



“Ley Nacional de Salud Mental: conocimiento e implicancias sobre su proceso de implementación por psicólogos que se desempeñan en Atención Primaria de la Salud (APS) en instituciones públicas de la ciudad de Santa Fe.

Tesis

Presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para acceder al título de Licenciada en Psicología

Alumna: Helga María Hotschewer

Director: Ps. Laura Pallero

Santa fe, Octubre de 2019.-

INDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Capítulo I: Introducción- Planteamiento del Problema	5
Capítulo II: MARCO TEORICO -Los aportes de las normativas políticas y legislativas en salud mental: una mirada internacional y regional	13
Principios Internacionales: Marco normativo en Salud Pública y Salud Mental	13
El estado actual de las políticas y servicios de salud mental: contexto local...	34
Los modelos de atención para los problemas de salud mental.....	43
Las prácticas de cuidado en salud mental en las instituciones seleccionadas.....	51
Los problemas de salud mental: descripción de la demanda en las instituciones seleccionadas.....	56
Adecuaciones y tensiones en la implementación de la ley de salud mental	56
Lógicas y dispositivos de cuidado en salud mental: dentro y fuera de las instituciones.....	65

Agradecimientos:

Dedico esta tesis a mi hijo, mi motor en esta vida, me enseñó mucho y me ayudo a concluir esta etapa

A mis amigos, cada aporte de ellos fue fundamental en este camino, especialmente a esos amigos que fueron familia, los que estuvieron en los momentos más duros, siempre brindando su amor.

A mi familia, a todos, a los que hoy los tengo tal vez más lejos pero fueron parte de este proceso, a ellos gracias, a los que me dan su amor desde el cielo, los llevo siempre conmigo.

A todas esas personas que son parte de mi vida y sin saberlo me impulsaron a esto, si a vos especialmente.

A mi directora de tesis, sin ella no hubiese sido posible culminar este proyecto necesario para mi crecimiento personal.

A la institución que permitió y abrió las puertas para la concreción de este proyecto y me brindaron todo su apoyo y predisposición siempre.

Resumen:

La presente investigación se desarrolló en el marco del trabajo final de la carrera Licenciatura en Psicología de la Facultad Teresa de Ávila. Focalizó en la indagación sobre el proceso de implementación de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental en un contexto territorial de instituciones públicas de APS de la ciudad de Santa Fe. Buscó comprender el nuevo paradigma que dicha ley promueve, las estrategias de intervención y el entrecruzamiento de las propuestas enunciadas en la misma con situaciones singulares de las prácticas clínicas, explorando las posibilidades y dificultades para implementar los lineamientos establecidos en la normativa junto a la problemática del abordaje interdisciplinario y las vicisitudes que el mismo supone, y su vinculación con la práctica del psicólogo.

Comprendió a un conjunto de actores clave que permitieron dar visibilidad a la heterogeneidad de perspectivas sobre la implementación de las normativas vigentes en los procesos de cuidado de las problemáticas de salud mental. Se implementaron distintas modalidades de elaboración y análisis de los datos. Se complementó y contextualizó con la revisión de investigaciones referidas sobre el tema y con el análisis de contenido de los documentos legislativos nacional y provincial de salud mental. Se pudo registrar un proceso de avances y de cambios respecto a la inclusión y dispositivos de abordajes de pacientes afectados por padecimientos de salud mental, pero también emergen tensiones al persistir ciertas lógicas excluyentes y dificultades en la puesta en práctica del trabajo interdisciplinario.

Palabras Claves: Salud Mental – Legislación – Interdisciplina – Atención Primaria de la Salud.

Capítulo I: Introducción

1.1-Planteamiento del Problema

El presente trabajo final focaliza en el proceso de implementación de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental en un contexto territorial de cuatro instituciones públicas de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Santa Fe, tomadas como referencia.

Uno de los hechos más importantes que se ha producido en los últimos tiempos, que repercutió a nivel nacional pero también a nivel provincial, fue la promulgación de la nueva Ley de Salud Mental. Dicha ley vino a -intentar- proponer un nuevo paradigma sobre la relación entre el Estado y las personas con padecimiento mental. Y decimos que promueve un nuevo paradigma, ya que reconoció a las personas como sujetos de derechos y estableció una forma completamente diferente de abordaje de la problemática en cuestión y particularmente en las estrategias de intervención.

Canet (2016), plantea que es necesario destacar que con esta nueva Ley se propone un nuevo paradigma diferente al existente, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión, a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos.

La Nueva Ley de Salud Mental convoca a instalar el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, y superar la idea del paciente/beneficiario como objeto de asistencia. Se les otorga otra entidad donde se les reconoce su capacidad para tomar decisiones y participar de los procesos de tratamiento y/o abordaje.

En síntesis, esta Ley exige un profundo replanteo de la concepción del sujeto, así como la transformación crítica de los basamentos teóricos y las estrategias de los dispositivos de intervención, tal como lo señala la Ley en el Capítulo V, en sus Artículos 8° y 9° referidos a la modalidad de abordaje:

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y

otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (APS). Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Lo anteriormente citado, trae aparejada la transformación de los planes de trabajo de las diferentes disciplinas, y una profunda reforma del sector de salud tanto el público como el privado que supere la fragmentación y que involucre a los actores de las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales donde se reproducen estas tensiones.

A partir de la sanción de la normativa en 2010 y observando su puesta en práctica en la actualidad, surgen brechas que persisten y obturan el camino de una aplicación efectiva por parte de las instituciones y los profesionales relacionadas con la salud mental.

Basado en lo expuesto, se realizará un análisis de las vicisitudes que implica la implementación de la misma y su puesta en práctica, para posteriormente dilucidar y analizar el pasaje de lo formal a la práctico, si se han logrado o no los cambios que la Ley y su reglamentación dispone y en qué medida, como así también indagar en la problemática del trabajo interdisciplinario y las implicancias que el mismo supone, poniendo el foco en los psicólogos que trabajan en instituciones públicas de la ciudad de Santa Fe del primer nivel de atención y que se encuentran a diario con esta problemática.

Se plantea así, -como uno de los de los abordajes de la presente investigación- los equipos interdisciplinarios, si los mismos funcionan en dichas instituciones seleccionadas, lo que se plantea como uno de los pilares de la Ley Nacional de Salud Mental, teniendo en cuenta sus implicancias en el trabajo clínico del psicólogo.

Como se sostiene en López (2016), los diversos ámbitos institucionales en que el psicólogo desempeña su actividad suponen, por una parte, el encuentro con los sistemas normativos de cada institución, y por otra, con otros discursos disciplinares y sus prácticas. Ambas cuestiones han mostrado ser un terreno propicio para la emergencia de situaciones en que la labor del psicólogo se ve determinada, generando interrogantes respecto de su propia función.

Buscando comprender el entrecruzamiento de las propuestas enunciadas en la Ley de Salud Mental con situaciones singulares de las prácticas clínicas, el estudio aspiró explorar posibilidades y dificultades para implementar los lineamientos establecidos en la normativa nacional en instituciones públicas de Atención Primaria de la Salud pertenecientes a la ciudad de Santa Fe. Estos centros de Atención Primaria, pertenecen al ámbito de la Salud Pública Provincial, en el que se incluyen las especialidades de medicina general, pediatría, ginecología, clínica, psicología, kinesiología, atención de enfermería y farmacia.

Dichas instituciones tienen como finalidad garantizar el acceso a la salud de toda la población, cuidar y dar respuestas a las necesidades de salud, incluidas aquellas problemáticas vinculadas al área de la salud mental.

Resulta útil aclarar que la red está compuesta por distintos efectores, Hospitales, SAMCos (Servicio para la atención médica de la Comunidad) y Centros de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S.) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades.

Están divididos en niveles de complejidad necesarias para el cuidado del ciudadano.

1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.

2do Nivel: Hospitales y SAMCos de baja y mediana complejidad.

3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

En este caso para llevar adelante la investigación las instituciones elegidas de manera aleatoria son las siguientes; CAPS de zona oeste y las tres restantes de zona noroeste de la ciudad de Santa Fe.

Por último, en relación a contextualizar y situar territorialmente las instituciones elegidas, se aclara que las mismas pertenecen a la Región 3 con Nodo en la ciudad de Santa Fe que está situada en el sector centro de la provincia. Limita al oeste con la Región 2, al sur con la Región 4, al este con las provincias de Corrientes y Entre Ríos, y al norte con la Región 1. Los Departamentos que la componen son: La Capital, Las Colonias, San Justo, Garay, sur de San Javier (Distritos: San Javier, La Brava y Cacique Ariacaiquín), San Jerónimo.

La complejidad de las prácticas de cuidados sobre las problemáticas de padecimientos subjetivos y la organización de los servicios o áreas de salud mental plantea nuevas dimensiones y preguntas que responder, nuevos retos para el conocimiento a partir de la Ley Nacional N° 26.657 y de la Ley Provincial N° 10.772.

Las categorías conceptuales abordadas para el análisis del trabajo fueron: los avances legislativos en el campo de la salud mental como derecho humano, los problemas y los principales desafíos que instala la nueva Ley de Salud Mental, las nociones y conceptualizaciones sobre los modelos de atención, las demandas sobre los problemas de salud mental, en relación con la práctica del psicólogo y el trabajo interdisciplinario e intervenciones clínicas y dispositivos para su abordaje.

La temática de la salud mental ha sido ampliamente desarrollada por autores clásicos referentes como Foucault (1964), Basaglia (1962-1968- 1978), Pichón Riviere (1971), también desde el Psicoanálisis y desde las ciencias sociales en general, como desde las disciplinas ligadas a la medicina. Se ha discutido acerca de sus definiciones, sus formas de abordaje, de tratamiento y resolución. Ha sido y sigue siendo un campo polémico donde se ponen en disputa lineamientos

teóricos-metodológicos, éticos y políticos. ¿Qué se entiende por salud mental?, ¿Qué se comprende por enfermedad, por padecimiento? ¿Cuál es la importancia del trabajo interdisciplinario para trabajar en el campo y en relación con las normas vigentes?, son algunos de los interrogantes más habituales. Estos interrogantes pueden condensarse y acercarnos a otra inquietud en relación a la temática y la investigación planteada en este trabajo acerca de: ¿Qué tipo de política pública se requiere para un abordaje de la salud mental integral y respetuosa de los derechos humanos y sociales? ¿Cuáles son los obstáculos como así también los avances que hemos observado en el contexto de la investigación?

En Argentina el 10 de diciembre de 2010 -luego de varios años de disputas- se sancionó por unanimidad La Ley Nacional de Salud Mental, arraigada en una noción de derechos humanos y en la sustitución del paradigma manicomial, cuyo espíritu se puede resumir en el artículo 27º que plantea la no construcción de nuevos manicomios y la adaptación e implementación de dispositivos alternativos.

En el contexto nacional y regional la Ley N° 26.657/2010 de Salud Mental; su decreto reglamentario N° 603/2013, y la Ley provincial N° 10.772/1997, de la Provincia de Santa Fe, reconocen 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.

