de salud.

En este orden de ideas, las políticas públicas, se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detectan la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención.

Termina, con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. En definitiva, influir sobre él.

Las políticas públicas, como conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas, se hizo presente a nivel provincial en Santa Fe, mediante el Programa de Salud Mental (PSM).

En él, se establecieron lineamientos generales para la formación del recurso humano en salud mental y se confeccionaron programas por especialidades, sujetas a un trabajo de discusión de los mismos para unificar criterios con Universidades y Colegios profesionales pertinentes.

Promover una vigilancia permanente de aspectos éticos y jurídicos, formó parte también de los deseos plasmados en el PSM, conforme a la organización de un equipo jurídico tal cual lo contempla la Ley 10.722 en su art. 24 , que prevé claramente su instalación en los hospitales psiquiátricos.

A continuación citamos el artículo en su integridad: “...El Ministerio de Salud y Medio Ambiente constituirá en igual plazo al establecido en el artículo anterior, Departamentos de Asesoramiento Jurídico, integrado por abogados, en la Dirección de Salud Mental y en los establecimientos públicos de internación en salud mental, los que tendrán por función velar por el cumplimiento de esta ley asesorando a la Dirección del establecimiento y a los pacientes en cuanto fuere necesario”.

La función del equipo jurídico, cuyos miembros deberán formarse conforme planifique el PSM, será colaborar con los programas de externación de los distintos institutos psiquiátricos públicos.

Dado que en un momento determinado, deberán asumir los cargos públicos para los cuales fueron seleccionados, los integrantes del equipo deberán dar respuesta a los usuarios, a los ciudadanos y al propio gobierno, con lo cual la fijación de esos criterios, se deben considerar prioritarios en la “agenda pública”.

El proceso selectivo debe proporcionar además de un diagnóstico, un pronóstico de dos variables, la capacidad para aprender una tarea y la manera de realizarla una vez aprendida. No sólo debe dar una idea actual, sino también una proyección del aprendizaje y del nivel de realización futuro.

Conclusión del capítulo III

En esas formas de atención, que proponen los distintos instrumentos de los que hemos estado hablando, (leyes, reglamentos, planes, programas, etc.) imprescindiblemente también deben ser reconocidos, aceptados y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los familiares y vecinos. Sabemos que algunos ya han comenzado a funcionar, pero sólo en provincias que vienen marcando esa tendencia desde hace tiempo.

En estas tramas o redes, como muchos prefieren llamarlas, se entiende por equipos interdisciplinarios a formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también con “saberes no disciplinares”(los saberes de aquellos familiares o amigos que conviven con el sufrimiento del que padece, día tras día), socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles y así atender a los usuarios movilizándolo sus propios recursos.

De eso se trata entonces, de potenciar las capacidades, tanto de los usuarios como de los profesionales que los acompañan, porque somos seres humanos y los derechos humanos son para todos nosotros, en palabras del Juez Edgardo M. Bonomelli *somos todos vulnerables* y esta ley es una herramienta que nos invita a tomar conciencia de ello.

CAPÍTULO IV

Reflexiones finales y propuesta

SUMARIO:1.-Conclusión General 2.-Propuesta.

Conclusión General

Para lograr el presente trabajo de investigación hemos considerado pertinente comenzar el desarrollo con las cuestiones de índole legal, que en definitiva es como nace la ley nacional que nos ocupa, a la vez que reivindicamos el texto normativo de nuestra provincia de Santa Fe, dada su fecha de creación (año 1991).

Fue fundamental el análisis de los modelos de atención en salud, ya que desde el derecho estos conocimientos son limitados y poder comprender la línea del debate parlamentario requirió instruirnos en la temática de los paradigmas; es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero sí las hegemonías de algunas profesiones; no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos durante día y noche, en la multiplicidad de formas de atención, que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles.

“Los abogados serían los funcionarios del día, de la palabra claramente expresada, de la ley escrita, del texto que se puede aprender y memorizar y que no tiene contradicciones, porque toda contradicción tiene que ser eliminada del texto legal para que no haya ambigüedad, mientras que los psicoanalistas somos los funcionarios de la noche, del soñar, de las equivocaciones, de la ambigüedad, de la incertidumbre, de lo que no se puede objetivar, de lo que no se puede contar...”(Braunstein,1995:78).

Finalmente hablar de los equipos de salud, sus discursos y los protocolos de evaluación... cierra la idea que se planteó desde el comienzo, la importancia de tomar una decisión política al respecto desde los *lugares de poder*, lo cual es significativo.

Igualmente importante es hacer lo propio, desde nuestro lugar como sociedad y como estudiosos del derecho, nuestra idea con la elaboración de este trabajo no se queda en la mera lectura de la cuestión, ni en la crítica *per se*, nos gustaría formar parte de la puesta en acción que merece la confección del protocolo legal y confiamos en que ello

va a suceder, sabemos que una decisión puesta en palabras y acompañada de acciones puede cambiar el rumbo de la vida de una persona, y esa a su vez, modificar el resto de las vidas que la rodean.