Cabe destacar que, como hecho pionero a nivel internacional, la Declaración de Caracas (1990), representa un marco positivo fundamental en la historia de la salud mental en las Américas. Los principios y los valores que la conforman, el respeto por los derechos de las personas con enfermedades mentales y el reconocimiento de la importancia de asegurar una atención de salud de buena calidad en la comunidad, han constituido la principal inspiración a mejorar la salud mental de las poblaciones.

Luego de dos décadas, la aprobación de la Ley N° 26.657 y la reciente sanción de su Decreto Reglamentario N° 603 del 28 de mayo de 2013 bregan por regular la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia de política en salud

mental en nuestro país. Encuentran sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental, planteando un nuevo paradigma -diferente al existente-, que permitiría el pasaje de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo y restitución de derechos.

El marco conceptual e ideológico en el cual se inscribe la normativa nacional, parte de una definición de la salud comprendida tanto desde una perspectiva sanitaria como también social. Desde este enfoque, la conceptualización sobre la salud remite a un concepto abarcativo e integral. La salud mental es parte de la salud integral de las personas, por eso cuando hablamos de Salud Mental implica un punto de vista más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento.

Desde esta perspectiva, la investigación se apoyó en la letra de la ley, la cual sostiene que las personas con padecimiento mental tienen el derecho a vivir, trabajar y recibir asistencia en su comunidad, facilitando un conocimiento de las prácticas y la posibilidad para repensar los modos de atención, para orientar los cuidados de salud mental con una mayor fundamentación científica, permitiendo enriquecer el trabajo clínico y las posibles intervenciones. Por ello se buscó identificar los procesos de atención, las intervenciones profesionales, a los fines de brindar una información que sea útil como herramienta para pensar cómo afianzarse en sus respectivas prácticas, qué recursos y servicios se necesitan para una adecuada atención, qué relaciones debe mantener el sistema de salud con las necesidades y demandas de la población.

1.2-Preguntas de Investigación:

- ¿Qué se entiende por salud mental?
- ¿Cómo se vieron modificadas las estrategias de intervención en salud mental con la implementación de la Ley Nacional N° 26657?
- ¿Cómo se viene produciendo el proceso de implementación de la ley nacional de salud mental en la APS de la ciudad de Santa Fe?

- ¿En qué consiste el trabajo interdisciplinario y cuáles son sus aportes en el campo de la salud mental?

- ¿Cómo (Se) vinculan el proceso de implementación de la ley y la conformación de equipos interdisciplinarios de atención en APS?

1.3- Objetivos de la Investigación:

Objetivo general

-Indagar y conocer el proceso de adecuación de la Ley de Salud Mental en el primer nivel de atención del sistema de salud público en la ciudad de Santa Fe.

Objetivos específicos

-Conocer cuál es la dinámica del trabajo interdisciplinario y su vinculación con la labor del psicólogo, en relación a lo que dispone la Ley Nacional de Salud Mental.

- Conocer las modalidades de adecuación a la Ley de Salud Mental de las prácticas profesionales destinadas a abordar las demandas en salud mental y específicamente su vinculación con el trabajo interdisciplinario.

1.4-Supuesto de trabajo:

- *“La Ley Nacional de Salud Mental presenta dificultades en su implementación en los efectores públicos de Atención Primaria de la Salud (APS) de la ciudad de Santa Fe debido principalmente a la complejidad de establecer equipos de trabajo interdisciplinarios.*

Capítulo II: MARCO TEORICO

2.1-Estado del arte

A fin de evaluar la relevancia y justificación del presente objeto de estudio se expondrán algunas investigaciones precedentes que nos permitan y brinden herramientas para acercarnos a la temática a investigar.

Al presente, podemos inferir que si bien ha habido algunos avances en la implementación de equipos y estrategias para el abordaje de los problemas de salud mental a nivel local, son pocos los estudios previos que permitan sistematizar las modalidades de intervención, los problemas más relevantes en el proceso de cuidado de la salud mental y los tipos de abordajes para dicho campo específico. Por tanto, se espera que la investigación aporte conocimiento nuevo, que permita valorar, sistematizar y repensar los modos de trabajar sobre las problemáticas de salud mental.

A continuación, citamos dichas investigaciones:

Un estudio realizado por Rojas, Santimaria, Fevre (2014) tuvo como propósito indagar sobre la incidencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 en los dispositivos de guardia de distintos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello se administraron 50 entrevistas semi-dirigidas a profesionales psicólogos y psiquiatras que trabajan en guardias en hospitales públicos, monovalentes y polivalentes, de CABA y de la Provincia de Buenos Aires.

Resultados: Los aspectos positivos se localizaron en la mayoría de las respuestas de los psicólogos mientras que los aspectos negativos se destacaron en la mayoría de las respuestas de los psiquiatras.

Entre las ventajas se resalta la creación del equipo interdisciplinario de salud mental para las guardias externas de los hospitales públicos conformados por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. Quienes se encuentran trabajando bajo esta modalidad valoran dicho abordaje como enriquecedor tanto para el que consulta como para los profesionales, si bien destacaron como necesario la difusión, y capacitación sobre alcances e implicancias de la ley.

Entre los obstáculos más mencionados subrayan: la complejidad administrativa, la falta de recursos humanos y materiales para implementar lo que la Ley

establece y el desconocimiento de la vigencia de la ley por parte de algunos profesionales.

Continuamos en la misma línea con una investigación que se realizó en el Departamento de Antropología en la Universidad Nacional de Rosario. La misma fue llevada a cabo por Tosi et al. (2015) y tenía por objeto el estudio de los avances y dificultades en relación con la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en Hospitales Generales del Gran Rosario. La misma se focalizó en indagar si se han generado cambios en las modalidades de atención en estos últimos años y, desde la visión de los propios trabajadores de salud mental, cuáles son las potencialidades y dificultades que perciben en el proceso de implementación de legislación vigente en la actualidad. Se llevaron a cabo 200 entrevistas semi-estructuradas y desde una perspectiva interdisciplinaria a diferentes profesionales que integran Servicios de Salud Mental.

Resultados: Uno de los cambios significativos que identifican a partir de la ley es la mejora generada al legitimar las internaciones en los hospitales generales y el trabajo interdisciplinario en la toma de decisiones en los tratamientos ambulatorios y en los criterios de internación o de externación para sujetos con sufrimiento psíquico. En algunos casos señalan la dificultad que se presenta en la Guardia donde no suele haber presencia de psicólogos o psiquiatras y la necesidad de incrementar la planta profesional y mejorar las condiciones laborales y capacitación de los profesionales.

Siguiendo con aportes de investigaciones relacionadas al tema a abordar tomamos parte de los resultados de un estudio científico realizado por López y Salomone (2016) en Buenos Aires, cuyo objetivo fue la Ley de Salud Mental Argentina y su abordaje desde el Psicoanálisis, en función de la nueva legislación argentina en materia de salud mental, en particular la Ley N°26657 (2010). Analiza la incidencia en la praxis del psicoanálisis en dispositivos públicos de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir del análisis de 100 entrevistas a informantes clave, el objetivo fue sistematizar algunas de las cuestiones que los propios psicoanalistas identifican en relación con la nueva normativa.

Resultados: Es de destacar que psicólogos decía psicoanalistas con alta capacitación, al referirse a la ley lo hacen de modo sesgado, que hace suponer una lectura parcializada de la norma. Las respuestas de los entrevistados mostraron un desconocimiento de la Ley, o prejuicios que impiden una lectura genuina de las normativas que permita asumir una posición frente a ellas.

2.2-Los aportes de las normativas políticas y legislativas en salud mental: una mirada internacional y regional

-Principios Internacionales: Marco normativo en Salud Pública y Salud Mental

Considero importante mencionar y recorrer algunos de los principios y normativas sanitarias internacionales para posteriormente analizar sus consecuencias y directrices para el abordaje de los problemas de salud mental, enfatizando en las modalidades adoptadas e instituidas en Argentina.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento político sanitario internacional más importante de la década de los setenta. Constituye un hito para el campo de la salud. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF y patrocinada por la entonces Unión Soviética (URSS).

Uno de los aportes fundamentales representa la concepción de salud, definiéndola como

... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores, económicos, además del sector sanitario. (Alma-Ata.1978: p. 2).

Otro de sus aportes es la formulación de la Atención Primaria para la Salud: (APS), definiéndola como : La *Atención Primaria de Salud* es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste

que la comunidad y el país lo pueden soportar a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria, al máximo posible, al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada. (Alma-Ata 1978: p. 3)

Ubica a la APS como estrategia clave para lograr los mayores niveles de justicia social frente a las desigualdades y para abordar las consecuencias de la exclusión de los sistemas de producción y de la pobreza. APS para la atención de los principales problemas de salud.

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que debiera garantizar la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Incluye así a la educación (acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos). Promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada. Desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica. Cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar. Vacunación para las enfermedades infecciosas más importantes. Prevención y control de enfermedades endémicas locales. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones. Acceso a los medicamentos esenciales. Además comprende: Atención a la demanda, programada y urgente (tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo). La indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. Acciones de información y vigilancia en la protección de la salud. Rehabilitación. La atención paliativa a enfermos terminales. La atención a la salud bucodental. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

Insta que todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para iniciar y sostener la atención primaria de salud como

parte de un amplio sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores. Apela al espíritu fraterno entre los países para una mejor utilización de los recursos. Se intenta la universalización de la estrategia de la APS, señalando la necesidad urgente de su implementación sobre todo en los países en vías de desarrollo, para los cuales debe garantizarse soporte técnico y financiero. Para proteger y promover la salud destaca diez enunciados y de la interpretación de los mismos, se distinguen tres principios de la APS imprescindibles para la comprensión de los problemas vinculados a la salud mental (Alma-Ata 1978: p. 5)

-Integralidad

-Interdisciplinariedad

-Intersectorialidad

En función de lo investigado a lo largo de la presente investigación, encontramos coincidencia en lo que plantean algunos autores sobre la integralidad como un término polisémico, es decir, tiene varios sentidos, y uno de ellos consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que atienden.

La integralidad debe ser fruto de una articulación de cada servicio de salud, sea de un centro de salud, un equipo de salud comunitaria, un ambulatorio de especialidades, un hospital o una red mucho más compleja compuesta por otros servicios sanitarios que amplían el acceso y garantizan el cuidado a la población. Al acoger a la población, las unidades de servicio prestan calidad de atención y resolutivez y sus acciones son integrales cuando atienden las necesidades y las demandas de la población y garantizan la referencia y contrarreferencia en los niveles de atención a la salud.

El término integral alude directamente al de *interdisciplina* ya que en la concepción de salud planteada se torna imposible darle la responsabilidad técnica a una sola disciplina. Implicando que lo integral alude a que dicha tarea

excede al sistema sanitario, requiriendo de acciones intersectoriales coordinadas.

La *interdisciplinariedad* es un posicionamiento, el cual legitima la importancia de otras disciplinas, de otros campos de saberes y de prácticas, obliga básicamente a reconocer la multiplicidad de referencias teóricas en los abordajes de los problemas. La actividad interdisciplinar requiere de la acción cooperativa de los sujetos, la cooperación constante y no meramente ocasional, implicando un trabajo en equipo (Stolkiner, 2005).

La *intersectorialidad* tiene que ver con qué otros sectores, además del de la salud, los pueden intervenir en el mejoramiento de la salud de la gente.

Intersectorialidad implica acciones conjuntas, vínculos con otros actores y sectores, para abordar los determinantes de la salud de la población. Requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.

Casi una década después en la primera “Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud” reunida en Ottawa, Canadá el 21 de noviembre de 1986, se emite la denominada Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Dando comienzo a las conceptualizaciones de “promoción de la salud”, “calidad de vida”, que refuerzan la acción comunitaria y la responsabilidad intersectorial. Esta conferencia tomó como punto de partida la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos.

También es importante mencionar que La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. Ofrece una oportunidad para reflexionar sobre lo aprendido respecto a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud, señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI. Esta conferencia se celebró en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud. Habían transcurrido casi 20 años desde que los

Estados Miembros de la OMS contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una Estrategia Mundial de Salud Para Todos y observar los Principios de Atención Primaria de Salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Y a 10 años desde que se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias claves de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública saludable (Adelaide, 1988) y a un ambiente favorable a la salud (OMS & OPS. Declaración de Yakarta. 1997)

La situación de la salud mental empezó de manera progresiva a tomar mayor visibilidad y realizando un llamado a la acción inmediata, a la par que instaló fuertes desafíos para el campo de la Salud Pública (Gerlero, Augsburger, 2012). En el campo de la salud mental, surgió la necesidad de extender estos principios iniciados en Alma Ata a partir del acuerdo sellado internacionalmente en la “Declaración de Caracas”, el 14 de noviembre de 1990, en la que se establecieron lineamientos para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina y el Caribe.

Una cuestión relevante a la que hace referencia, es a la importancia de “impartir enseñanza a la población” sobre las necesidades de salud mental, fomentar la participación y producir un impacto sobre las representaciones sociales de la salud mental, no pudiendo lograrse la reforma de la atención sin apoyo social y participación.

Si APS era la estrategia adoptada por la OMS y la OPS, la Declaración de Caracas trató de incluir a la salud mental como una problemática que debía estar también a la altura de la meta: “*Salud para todos en el año 2000*” en el marco de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Notando: que la atención psiquiátrica convencional no permitía alcanzar los objetivos compatibles de APS: de una atención comunitaria, participativa, integral, continua y preventiva. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad de atención obstaculiza dichas metas de APS. Aislar al enfermo de su medio genera mayor discapacidad social, ponen en peligro los derechos humanos, y civiles (Declaración de Caracas, 1990)

De manera que para emprender la “reforma de la atención psiquiátrica”, la APS es la estrategia. Que los sistemas de locales de salud (SILOS) han sido

establecidos para lograr esa meta ofreciendo programas acorde a las necesidades con características descentralizadas participativas y preventivas. Declaran la "reestructuración de la Atención Psiquiátrica" ligada a la APS que permite la promoción de modelos alternativos, revisando el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de los servicios de atención.

Estableciendo que: la atención, los recursos, cuidados y tratamientos deben salvaguardar la dignidad de la persona, los derechos humanos y civiles, basarse en criterios racionales, adecuados, preferir la permanencia y atención en el medio comunitario.

Y a su vez, convoca a los países a adecuar las legislaciones para asegurar los derechos, promover los servicios comunitarios, así como también insta a incentivar la formación y capacitación en salud mental, apuntando a un modelo cuyo eje sea la atención comunitaria, y las internaciones en hospitales generales. Igualmente compromete a los Ministerios de Salud, de Justicia, a los Parlamentos, a los Sistemas de Seguridad Social, y otros prestadores de servicios, organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación, a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la región.

En diciembre de 1991 la ONU a través de la resolución N° 46/119, formuló los "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental". Son 25 principios que proponen máximas para las mejoras en la atención de la salud mental, sean de modo ambulatorio o en el marco de una internación. Se mencionan definiciones, derechos, y órgano de revisión. Por "órgano de revisión" se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17° para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica (ONU 1991).

En los referidos principios se puede leer una serie de definiciones trascendentales para comprender los abordajes de salud mental. Por "atención de la salud mental" se entenderá 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 real o presunta. Además en dichos principios se precisa que es una institución psiquiátrica. Con el término

“paciente” se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica”, así como también define a que hacen referencia con profesional de la salud mental, explicita la función del representante personal del paciente. Y menciona el órgano de revisión. Los Principios pueden ser pensados como un listado de derechos y libertades: a la atención en materia de salud mental, a la protección especial, a los menores de edad, a la vida en comunidad, a la no discriminación, ni a la determinación de una enfermedad mental por otros criterios y normas diferentes a las internacionalmente aceptadas.

En el principio número 2º se aborda la protección de menores. En el principio 3º menciona el derecho de la persona que padezca salud mental a vivir en la comunidad, a vivir y trabajar en la medida de lo posible.

En el principio 4º expresa respecto de la determinación de una enfermedad mental:

“El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental”. “Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta”. (Resolución 46/119. ONU. 1991)

Así como también se prohíben los exámenes médicos forzados, los tratamientos quirúrgicos, los ensayos clínicos, y sólo habilita restricciones físicas o “reclusión involuntaria” para impedir un “daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros”.

Formula el derecho a recibir información sobre el tratamiento, a tener acceso a la historia clínica, a decidir sobre las alternativas del tratamiento, a negarse a la atención. Plantea el consentimiento informado y el resguardo a la confidencialidad de los sujetos con padecimiento psíquico.

Esta normativa reunió un conjunto de principios de protección de derechos civiles y humanos de fuerte connotación para la formulación de legislaciones nacionales, al menos la de Argentina. No obstante las normativas y el gran valor de las mismas, los problemas de salud mental seguían siendo una preocupación para las naciones y organismos internacionales y regionales.

Un informe de la OMS en el año 2001 arrojaba algunos datos sobre la salud mental mundial y regional al plantear:

“un nuevo enfoque de las enfermedades mentales que permite abrigar nuevas esperanzas a los enfermos mentales y sus familias en todos los países y todas las sociedades. Es un examen global de los conocimientos acerca de la carga actual y futura que suponen los trastornos y los principales factores que contribuyen a ellos. ...se analizan el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, así como los obstáculos que se oponen a éste. Se examinan en detalle la prestación y la planificación de servicios, y por último se ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance que pueden adaptar todos los países de acuerdo con sus necesidades y sus recursos”. (OMS: 2001).

El panorama que expone el informe establece que en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus problemas la misma importancia que a la salud física. Y como consecuencia de esta actitud, el mundo está concentrando en una carga creciente de trastornos mentales y un desfase terapéutico cada vez mayor. Aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña proporción recibe tratamiento. En los países en desarrollo, la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía. Sostiene que el envejecimiento de la población, el agravamiento de los problemas sociales y la agitación social permiten prever un aumento del número de afectados. Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales (OMS 2001).

Además el documento señala que se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes (OMS 2001).

El informe menciona que en muchos países en desarrollo los programas de atención de salud mental apenas tienen prioridad, siendo la atención limitada a

un número reducido de instituciones que suelen estar saturadas, o tienen poco personal y son poco eficientes. Algunos servicios reflejan un escaso conocimiento de las necesidades de los enfermos o de la gama de métodos disponibles para el tratamiento y la asistencia. Con este diagnóstico crítico es que se plantean nuevos conocimientos y se realizan diez recomendaciones: dispensar tratamientos, asegurar la disponibilidad de medicamentos, asistencia comunitaria, educar, involucrar comunidades y familias; establecer políticas, programas, y legislaciones. Mejorar e incrementar recursos humanos. Intersectorialidad. Vigilancia, investigación de la salud mental de las poblaciones. En el 2005, se formularon los “Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención en salud en las Américas” (OMS & OPS 2005), con el fin de evaluar las transformaciones y movimientos ocurridos desde 1990 y se reiteran los principios de la Declaración de Caracas.

En el año 2008 se emitió por la OMS el “Programa de acción para la mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias” (OMS 2008) o Programa de Acción para superar las brechas en salud mental. Hace referencia a las nuevas problemáticas de salud mental y al impacto de las mismas en los países de ingresos bajos y medio-bajos.

En el mismo se define a la Salud Mental de la siguiente manera:

La salud mental tiene una importancia fundamental en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito en las contribuciones a la sociedad. Se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. El programa... presenta argumentos a favor del mejoramiento del compromiso político de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas. El programa identifica estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias en entornos con recursos limitados.” (OMS: 2008: p. 1)

Este programa ofrece a los planificadores de salud y a las instancias normativas un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias coherentes y programas para mejorar la atención de los trastornos. Expresa los objetivos para reforzar el compromiso de todos los interesados directos para aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención y lograr una mayor cobertura con intervenciones claves, especialmente en países

con ingresos bajos y medios-bajos, los cuales representan una gran proporción de la carga mundial por estos trastornos. Indica que el éxito en la aplicación del programa se basa primero, y ante todo, en alcanzar un compromiso político al más alto nivel, apuntando a la integración de la salud mental en los sistemas de atención de salud primaria. Brinda programas y actividades para abordar patologías prioritarias: "... depresión, esquizofrenia, trastorno psicóticos, suicidios, epilepsia, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol, trastornos debido al consumo de drogas ilícitas y trastornos infantiles" (OMS-MPGAP. 2008: p.4).

Asevera que

"El alcanzar con éxito un mejoramiento e incremento en el nivel de atención de la salud mental es responsabilidad conjunta de los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, las comunidades y las familias, con el apoyo de la comunidad internacional. Es necesario un compromiso urgente de todos los socios para responder a esta necesidad de salud pública. Ahora es el momento de actuar" (OMS- MPGAP. 2008:p.7).

La OMS y la OPS en el año 2009 formulan la "Estrategia y plan de acción sobre la salud mental" considerando que no hay salud sin salud mental, y que los trastornos mentales tienen prevalencia en todo el mundo, contribuyendo de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura" (OPS: 2009).