Con este trabajo de investigación, hemos tomado una decisión, hemos emprendido muchas acciones, pero también sabemos que faltan muchas más...

El cambio tiene que ser cultural, como ya lo hemos afirmado en varias oportunidades dentro del trabajo que se presenta y lo podemos asimilar a un camino, que nos invita a marchar en compañía de una nueva era, que nos gusta llamar: “La era de la inclusión social”... cada ser humano que se sume y apueste al mejoramiento de la calidad de vida del otro, es una voluntad más que se nos une.

Como dijo el Dr. Molina: “La Ley se pone en marcha y funciona, con buena fe y voluntad”, a lo que nosotros le agregamos: *de nadie en particular, pero de todos en especial*. El compromiso es nuestro.

Propuesta

A lo largo de todo el trabajo hemos propuesto la creación de un Protocolo de Evaluación, para que un Equipo Interdisciplinario en Salud Mental, pueda ser conformado bajo reglas claras y criterios precisos.

También dijimos que debiera contar como componentes permanentes, entre ellos: Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros profesionales, Trabajadores Sociales, Abogados y Promotores de Salud, de más está decir, que este equipo estable, debe poder trabajar con la flexibilidad necesaria como para convocar tantas partes como requiera la circunstancia del caso; con ello nos referimos a otros representantes de saberes y disciplinas cuando los contextos así lo soliciten, por ejemplo: epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, políticos, sanitaristas, psicopedagogos, etc.

La confección de un protocolo excede el marco del presente trabajo, pero consideramos que durante el desarrollo del tercer capítulo hemos manifestado nuestras prioridades que pueden traducirse como criterios.

Como ya se expusiera anteriormente, el equipo interdisciplinario que se pretende, debe estar unido y coordinado por un protocolo que ellos mismos ayuden a confeccionar, desde sus experiencias y para sus prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GENERAL

- BERMANN, Sylvia, *Trabajo precario y salud mental*, Córdoba: Narvaja, 1995.
- CASTORIADIS Cornelius, *La institución imaginaria de la sociedad*, Volumen I y II., 2ª reimpresión en argentina, Buenos Aires, Ed. Tusquets, 2003;
- *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*, 2ª edición, Ed. Nueva Visión, 1998.
- CASTRO Edgardo, *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*, 1ª edición, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.
- CHIAVENATO, Idalberto; BÁRCENAS SALAS, Margarita; SALEME AGUILAR, María Magdalena. *Administración de recursos humanos: el capital humano de las organizaciones*, 9a.Edición, México, D.F. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2011.
- COOPER David, *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, Buenos Aires: Locus Hypocampus, 1967.
- GALENDE Emiliano y KRAUT, Alfredo Jorge, *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- GARCÍA HODGSON Hernán, *Deleuze, Foucault, Lacan Una política del discurso*, 1ª edición, Ed. Quadrata, 2005.
- GARRONE, José Alberto; LÓPEZ, Gastón Federico (Colaborador); RECCA, Claudia M. (Colaborador); y otros, *Diccionario jurídico*, Buenos Aires: Lexis Nexis, 2005. 4 volúmenes.
- GEREZ AMBERTÍN, Marta(Compilador), *Culpa, responsabilidad y castigo en el discurso jurídico y psicoanalítico*, Buenos Aires: Letra Viva, 2011. 4 volúmenes
- GOFFMAN Erving, *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
- GRIMSON Ricardo, *La cura y la locura*, Buenos Aires: Ed. Búsqueda, 1983.

FOUCAULT Michel, *Le Pouvoir psychiatrique, El Poder Psiquiátrico*, Ed. AKAL, 2005;

___ *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique (Historia de la locura)*, Ed. Fondo de la cultura, 1961;

___ *Vigilar y Castigar*, 30ª edición: Ed. Siglo Veintiuno, 2000;

___ *El orden del discurso*, 4ª edición, Barcelona: Tusquets, 2008;

___ *Enfermedad mental y Personalidad*, 3ª ed. 1ª reimpresión, Buenos Aires: Paidós, 2006;

___ *La vida de los hombres infames*, Ed. Altamira, 1996;

___ *Glosario de aplicaciones*, Ed. Quadrata 2004, CCD Albano Sergio.

MARIENHOFF Miguel S., *Tratado de derecho administrativo*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 1997-2007. 6 tomos, 7 volúmenes.

VASCONCELOS Eduardo Mourao, *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*, Sao Paulo: Cortez 2000.

KUNZ Ana Elena Margarita y CARDINAUX Nancy, *Investigar en derecho*, Buenos Aires: Departamento de publicaciones. Facultad de Derecho. UBA, 2005.

ESPECIAL

ALBERDI José María, *Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley de salud mental. El caso de la provincia de Santa Fe*, Artículo Seleccionado, Buenos Aires: Revista Debate Público Reflexión de trabajo social, Ed. Carrera de Trabajo Social UBA, Año 2; número 4, Septiembre de 2012.