Se puede rastrear en la tercera página de dicha resolución un análisis de la situación actual de la recurrencia y carga de los trastornos mentales, junto a las brechas existentes en el tratamiento requerido. Y en la séptima página del documento se define a la salud mental en el marco de los derechos humanos:

"La salud mental es necesaria para poder ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica; al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades es fundamental para las personas con discapacidad mental, quienes tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos. Por ejemplo, la existencia de obstáculos (en la práctica o en la legislación) relacionados con el acceso de las personas con discapacidad mental a los servicios de salud, las restricciones a su libertad personal y de movimiento, la falta de oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos, la participación en estudios médicos sin su consentimiento informado y las

condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas perjudican su salud física y mental e impiden el disfrute de sus derechos humanos básicos”(OMS & OPS 2009: p. 7). En la página octava se puede leer la propuesta, el marco estratégico y el plan de acción, así como también menciona los principios y valores, entre ellos se encuentran mencionados los de:

“...Universalidad, accesibilidad e inclusividad, equidad en salud mental, y la colaboración entre los países. El respeto de los derechos humanos fundamentales de las personas con trastornos mentales. La participación social en la definición, ejecución y evaluación de las políticas de salud mental. La protección adicional en cuestiones de salud mental para los grupos vulnerables. La salud mental como componente de la atención integral en salud” (OMS & OPS 2009: p. 8).

Dicho plan insta a velar que la salud mental esté incluida en la política general de salud. Promoviendo el acceso universal y equitativo a la atención de la salud mental en los sistemas de APS y que continúen con actividades para eliminar el modelo de la atención de la salud mental centrado en el hospital psiquiátrico. Que fortalezcan los marcos legales con miras a la protección de derechos e impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental. Apuntando y apoyando la participación comunitaria. Fortaleciendo recursos humanos en materia de salud mental, entre otras.

Habiendo transcurrido 20 años desde la celebración de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, en Caracas, Venezuela, la cual marcó un hito histórico en el desarrollo de la atención de salud mental en todos sus aspectos a nivel continental y global, los días 7 y 8 de octubre de 2010, se celebró en la ciudad de Panamá la Conferencia Regional de Salud Mental, conocida como “Consenso de Panamá”. En ella participaron trabajadores de salud mental de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de salud mental y familiares. Nombrándola como “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”, se acuerda: “Que en septiembre del 2009 el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó, por primera vez, una Estrategia y Plan de acción sobre salud mental (CD49/11) que

ofrece guías y pautas claras y viables para enfrentar la problemática de salud mental"... "Que la Estrategia y Plan de acción sobre salud mental y la Estrategia sobre el uso de sustancias y la salud pública armonizan con el Programa de acción para superar las brechas en salud mental y con la Estrategia global para la reducción del consumo nocivo de alcohol" (OPS & OMS. 2010: p. 1)

Las normativas internacionales mencionadas anteriormente han sido fundamentales para garantizar la protección y los derechos humanos, siendo tomadas esas consignas y esos valores por Argentina para dar lugar a la sanción de nuestra ley Nacional y Provincial, las cuales serán analizadas en los acápites que continúan.

Contexto Nacional: Ley N° 26.657 de salud mental

La Ley nacional N° 26.657 de Salud Mental fue sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013.

En dicho avance legislativo que Argentina logró fue clave el rol de la Organización Panamericana de la Salud (OPS & OMS) a través de sus documentos y del asesoramiento institucional brindado de manera permanente a los legisladores a través de su Asesor Subregional para Sudamérica, Doctor Huego Cohen. Además contó con el aporte de los doctores Javier Vázquez-asesor en Derechos Humanos de la OPS & OMS-, Itzhak Levav -miembro del panel de Expertos en Salud Mental de la OMS- y Benedetto Saraceno- ex director del Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS-, en distintas instancias formales de discusión y análisis con los parlamentarios argentino. (Revista Derecho y Salud Mental 2013: p. 149).

"La Declaración de Caracas, adoptada en la Conferencia para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina en 1990, que también forma parte de la jurisprudencia en nuestro país, cuestionó duramente el sistema de atención basado en el manicomio..." (Revista 2013: p.150), y junto con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad han dado una concepción de salud mental, como derecho humano, fruto y giro que ha dado el derecho internacional contemporáneo.

Otra pieza fundamental fueron dos fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, no sólo en la consideración de la redacción misma del

anteproyecto de ley, sino también en la creación de las condiciones para que esta fuera sancionada entre los años 2005 y 2008.

Silvia Faraone en “El acontecimiento de la ley nacional de salud mental” (2012), realiza un análisis del proceso que posibilitó la sanción de la Ley 26.657, mencionando los debates parlamentarios que originaron y permitieron instalar frondosos intercambios entre legisladores –diputados y senadores–, expertos y representantes de instituciones y organizaciones del campo de la salud mental, en significativas reuniones en las cuales estuvieron presentes los diferentes intereses. Motivaciones y debates que estarán presentes en el proceso de legitimación, de reglamentación e institucionalización de la ley y de las prácticas. También expresó que las exposiciones mencionadas en las reuniones evidenciaron la necesidad de una ley en salud mental, pero manifestaron tensiones en relación a los contenidos que debía incluir dicha legislación. Destaca que el acontecimiento de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental adquiere un aspecto de importancia central, como interjuego de fuerzas históricas que se rigen por el azar de la lucha, y permite pensar la construcción del proyecto de ley como un suceso que conlleva a problematizar las relaciones de poder, que son a la vez intencionales y no subjetivas, pero muestran relaciones que encuentran resistencias con las presentaciones de los proyectos y los encuentros de debate. En dichos debates parlamentarios observó “...que la construcción de una ley nacional de salud mental con vistas a garantizar los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento psíquico, merece discusiones y debates en torno al poder disciplinar, a las lógicas de encierro y a los procesos que consolidan espacios desinstitucionalizadores. La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 constituye un instrumento trascendente en la construcción de una institucionalidad centrada en la garantía de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes mancomunándolos en la interdisciplina y la intersectorialidad. Es decir que es un instrumento necesario y fundamental para que las experiencias desinstitucionalizadoras puedan consolidarse a nivel nacional. Aún resta un largo camino para que este instrumento sea verdaderamente aplicado; sin embargo, la posibilidad de contar con él dimensiona los objetivos de una transformación en torno a los niveles, políticos, sociales e institucionales”. (Faraone 2012: p. 60).

En el área de Salud Mental en Argentina, existían con anterioridad a la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) siete leyes provinciales -una de estas es la ley provincial de Santa Fe N° 10.772-, y una ley correspondiente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que apuntan a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental. La ley de salud mental es la primera normativa nacional en la materia.

La ley Nacional, se compone de 12 capítulos y 46 artículos, define 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. Promueve un progresivo proceso de desmanicomialización, contemplando la internación como medida terapéutica en hospitales generales y debiendo ser lo más breve posible. Tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. La protección y la asistencia en salud mental debe asegurar estándares básicos de derechos humanos. La asistencia no se reduce a las concepciones tradicionales de la psiquiatría, censura el uso de los diagnósticos médicos como formas de discriminación (explícitas o implícitas) e invalidación e incapacitación social. Los derechos por la presente ley incluyen a los ciudadanos con uso problemático de drogas, (legales o ilegales), exigiendo cambios y reformas de las instituciones públicas y privadas que prestan servicios en el campo de la salud mental.

En el capítulo IV plantea los derechos de usuarios y usuarias a la atención sanitaria, social e integral, humanizada. Derechos a: preservar la identidad, recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más conveniente, menos restrictiva, promoviendo la integración familiar, comunitaria, laboral. Acceder a las historias clínicas, en el caso de internación (voluntaria o involuntaria) derecho a que sea supervisada por el órgano de revisión. Derecho a ser informado. A decidir respecto del tratamiento dentro de las posibilidades. A no ser discriminado. A no ser objeto de investigaciones ni tratamientos experimentales. A no ser sometido a trabajos forzados.

El capítulo V que comprende los artículos 8° al 12° desarrolla la modalidad de abordaje: pone en tensión el absolutismo de la psiquiatría, empoderando la

interdisciplina en la gestión y la asistencia en el caso de la salud mental. Promueve un trabajo intersectorial con áreas de desarrollo social, trabajo y educación con el objeto de implementar servicios de inclusión social y laboral. Jerarquiza el trabajo de APS para sustituir la asistencia manicomial. Estableciendo que:

“se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas” (Ley Nacional 26.657/2010. Cap. V. art.8°).

El capítulo VII: Internaciones, comprende desde el artículo 14° al 29°. Las internaciones son consideradas como:

“un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”.

La misma debe ser lo más breve posible, registrarse las intervenciones del equipo interdisciplinario como la evolución del paciente en la historia clínica y realizarse en los hospitales generales.

Esta ley quita la potestad al juez de realizar internaciones involuntarias, ahora solo son posibles con la firma de dos profesionales (uno de ellos psicólogo o psiquiatra) y solo en caso de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley Nacional 26.657/ 2010: art 21°).

Queda prohibida con esta norma la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Respecto al Hospital General en el artículo 28º sostiene que:

“las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea en ambulatorio o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemáticas de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.5921” (Ley 26.657/2010 art. 28º) 1 Ley nacional N° 23.592 de Penalización de Actos Discriminatorios.

Establece que en el caso de ser necesaria una derivación, para tratamientos ambulatorios o de internación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar.

El capítulo IX: determina la autoridad de aplicación (Artículos 31º a 37º). Siendo el capítulo X el que se establece la Creación del Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y, de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. Entre las funciones que le atañan menciona: Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos, supervisar de oficio o por denuncia de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado, evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas, así como también controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30º de la presente ley, requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares, realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos, entre otras.

La reglamentación de la ley se produce finalmente en mayo de 2013. Se elabora y se publica un Plan Nacional de Salud Mental en el mes de octubre de 2013 y el mismo se sancionó en el 2014, siendo el primer Plan de Salud Mental de

carácter y de alcance nacional. En dicho Plan se establecen núcleos problemáticos que representan un desafío y dispone variados objetivos de trabajo:

“La Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, en tanto autoridad de aplicación de la Ley Nacional N° 26.657, se propone (...) transformar el sistema manicomial; propiciar, en su reemplazo, abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos comunitarios y promotores de los derechos humanos, constituyen las metas y el horizonte central de este plan” (Plan Nacional de Salud Mental. 2013: p. 6).

En su base conceptual se sostiene que “El Plan Nacional de Salud Mental, en el marco de la Ley Nacional N° 26.657 y el Decreto N° 603/2013, entiende que la Salud Mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico. Que no se agota en los servicios de salud específicos tradicionales, sino que aspira al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social” (Plan Nacional de Salud Mental. 2013:p.14).

Señala que uno de los objetivos de este Plan es el trabajo permanente en la desestructuración de los prejuicios -personas con padecimientos tildadas de locas y peligrosas; el adicto visto como delincuente y dañino- que propician y regeneran la discriminación. Otro de los objetivos es la promoción de procesos de atención, basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, señalando que en esos abordajes, deben ser reconocidos y estimulados, todos aquellos recursos sociales y culturales, que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los familiares y allegados. Se desprende del Plan que los equipos interdisciplinarios son formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también con otros saberes no disciplinares, “socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender personas y movilizar sus propios recursos” (Plan Nacional de Salud Mental. 2013: p.16).