CHIARVETTI Silvia, *La reforma en Salud mental en Argentina: Sobre el artículo: Hacia la construcción de una política en Salud Mental*, Buenos Aires: REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLÓGICA XVII, Fundación AIGLE, 2008.

COHEN Hugo, (OPS/WHO), MARTÍNEZ Victoria, Directora Nacional de atención de grupos en situación de vulnerabilidad; CUÑARRO Mónica (Fiscal en lo Criminal de

Instrucción), MITRI Diego (Red FUV), PEREZ B. (Red FUV); Dra. MARTÍNEZ Stella Maris (Defensora General de la Nación), RUDERMAN Matilde, *La transformación de la salud mental en Argentina: ley 26657*. Mesa Redonda. CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL. Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención del 25 al 28 de Agosto, 2013. CABA / Buenos Aires / Argentina.

GARCIAGladys Genovena, CASTRO Patricia Viviana, ESPOSITO Shirley Gloria, MOTTA Claudia Gabriela, *La Salud Mental de los trabajadores de la Salud*, Workshop .Dirección General de Salud Mental, Guaymallen / Mendoza / Argentina, En: CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL, Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención del 25 al 28 de Agosto, 2013. CABA / Buenos Aires / Argentina.

MARTÍNEZ Diego, *Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención. Retórica de la crisis en el marco del CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL* del 25 al 28 de Agosto, 2013 (CABA / Buenos Aires / Argentina).

OYARZABAL Ana, MORALES Marisa, SÁNCHEZ MALO Araceli, FERRARI Marcela, VEGA Mónica (compiladoras), ZILETTI, María Nidia y ARUZA Claudio (coordinadores) En: *Universidad y Sociedad ¿Qué estamos haciendo frente a las problemáticas de la discapacidad?* 7 Jornadas Nacionales Discapacidad y Derechos Humanos, 31 de Octubre, 1y 2 de Noviembre 2012. Lugar de realización: UNRC en aulas o anfiteatros accesibles del campus universitario. Argentina. Resúmenes. 1ª ed. Río Cuarto: UniRío Editora, 2012.

MAFFIABIZZOZERO Santiago (Presidente de mesa). Autores: Juan Carlos TEALDI, Juan Carlos BASANI, Noida GALLAGHER, *Aspectos Bioéticos de la Ley de Salud Mental Argentina* Mesa redonda. En: CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL del 25 al 28 de Agosto, 2013 SALÓN MIRADOR-COLON HOTEL, CABA / Buenos Aires / Argentina.

MONTSERRAT PEREÑA Vicente, *La incidencia de la convención de naciones unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad en el sistema español de incapacitación judicial*, Colegio de Escribanos de la Provincia de Santa Fe, segunda circunscripción, Instituto de derecho e integración, Revista número 7 año 4, 2012.

PAGANI María Laura y Urtizberea Facundo, *GESTIÓN DE PERSONAS: RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN*. Cambio organizacional y prevención de riesgos psicosociales en un área municipal, Revista: Gestión de las personas y tecnologías, Edición número 17, Agosto de 2013

SORIANO, R., *La política en salud mental hoy*. Mesa redonda, organizada por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. 1 de septiembre de 1994, Buenos Aires, Argentina.

VÁSQUEZ ROCCA, Adolfo: *Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental* [Versión preliminar]. En Psikeba, Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales, Buenos Aires, número 2, 2006.

DOCUMENTOS

DECRETO 603/2013 del 28 de mayo de 2013. Poder Ejecutivo – NACIONAL
Publicado en el Boletín Oficial del 29 de mayo de 2013. Vigente, de alcance general.

LEY 26.657, Honorable Congreso de la Nación Argentina, 25/11/2010; Publicada en el Boletín Oficial del 03/12/2010, N° 32.041, p. 1.

LEY PROVINCIAL DE SALUD MENTAL N° 10.772. Sancionada por la legislatura de la Provincia de Santa Fe, el día 29 de noviembre de 1991 y promulgada el 26 de diciembre de 1991.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA. Cámara de Senadores de la Nación. Reunión de la COMISIÓN DE SALUD Y DEPORTE. Salón “Arturo Illia” — H. Senado de la Nación. 1° de diciembre de 2009.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA. Cámara de Diputados de la Nación.

ÍNDICE

Resumen	3
Estado de la cuestión	5
Marco teórico	7
Introducción	11

Capítulo I

Cuestiones legislativas

Consideraciones previas, antesala de la ley	15
Situación de la provincia de Santa Fe	30
Conclusión del capítulo I	34

Capítulo II

De los modelos de atención en salud

El Modelo médico vs. Modelo inclusivo	37
Críticas al modelo inclusivo	42
Conclusión del capítulo II	49

Capítulo III

De los equipos asistenciales y su conformación

Adaptación de los discursos en la interdisciplina	52
El equipo desde una perspectiva jurídica	58
Protocolos de Evaluación	62
Conclusión del capítulo III	66

Capítulo IV

Reflexiones finales y propuesta

Conclusión General	68
Propuesta	70

Referencias Bibliográficas

GENERAL	71
ESPECIAL	72
DOCUMENTOS	74