Antecedieron al Plan de Salud Mental y a la ley nacional un conjunto de normativas que contemplaban el cuidado y el respeto por los derechos humanos de los pacientes. Algunas de ellas fueron las leyes específicas sobre Salud Mental de la provincia de Córdoba, Río Negro y Santa Fe, sancionadas de forma contemporánea a la Declaración de Caracas y los Principios para la Protección

de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, siendo en Santa Fe y en Río Negro donde se puso especial énfasis en estipular y garantizar los derechos, principalmente el derecho a tratamiento y al cuidado de la integridad física y psíquica en el caso de internación. (Gerlero, Augsburger 2012)

Interesa abordar, en particular el contexto socio histórico en el que se sancionó en Santa Fe la Ley N° 10.772 así como señalar algunos de los lineamientos propositivos vigentes en la política provincial del sector.

Contexto Provincial: Ley N° 10.772 de salud mental

En la provincia de Santa Fe, la ley N° 10.772 fue sancionada en 1991 y parcialmente reglamentada en el año 2007. Su elaboración y sanción buscaba establecer una transformación sustancial en la asistencia, pregonando la creación de una nueva organización en el sistema de atención. Los movimientos del campo de la salud mental que proclamaron tal modificación se originaron luego de la recuperación democrática en Argentina, a mediados de los '80.

“...también se comenzaba a plantear la idea de transformación nacional de la atención de la salud mental y se creaba un programa participativo en el cual intervenían profesionales que cuestionaban la institución manicomial” (Faraone; Valero: 2013: p. 45).

Se cuestionaba el modelo clásico de atención, imprimiéndose así un proceso de discusión, reformas técnicas y transformación política e ideológica en el territorio provincial.

La mencionada ley se compone de 29 artículos, de los cuales 19 se refieren de manera directa o indirecta a las internaciones. En el 2007 se reglamentaron 13 de los 29 artículos, gestándose un espacio propicio para ciertas reformas que se fueron dando como por ejemplo la internación en hospitales generales, las juntas especiales, la conformación de equipos interdisciplinarios.

La coincidencia temporal de la incorporación de discusiones de conceptos de diversas corrientes teóricas, una denuncia por violación de derechos humanos en una institución monovalente y la sanción de la ley provincial, permitieron avanzar con algunos movimientos hacia el proceso de desinstitutionalización. Además a partir de una serie de reformas en uno de los principales manicomios

provinciales se había generado una masa crítica de trabajadores comprometidos con los cambios políticos, culturales y asistenciales.

Los avatares en la implementación de dicha legislación refieren a intereses, alianzas y rupturas encarnados por distintos actores, algunos de los cuales pertenecían al campo de la salud mental. Los intereses y preocupaciones pudieron generar movimientos tendientes a la reforma pero no necesariamente llegaron a producir una transformación sustentable ni sustancial. “El momento socio-histórico vigente por ese entonces imprimió el matiz que asumiría el proceso de reforma en la provincia de Santa Fe. La imposición de políticas económicas neoliberales y los discursos defensores del achicamiento del estado, sellaron de forma sombría la reforma psiquiátrica” (Faraone, Valero 2013: p. 46), siendo estas experiencias las que influyeron en los procesos de transformación que sucedieron una década después.

Dos fueron los acontecimientos que renovaron los movimientos de la reforma, uno la crisis política económica y social del país en el año 2001 y el otro, la inundación en la ciudad de Santa Fe en el año 2003, de la cual derivaron los sucesos más trascendentales.

La creación de la Dirección de Salud Mental Provincial en 2004 institucionalizó el trabajo que se venía realizando por parte de estas gestiones, destinando nuevos programas al cumplimiento de la ley.

En el año 2007 la reglamentación parcial de la ley provincial, permitió privilegiar la estrategia de atención primaria, los abordajes comunitarios, el trabajo en equipos interdisciplinarios. Se establecieron algunos dispositivos sustitutivos al manicomio y se destacó la necesidad e importancia de la capacitación, de instituir espacios de diálogo, debate, retrabajos clínicos, así como de un programa de investigaciones epidemiológicas.

La ley tiene el aporte de regular las internaciones. El hincapié se hace en que sólo se produzcan como el modo de garantizar un tratamiento – que apunte a la *“curación recuperación y rehabilitación”*- de las personas que padecieran sufrimiento por o en su salud mental, privilegiándose siempre *“la alternativa menos restrictiva de la libertad”* (Artículo 3°). Y buscando garantizar formas de abordaje que eviten distanciamientos del núcleo comunitario, familiar y resguarden su integridad psíquica y física, así como la dignidad personal (Artículo 13°).

En la reglamentación, el artículo 18° propone alcanzar la transformación (progresiva y gradual), de los hospitales psiquiátricos, bajo la modalidad de Hospitales Interdisciplinarios y la creación de los diferentes servicios alternativos enumerados en este artículo en los diversos incisos que detalla. Establece que la transformación de los Hospitales Psiquiátricos tendrá como objetivo la erradicación de las lógicas manicomiales: medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad. Dentro de las “medidas asistenciales alternativas a las internaciones especializadas en salud mental”, se encuentran enumerados: los servicios de salud mental en hospitales generales, con o sin internación, la atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, los servicios de emergencia en salud mental, los centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, etc. Para la sustitución de lógicas manicomiales (las internaciones indefinidas, el aislamiento social, familiar etc., y la medicalización como única estrategia), resulta fundamental el artículo 18° al declarar que “esto deberá implicar una sustancial modificación del reglamento hospitalario y los organigramas institucionales, a fin de que funcionen en concordancia con los postulados rectores de esta ley...”. La confección del reglamento básico de hospitales interdisciplinarios es para que regule el funcionamiento de los servicios. No obstante, la reglamentación, en términos generales:

“contribuyó a la conformación de un espacio propicio para la implementación de ciertas reformas, por ejemplo el cierre del dispositivo psiquiátrico de la cárcel de Coronda, la internación en hospitales generales, la dotación de recursos humanos y presupuestarios para el reforzamiento del primer nivel de atención, la puesta en marcha y consolidación de juntas especiales, la conformación de equipos interdisciplinarios, programas de capacitación, dispositivos alternativos, etcétera” (Faraone, Valero 2013:p. 43-44).

El proyecto, sanción y promulgación de una ley de salud mental, no instaura únicamente una discusión y una reforma. Construir viabilidad para la aplicación de las legislaciones en salud mental implica analizar componentes técnicos de las reformas en los efectores de salud, en el sistema de salud general y también con políticas y planes, debido que la relación entre legislaciones, documentos

regulatorios y políticas así como las acciones concretas, constituye un nudo complejo.

Por último en relación al recorrido que hemos realizado por los diferentes aportes ya sea internacionales como nacionales, basándonos en un concepto de salud mental que prioriza los derechos humanos, nos es útil citar la presente Convención y sus aspectos principales.

Convención sobre los derechos de Personas con Discapacidad. Ley N° 26.378.

La misma fue sancionada en Buenos Aires, en Mayo de 2008, y promulgada en Junio de 2008, no podemos dejar de mencionar la misma ya que en su elaboración podemos destacar el propósito, el cual se cita a continuación:

-El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. De la misma importancia resultan los principios generales de la dicha Convención que quedaron establecidos de la siguiente forma:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;

h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad

De esta manera queda de manifiesto el objetivo basado en reafirmar la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación. Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso y por último destacar la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones.

2.3-El estado actual de las políticas y servicios de salud mental: contexto local

Como se señaló en el capítulo anterior, si bien la Ley Nacional de Salud Mental ha propiciado un debate amplio y expresa una voluntad social para transformar un campo de prácticas, a la vez, está atravesado por tensiones y altercados a la hora de traducirse en transformaciones concretas, tomando heterogeneidad de posiciones en su adhesión e intensidad.

La ley N° 26.657 otorga estatus jurídico a los principios protectores de derechos de los pacientes formulados por las Naciones Unidas en el año 1991, en tanto “se consideran parte integrante de la presente ley los principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de salud mental”, adoptados por la asamblea general en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 (art 2°). Referido a lo anteriormente expresado el artículo 2° de la Ley Nacional N° 26.657 establece que “se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas

públicas”: la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, y los Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas.

La normativa nacional en Salud Mental establece que el Estado no debe imponer barreras que impidan la plena integración de los sujetos con padecimiento psíquico, sino que sea éste quien promueva la inclusión y las posibilidades de reconocer su plena autonomía adoptando para ello medidas de acción positiva. Así a la legislación vigente deben acompañarse diseños políticos que permitan inscribir trabajos en salud mental y para la salud mental. Es oportuno aclarar que “el territorio de las políticas públicas excede la intervención estatal directa, pero las condiciones estructurales de intervención en lo público se definen a partir de la capacidad regulatoria del Estado (...)” (Germain en: Escalada 2016. p 36)

El artículo 18º de la ley provincial 10.772 dispone que el Estado debe promover y facilitar la implementación de dispositivos alternativos: servicios de salud mental con y sin internación en hospitales generales, servicios de emergencia, atención domiciliaria, centros de salud mental en la comunidad, hospital de día, casas de medio camino y talleres protegidos, etc.

La discusión acerca de la reforma del sistema de salud mental no debe ser cerrada al ámbito específico sanitario, debe interrogarse y plantearse, como un elemento más de una transformación social que apunta a la inclusión y al respeto por las diferencias.

Tal como se encuentra reflexionado en la presentación del libro “Políticas en Salud Mental” Cohen (1994): “pensar, actuar, escribir en el marco de lo que consideramos la Salud Mental Colectiva, no es una cuestión ingenua sino que tiene diversas implicancias”. Por eso se consideró hacer una breve referencia del término salud mental ya que en su nombre se realizan prácticas y actúan personas con características, intereses e ideologías diversas.

El término Salud Mental fue extendido mundialmente en los años `50, en el marco de la ola modernizadora, albergando en su seno un conjunto de propuestas y políticas que incluían desde la prevención que remontaba a los núcleos temáticos de la Higiene Mental de las primeras décadas del siglo,

pasando por un abanico de propuestas alternativas (normativas, tecnocráticas y modernizadoras) al dispositivo manicomial psiquiátrico (Galende, 2008).

Salud Mental implica un campo complejo y heterogéneo, tanto en lo que respecta a sus problemáticas como en lo referente a sus actores sociales e institucionales. Está conformado por la coexistencia de ideologías (sanitarias y sociales), disciplinas, escuelas, cuerpos teóricos, propuestas diversas, técnicas, planes programas, instituciones asistenciales, formativas, profesionales, administrativas, prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas, rehabilitadoras, etc. Así como también un amplio conjunto de profesionales técnicos, agentes de salud, y otros trabajadores. Problemáticas ligadas a la cotidianidad, a los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población. Todo ello deriva en lógicas propias que sustentan diversos intereses.

“Las políticas de salud mental, de una u otra manera, no son ajenas ni están divorciadas del desarrollo político, social y económico de cada uno de los pueblos en juego. Intrínsecamente en cada país se elaboran y transforman esquemas de asistencia, atención y prevención disimiles en las diversas áreas que la conforman”. (Saidón, Troianovski, Compiladores 1994: p.107)

No es posible construir un sistema de salud mental de características inclusivas con la única competencia del sector salud.

Ante esto cabe aclarar que las Políticas Públicas son aquellas conformadas por el conjunto de lineamientos y formulaciones explícitas que, emanadas del gobierno nacional, provincial, y municipal incluyen propósitos, finalidades, estrategias y recursos para la concreción de los derechos que la ley consagra. Se constituyen en un proceso de construcción y mediación social entre los diversos actores de la sociedad, trabajadores, y el estado.

Una política pública debe contener una serie de elementos necesarios y suficientes para un correcto diseño con una clara definición del problema respecto del cual se va a intervenir, con formulación de objetivos que se quieren alcanzar, definiendo la situación que se pretende modificar y que ha debido ser expresada como “problema/cuestión/carencia/demanda”, etc. Y las cuales no deben confundirse con aspiraciones valorativas. Así como también supone

contar con información, selección y diseño de instrumentos a emplear. (Germain 2016, en: Escalada 2016).

Según la OMS la política de salud mental es:

“un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población, las mismas se ponen en práctica, a través de planes (proyectos detallados formulados previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas) y programas (intervenciones específicas para alcanzar un objetivo específico)” (OMS 2001.)

Las políticas de salud mental constituyen políticas sociales de gran complejidad estando el rumbo de las mismas marcado por diversidad de fuerzas e intereses que se presentan en cada época, sellando a su vez avances y retrocesos. (Gerlero; Augsburger. 2012)

Sostiene Sonia Fleury (1999) en “Políticas sociales y ciudadanía”, que las políticas públicas serían las acciones y programas que se sitúan en los diferentes sectores, reconocidas como sociales. Define a las políticas sociales como las decisiones, estrategias e instrumentos (programas y proyectos) que se orientan para el cumplimiento de determinadas metas en los sectores de educación, salud, vivienda y seguridad social. La planificación permite que haya lineamientos direccionados por políticas públicas acordes a los marcos legales.

Existen autores que han teorizado y trabajado el desarrollo de las políticas en el campo de la salud pública y la salud mental. Algunos de ellos es Hugo Cohen, Blas de los Santos, Ángel Fiasché, Osvaldo Saidón, Alicia Stolkiner y Mario Testa, entre otros. (Saidón, Troianosvki 1994). Emiliano Galende, además en su libro Psicoanálisis y Salud Mental (1990), establece ejes para las políticas en función de incluir la salud mental en los principios de la APS integral y ampliada.

Sostiene Emiliano Galende que implementar APS en Salud Mental implica un compromiso en tres direcciones:

- 1- Integrar un plan general, político, de captación de problemas de la salud en las condiciones sociales del bienestar.
- 2- Integrar a la Salud Mental a las políticas de una medicina social que sea capaz de cuidar de la enfermedad pero también de hacer promoción de salud.
- 3- Integrar a la comunidad a través de sus

organizaciones naturales en todos los niveles de gestión de sus problemas de salud mental. Quien también considera que “la importación de modelos de acción médica para lograr el lema “Salud para todos en el año 2000” trajo aparejadas dificultades ya que la composición social, la distribución demográfica, las comunicaciones y transportes son diferentes”, y menciona que las distorsiones que acaecieron son en el sistema de atención el cual se concentra en la ciudad, en detrimento de la zona rural. También agrega que el hospital domina sobre otras modalidades de atención, dando prioridad a lo asistencial curativo sobre lo preventivo y promoción. Un mayor gasto en tecnología en desmedro de requerimientos de acción sobre las condiciones de miseria de la medicina rural. Primacía del gasto en construcción de estructuras complejas. Centrado del sistema en la medicina y el médico con descuido de acciones sociales y comunitarias. La pobreza, la desigualdad social y la distribución desproporcionada deterioran la salud al afectar el medio ambiente y las condiciones de vida.

El autor propone los siguientes ejes para poner en práctica la APS:

1- Es concepción general de la salud que desborda la medicina centrada en la enfermedad. Devuelve a los individuos su responsabilidad y decisión, usa los recursos económicos y humanos estableciendo un sistema de equidad y toma a la salud como uno de los elementos del bienestar físico, social y mental. No se limita al tratamiento o prevención de las enfermedades.

2- Es una estrategia para organizar los sistemas de atención de la salud, basada en la integración de curación con prevención y promoción de la salud. Requiere la intervención de dominios sociales, culturales y económicos. Apela a la participación, que debe ser efectiva y decisiva.

3- Supone encarar una respuesta integral. Implica medidas políticas junto a las estrictamente técnicas. Encara la mejora efectiva del estado de salud de la población y no solo la erradicación de enfermedad.

4- La Salud Mental es parte inseparable de una política que desarrolle APS, y es en su interior donde debe replantearse sus problemas (Galende 1990. p. 219).

En Salud Mental no se trata de incorporar nueva tecnología ni nuevos conocimientos sino de reordenamientos históricos de los problemas de la vida. La ideología que aportan los técnicos específicos no es ni más avanzada, veraz o eficaz que la que expresa las colectividades. Es imperioso el respeto por las formas espontáneas que un grupo construye para comprender su bienestar y gestionar sus sufrimientos. Afirma que es necesario un programa comunitario de Salud Mental que tienda a que la periferia sea autosuficiente para evitar la carrera del enfermo mental de una a otra institución. Debe contar con recursos para abordar la totalidad de los problemas de salud y enfermedad: internación domiciliaria, residencias especiales, etc. siendo que la APS es una alternativa que desplaza la institucionalización psiquiátrica, que posibilita restituir a la comunidad el manejo de sus problemas para una gestión en conjunto. Pregonar la intervención comunitaria, la cual tiende a crear una nueva relación terapéutica para salirse de la relación de poder del modelo asilar.

Es propicio crear una política alternativa autónoma y eficiente para evitar que el enfermo llegue al asilo. El planteo de una APS en Salud Mental lleva a asumir colectivamente la responsabilidad por la causación de daño subjetivo, asegura el compromiso del Estado en una política de cobertura, prevención y promoción adecuadas.

En este sentido, en la página 15 del Plan Nacional de Salud Mental publicado en octubre de 2013, se señala:

“Cuando en las formulaciones políticas de Salud Mental se habla de desinstitucionalización se hace referencia a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y constitutivas de los imaginarios culturales compartidos. Producciones que van más allá de los manicomios reales, pero encuentran en sus lógicas derivadas su fuente y su consistencia. Deconstrucción que coincide con la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, aun así, en constante transformación” (Plan Nacional de Salud Mental, 2013: p. 15).

“La Ley prevé un incremento de las partidas destinadas a Salud Mental del presupuesto total en Salud, tanto a nivel nacional como provincial. Más la

transferencia progresiva de recursos humanos, económicos y de espacios de formación, de los hospitales monovalentes hacia los espacios y dispositivos que son necesarios para la cobertura en terreno de las necesidades poblacionales en Salud Mental” (Plan nacional de Salud Mental 2013: p. 17).

En coincidencia, la política provincial de la Dirección de Salud Mental de Santa Fe, considera que en la provincia nuestra ley marcó un precedente importante en lo atinente a los derechos humanos. Todo el movimiento en salud mental desde sus inicios los instaló en las políticas públicas que se llevaron a cabo”. Mencionando que “entre los dispositivos sustitutivos se crearon los DIS que trabajan hacia el interior de las penitenciarías, el dispositivo de protección de testigos dentro de lo que ha sido los juicios a militares de la dictadura, el dispositivo de auditorías que es más reciente, y que fue precursor del órgano de revisión, ellos son un reflejo de la importancia que se les dio en la provincia a los derechos humanos”. Sosteniendo también que según su análisis “es importante y suele ser dificultosa su implementación”.

Haciendo referencia que sólo con la ley no basta para erradicar lógicas manicomiales instituidas, sino que es necesario acompañar los procesos de trabajo, la creación de más dispositivos y aún formalizar los que faltan. Poniendo en tensión las lógicas manicomiales aún vigentes.

Y en referencia a estos *dispositivos* necesarios para la puesta en práctica de esta nueva ley de salud mental, nos parece útil resaltar la importancia de los mismos.

El termino dispositivo fue definido por Foucault como “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativa, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto lo dicho como lo no-dicho. Los discursos se hacen practicas por el pasaje de los individuos, a lo largo de su vida, por los dispositivos produciendo formas de subjetividad; los dispositivos constituirían a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser.” (Foucault; 1977, p 15)

Según el Plan Nacional de Salud Mental en MSAL (2013) estos tienen por finalidad la atención para usuarios que presentan padecimientos mentales

graves y/o persistentes, y surge como respuesta a la implementación de la Ley de Salud Mental 26.657.

El objetivo de los mismos es brindar una atención integral en Salud Mental de personas que presentan sufrimientos mentales graves y/o persistentes, sumado a la capacitación de los profesionales que trabajan en el área de salud mental, para favorecer el conocimiento y así facilitar la implementación de la Ley.

En el primer congreso de salud mental y adicciones, Buenos Aires (mayo 2017), organizado por el Ministerio de Salud de la Nación, podemos ver la necesidad e importancia de los mismos la cual queda de manifiesto en la siguiente afirmación:

“En la actualidad hablamos del campo de la salud mental, su inclusión en diferentes dispositivos de atención, resaltando (desde siempre y hoy aún mas) el marco legal de nuestras prácticas. El discurso legal en la actualidad, de la mano de la Ley Nacional de Salud Mental (2010), así como de sus antecedentes tanto nacionales como internacionales en materia de derecho, nos habilita a continuar una lucha desplegada en torno a la necesidad de repensar nuestras prácticas, dispositivos e intervenciones en la salud mental de nuestro mundo, tal y como se nos presenta. Legitimar una práctica y hacer valer los derechos de pacientes y profesionales, de remarcar la importancia de considerar en forma integral al/los sujetos de nuestra intervención, requiriendo para esto de un trabajo interdisciplinar e intersectorial, si se tiene en cuenta la complejidad de las situaciones así como la complejidad misma de la constitución subjetiva. Un entramado social, cultural, psicológico, medico, económico y legal, por nombrar algunos de los discursos que se entrecruzan al pensar hoy lo mental de la salud.

Si bien desde su reglamentación se han dado debates en torno a los principios de la Ley, considero nos habilita a respaldar nuestras prácticas haciendo valer la dignidad del sujeto, abriendo modalidades diversas, concretas y efectivas, desde el ámbito comunitario, para la preservación y promoción de los derechos, así como la restitución de los mismos en tantas situaciones donde encontramos se hallan vulnerados.

Asistir desde un dispositivo de atención de las urgencias de la salud mental en nuestro hospital general y público, nos permite pensar que podemos lograr

intervenciones proactivas desde nuestro espacio de trabajo, dejando atrás la lógica establecida de “la derivación a centros especializados” al no saber qué hacer con esto que asusta, genera dudas, no se sabe bien lo que es. La sin razón asociada desde antaño a la locura ha dejado huellas impresas en la cultura hospitalaria tendientes a segregar y derivar la atención de lo mental.

Es decir podemos pensar que un equipo de personas apuesta a que se puede hacer algo distinto, se puede escuchar el padecimiento y pensar formas de intervención que apunten a recobrar algo de ese sujeto, que se pierde ya sea en medio de una excitación psicomotriz, de un brote psicótico o de una crisis vital donde la angustia no da tregua. Haciéndonos un lugar, abriendo un espacio.

Por último, no debemos dejar de destacar en relación a la posibilidad de cumplimiento de las condiciones que hacen a esta nueva ley, que según lo analizado e investigado por los diversos autores citados a lo largo del desarrollo de la investigación, la mayoría concuerdan que el diseño de una política que comprenda un alcance nacional debe revisar los modos de abordaje y reforzar el perfil de los trabajadores. Siendo posible el cumplimiento de la ley en tanto haya actores que puedan apropiársela, interpretarla, con trabajo concreto en el campo, con diálogo interdisciplinario, trabajo en red, intervenciones integrales que incluyan acciones basadas en enfoques colectivos (Peirano en: Escalada 2016). Ello concibe imprescindible que los trabajadores sean protagonistas activos de los cambios que implica el campo normativo, debido que por más que haya legislaciones vigentes, las acciones en este campo no van a descender y desencadenarse mágicamente. En cada uno de los contextos en los que se producen transformaciones las leyes, las políticas y los actores toman una dinámica particular. Por tal motivo, en el presente trabajo, tendremos en cuenta algunos lineamientos, ordenamientos y estrategias que se han dado en la provincia de Santa Fe pretendiendo contemplar su adecuación a los enunciados formulados por las legislaciones vigentes en el campo de la salud mental y rastreando e intentando confrontar las políticas desenvueltas de existencia real y las propuestas elaboradas como modelo ideal-propositivo.

2.4-Los modelos de atención para los problemas de salud mental

Aquí haremos referencia a los diversos modos de concebir las problemáticas de salud mental y sus formas de intervención, en tanto los modelos de atención remiten de manera directa a variados esquemas conceptuales y políticos desde los cuales se aborda el campo de la salud mental.

Emiliano Galende (2008) realiza una crítica histórica para poder comprender los procesos de constitución de lo psiquiátrico y su pasaje a las políticas de salud mental. En dicha conferencia, el autor menciona los modos de concebir y las modalidades de atención acontecidos para el abordaje de la locura en diversos momentos. Nos advierte que hasta el siglo XVII, la locura no estaba asociada al encierro y el loco encontraba un lugar en la sociedad renacentista vinculado a la posesión demoníaca. Es en el Iluminismo que la locura adviene enfermedad. La figura del hospital general desde sus inicios estuvo vinculada a la locura. Así el hospital, como una forma de exclusión social ante la crisis económica de 1625 que alcanza toda Europa, comienza a tomar a su cargo la asistencia de los pobres.

Foucault (1967) ubica en 1656 el nacimiento del “Gran Encierro”, momento en el que se constituye el hospital general como una institución de asistencia con funciones custodiales y de caridad para alojar a los locos, los pobres, los vagabundos, prostitutas, presos políticos, etc. Todas las personas que perdían durante la internación sus derechos ciudadanos. Se tomaba el modelo de la exclusión social o encierro que se había implementado en el siglo XVI ante las enfermedades venéreas y la lepra que había asolado a Europa. Foucault señala en “Historia de la locura” (1967) que la locura antes de ser medicalizada y de convertirse en objeto de incumbencia psiquiátrica, atravesó diversas fases, desde la visión horrorosa y terrorífica hasta la oposición a la razón o sin razón. Variada gama de valoraciones han condicionado las formas de tratamiento y curación.

Con el auge del capitalismo los excluidos se transforman en desecho en tanto no generan utilidad, dando origen a la exigencia de producción, comenzándose a valorar moralmente al trabajo y se condena a la ociosidad.

A través de la figura de Pinel se introduce en el escenario la conciencia médica de la locura. Él emprende el estudio de las alteraciones mentales e impulsa la

reforma de las condiciones de internamiento siendo así como la medicina se introduce en el hospital y dio origen a la especialidad que se denominó como “Medicina mental” (Galende,2008).

El asilo es desde su constitución misma una decisión de poder político, posteriormente ha sido vinculado al saber médico. Es con Esquirol, padre de la psiquiatría moderna, quien,

“consideraba que casi la totalidad de los trastornos mentales eran formas de manía: de allí viene manicomios, el lugar donde se aloja la manía. Es interesante –por curiosidad– leer la nosografía de Esquirol, por la descripción minuciosa de distintas formas de comportamiento que entraban dentro de estas categorías de manía; desde la tricomanía –esa costumbre de morderse el pelo– la onicomanía –morderse las uñas– la dipsomanía –con el agua– la dromomanía –esas personas que viven caminando– y Esquirol había hecho una lista interminable donde cabíamos todos, porque todos tenemos alguna manía en la cual estar comprendidos. De ahí viene la palabra manicomio” (Galende 2008: p. 8).

Dentro de este contexto es que se crean dos dispositivos básicos: uno es la creación de un espacio médico dando origen al surgimiento de la llamada Neuropsiquiatría y otro espacio: el derecho penal positivo. De modo que el origen del derecho penal positivo fue simultáneo con la creación de la psiquiatría como disciplina. Los dos se ocupaban de dos órdenes de anormalidad, el delito por un lado y el trastorno mental por otro. Esto va produciendo la asociación peligrosa del encierro del loco, como un modo de proteger a la sociedad frente al loco peligroso. Respecto de estos dos dispositivos Foucault (1967) realizó un importante análisis, señalando que con el encierro se crean las condiciones para la medicalización de la locura y con la medicalización de la locura se inscribe un vasto proceso de criminalización de las conductas desviadas.

Lo que ha sido denominado modelo médico en psiquiatría tiene su origen y sanción jurídica a partir de la revolución francesa.

Desde el modelo anátomo-clínico de la psiquiatría de mediados de siglo XIX, la locura puede ser observada y descripta como cualquier otro objeto de la ciencia.

Objeto de conocimiento racional, positivo. Diversos modelos teóricos pueden ubicarse dentro de la corriente de la medicina mental: Pinel, Esquirol, Kraepelin, Griesinger, Ey, Jaspers, entre otros. (Foucault, en Albano 2004)

La psicopatología fenomenológica empieza, en el Siglo XX, a fundar criterios diferentes y produce críticas a la psiquiatría positivista y al modelo asilar. Considera que la psiquiatría no es más que la exploración y descripción clínica, semiológica que define síntomas y realiza la construcción de categorías como entidades al modo del modelo médico.

La crisis de este modelo asilar y manicomial empieza en 1900, y se producen denuncias muy fuertes sobre estos establecimientos. Con la aparición de la llamada "Higiene Mental" y la aparición posterior del movimiento de Open Door, evidenciando las incoherencias entre las teorías médico psiquiátricas y las prácticas concretas. Se abre, de este modo, un espacio de interrogación social sobre la solución práctica del manicomio.

Se incrementa la autocrítica de psicólogos y psiquiatras sobre los mecanismos de poder y los efectos en lo social del manicomio, y se generan nuevas prácticas.

"...es el momento donde en Europa surge como una crisis del conocimiento, no había ninguna razón, nadie podía fundamentar cuál era la racionalidad que sostenía este tipo de instituciones, no había ninguna fundamentación. Llamar a estos lugares, lugares terapéuticos era absurdo" (Galende, 2008: p. 15).

"Tres hechos claves se producen luego del año '45 que van a abrir el camino de la reforma: 1º la guerra ha dejado como secuela un aumento masivo de sujetos neuróticos y psicóticos que necesitan asistencia, a la vez que ha destruido y perdido muchos recursos psiquiátricos con que se contaba antes de la guerra. Esto hace necesario en Europa una reacomodación de los sistemas sanitarios que hace posible la introducción de reformas; 2º el horror de la guerra trae aparejado un cuestionamiento profundo sobre lo humano y la cordura, las fronteras entre la razón y la locura son puestas en crisis, correlativamente un gran número de intelectuales, entre ellos psiquiatras, se vuelcan hacia el psicoanálisis; 3º en toda Europa hay un ascenso de los movimientos populares que lleva a la instalación de gobiernos democráticos con posiciones humanistas,

más sensibles a los derechos del hombre y a la reforma en salud pública” (Galende, 1983: p.4).

Estos procesos tienen expresiones concretas en diversos países: “comunidades terapéuticas” con Maxwell Jones 1943, la anti-psiquiatría inglesa con Laing y Cooper 1960, la reforma norteamericana con la Ley Kennedy 1963, y el movimiento de psiquiatría democrática en Italia en 1967-68.

Entre la estigmatización de la locura y su encierro-curación, tienen lugar una serie de procesos que demuestran no sólo la mutación operada en su valoración, sino que vienen a determinar que la locura, tal como la concebimos, no es sino el resultado histórico de una construcción.

Foucault (1967), una vez más en “Historia de la locura” demuestra los diferentes y sucesivos pasos que han dado respecto a ella como producto histórico. La investigación de la locura como una vasta tarea de historización, testimoniando como aquella categoría se ha entramado con diversas epistemes generando toda clase de discurso. La locura se construye y se reconstruye a la luz de cada mirada que se le dirige.

A nivel internacional los procesos de reforma impulsados en los modos de atención tuvieron por objeto principal la dinámica des-institucionalizadora en el cuidado de las personas, la reducción del número de camas en hospitales monovalentes, la implementación de redes comunitarias asistenciales (Gerlero, Augsburger 2012).

Emiliano Galende (2008) muestra, de manera sencilla y figurativa, los desplazamientos que se han ido produciendo: del modelo médico psiquiátrico basado en la objetivación -herencia del positivismo- hacia la interdisciplina y el trabajo en red.

En Argentina se registran experiencias tendientes a la transformación del sistema manicomial en un modelo de atención comunitaria de los padecimientos mentales, experiencias incluso previas a la ley nacional de salud mental. Por ejemplo la experiencia en Río Negro, San Luis, CABA y Santa Fe. En la Argentina un icono de las reformas en la atención de las problemáticas de la salud mental fue la creación del Servicio de psicopatología de Lanús, en la década de 1950.

Siendo esta experiencia conjuntamente con otras, las que forman parte de un movimiento de crítica al sistema asilar y pretendiendo reemplazar por servicios psiquiátricos en hospitales generales. En la década de 1960 se profundizaron en nuestro país las críticas al sistema de atención manicomial. Desde ese entonces en el marco de las particularidades políticas, económicas y sociales se han sostenido en el campo de la salud mental distintas discusiones y controversias referidas a las transformaciones y las formas de atención. (Faraone, Valero 2013).

En Santa Fe y Rio Negro fueron provincias precursoras en contar con legislaciones específicas en salud mental y en generar procesos de transformación en los sistemas de atención.

En general las legislaciones de Santa Fe, Rio Negro, CABA, Entre Ríos, Córdoba formulan similares objetivos, derechos de los usuarios, creación de dispositivos alternativos, programas ambulatorios, internación en hospitales generales, entre otras. En ellas el eje parece estar definido por la regulación de las internaciones, como medida excepcional, transitoria, de restricción de libertad solo cuando resulte indispensable.

La actual Ley Nacional de Salud Mental identifica la situación de la salud mental como un tema de derechos humanos y considera la existencia misma del modelo manicomial como violatorio de derechos fundamentales. La acepción de modelo manicomial hace referencia a un modelo de atención. Representa un modelo que desestima la subjetividad, vulnera los derechos humanos fundamentales, con una fuerte impronta en la característica de segregación de las personas en las instituciones psiquiátricas. “El manicomio, símbolo de un modelo de atención en salud mental que arrasa la subjetividad, es una institución que remeda la estructura de los campos de concentración y vulnera los derechos humanos fundamentales” (Galende 2008). Un modelo de atención que viola los estándares internacionales y nacionales de protección de los derechos humanos.

Eduardo Menéndez (1987) ha sido un autor clave para comprender conceptualmente los modelos de atención en salud, partiendo de la idea central que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica.

Los modelos de atención, según el autor, refieren a las modalidades mediante la cual los paradigmas del proceso de salud – enfermedad – atención se implementan en tanto prácticas sociales. Con el concepto de paradigma designa a todos los compromisos compartidos por una comunidad de científicos: los teóricos, ontológicos, de creencias y los que hacen referencia a la aplicación de la teoría y a los modelos de soluciones de problemas. Los paradigmas son, por tanto, algo más que un conjunto de axiomas. Se dan en determinado contexto histórico, destacan a ciertos actores sociales y a ciertos procedimientos como legítimos y válidos. Los paradigmas de salud son modelos de explicación integral de los procesos de salud y enfermedad. En cada paradigma en salud se puede identificar que expresa las teorizaciones y formas de concebir el concepto de salud-enfermedad, los agentes de curación, los medios de diagnóstico y los modos de curación y tratamiento (Menéndez 1992).

Un modelo es un constructo teórico que oficia como una sistema organizado de prácticas en el “sector salud”, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación.

Menéndez describe tres modelos de atención en salud, concibiendo el Modelo Médico Hegemónico, como aquel que intenta la exclusión ideológica y jurídica. Modelo Médico Alternativo Subordinado y Modelo de Atención basado en la Autoatención.

El modelo de atención subordinado es aquel modelo en el cual se integran las prácticas reconocidas tradicionales. Incluye prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización. Vale señalar que dicho modelo radica en que dichas prácticas constituyen alternativas institucionales que el modelo médico hegemónico ha pretendido estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente. Siendo los caracteres básicos de este modelo: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su saber y practicas curativas y tendencia reciente

a la mercantilización. Este modelo presenta rasgos parecidos, idénticos o similares a los del modelo médico hegemónico. Los caracteres de complementación y subordinación, no de oposición son los que tenderían a determinar este modelo. El otro modelo, basado en la autoatención, es aquel modelo basado en el diagnóstico y atención llevadas a cabo por la misma persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Considerando que es un modelo estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención, está en la base de todos los anteriores, su estructuralidad se base en funciones curativas y de orden socio-económicas. Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de salud como bien de uso, tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal- comunal, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia: sintetizadora, a asumir la subordinación inducida de otros modelos. Mientras que el modelo médico hegemónico, científicista, moderno, occidental, oficial, fue consolidando definiciones sobre algunas problemáticas sociales y personales, avanzando en el tratamiento de temas que no eran abordados por la medicina. De este modo los conflictos y emergencias sociales de una cultura se fueron convirtiendo en problemáticas médicas y analizando desde la perspectiva biologicista e individualista. La producción de hegemonía como proceso discursivo positivista crea oposiciones binarias: normal anormal - salud enfermedad.

“Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y política-económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al Modelo Médico Hegemónico” (Menéndez, 1992: p. 490)

Lo que se halla en la médula conceptual del modelo médico hegemónico es una concepción de salud así como una estrategia de intervención sobre la misma.

Una concepción contra hegemónica “concepción de proceso de salud - enfermedad - cuidado”, plantea otra forma de concebir a la salud como un proceso incesante y no un estado o un equilibrio (físico, mental y social),

utilizando la expresión salud - enfermedad para dar cuenta de la relación existente entre ambos. No se trata de algo dado, fijo, a-histórico, las causas no pueden ser lineales unívocas, sino complejas y pluri-determinadas por procesos históricos sociales. Desde esta concepción, la enfermedad no se trata de ausencia de conflicto lo que define lo patológico, en todo caso tiene que ver con el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolverlos. Menéndez sostiene al respecto:

“el proceso salud – enfermedad –atención/cuidado constituye un universal que opera estructuralmente -por supuesto que en forma diferenciada- en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aun cuando ésta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad, el sujeto desde su nacimiento- cada vez más “medicalizado”, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso salud – enfermedad- atención/cuidado” (Menéndez, 1994: p. 71).

Cada forma de conceptualizar la salud y la enfermedad tendrá implicancias en la modalidad de concebir su abordaje. A su vez, los criterios de salud y de enfermedad presentes en el campo de la salud mental constituyen elaboraciones colectivas, no necesariamente consientes, sustentadas en relaciones sociales, históricas y culturales.

La transformación del modelo de atención en salud mental tiene por finalidad la erradicación de las denominadas lógicas manicomiales, haciendo así referencia a esos modos de concebir, diagnosticar, abordar las personas con padecimientos subjetivos mediante la medicalización, las internaciones indefinidas, el aislamiento social y familiar, entre otras.

2.5-Las prácticas e intervenciones en el cuidado en salud mental:

La ley de Salud Mental aboga por un modelo de atención para los problemas subjetivos sustentados en una concepción de salud y de padecimiento que

determina que las personas deberán ser atendidas por los integrantes de un equipo interdisciplinario, vedando la hegemonía del médico psiquiatra e instituyendo prácticas e intervenciones alternativas a la lógica manicomial. Por tanto concibe a la salud mental como un proceso dinámico, en construcción, desarrollo, deterioro y/o daño, en una relación que estrecha lo singular, lo subjetivo con las manifestaciones dominantes de la cultura y de la vida social actual, que se expresan en las formas de sociabilidad y de lazo socio-comunitario.

En este mismo sentido, la ley N° 10.772 vigente en el territorio provincial, antecede con la transformación del modelo de atención monovalente hacia su reconversión en hospitales interdisciplinarios en salud mental. Con ello enfatiza la necesidad de instaurar los procesos de atención y las prácticas de cuidado específico en el marco de las instituciones generales de salud. Ha buscado implementar una nueva organización del sistema de atención con la creación de dispositivos alternativos. Propone reformas tendientes a restringir los plazos de internación y evitar el desarraigo familiar, social, tal como lo introducen ambas legislaciones, nacional y provincial. Siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la salud (OMS 2001), estas leyes plantean la necesidad de evitar las internaciones innecesarias, apelando a que los pacientes- usuarios, puedan ser atendidos en dispositivos alternativos, y de modo ambulatorio, apelar a las internaciones solo cuando las circunstancias no permitan otra opción de tratamiento y que las mismas se realicen en hospitales generales. Es en el artículo 18° de la ley provincial N°10.772 el cual explicita que el Estado debe promover y facilitar la creación en implementación de dispositivos alternativos con o sin internación en hospitales generales, se propone la valorización de los recursos de la comunidad en la resolución de las problemáticas de salud mental.

El aporte de Oscar Pellegrini en el marco del Primer Congreso Internacional de Salud Mental y DDHH (2002), concibió a la Clínica como una apuesta, con carácter artesanal como arte de las prácticas clínicas: su acto es un momento de destitución teórica, surgiendo la dificultad en el momento de tener que ser creativos en relación a una práctica, de inventar qué hacer en un momento dado y que eso no este escrito en ningún lado convoca a traspasar los límites de un texto dado para poder encontrarse con ese más allá que es la realidad, y a su

vez hacer un texto de ella, ir dando una textura, una materialidad a una situación dada por coordenadas entre las cuales apostemos a hacer consistir un sujeto. El acento puesto en el proceso mismo, tiene que ver con la producción significativa, efectiva, cultural.

En tal sentido, las estrategias terapéuticas son aquellas acciones y aportes necesarios para ese momento vital de la persona, y que ayuden a la recuperación. La construcción de respuestas pertinentes en el camino hacia una adecuada protección normativa integral. La posibilidad de que los profesionales pueden proponer tanto recursos como necesidades plantee la persona. Y por intervenciones refiero a aquellas acciones pensadas desde una perspectiva Clínica. Una apuesta, un acto de carácter artesanal, singular. Con una direccionalidad, apuntando a dar cobertura a tratamientos acorde a cada singularidad. Las intervenciones también pueden ser entendidas como la posibilidad de desarmar construir para armar de nuevo.

El cambio de paradigma se expresa en las nuevas prácticas, no sólo en los discursos o debates conceptuales. A medida que las prácticas innovadoras vayan pudiendo establecer respuestas superadoras que permitan a las personas elegir se irán pudiendo cerrar los hospitales psiquiátricos.

Los principios protectores sobre los derechos humanos que vertebran las leyes específicas analizadas, no son principios abstractos sino la posibilidad que las personas puedan elegir, y si solo existe el hospital psiquiátrico o la calle no hay posibilidad de elección, aunque haya leyes que lo promuevan no hay ejercicio del derecho para esas personas.

2.6-Adecuaciones y tensiones en la implementación de la ley de salud mental

Equipos de trabajo: interdisciplina e intersectorialidad: componentes claves como ejes para el abordaje en salud mental

Cambiar el modelo de atención tradicional con su lógica de atención manicomial, el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, implica la necesidad que se lleven adelante otras formas de atención. Dada la complejidad de las dimensiones a afrontar cuando se trata del

sufrimiento subjetivo, requiere aceptar que sólo desde algunas disciplinas, y más aún, solo desde el ámbito de salud esa complejidad es inabarcable, convocando a elaborar y enfrentar el desafío de abordajes de modo interdisciplinario e intersectorial. En los artículos 8º, 9º, 11º, 13º y 15º de la Ley N° 26.657 se resalta la importancia de estos abordajes.

Desde finales de los '80 a la actualidad, Alicia Stolkiner (1999) se aboca en diversos escritos a conceptualizar y desarrollar las implicancias de la interdisciplina para los procesos de atención en salud y para la reforma en salud mental. La ley Nacional N° 26.657 respecto del equipo interdisciplinario establece que:

“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”. (Ley N° 26.657. Artículo 13°.)

Además el artículo 8º aboga una modalidad de abordaje que promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Para la psicóloga Iris Valles (2016), al analizar las prácticas de salud mental en el hospital general, plantea que “el trabajo interdisciplinario e intersectorial implica una práctica que va más allá de la suma de saberes, se trata de privilegiar un espacio donde se mediatiza y se contiene con replanteos de estrategias en una práctica clínica. Es en estas prácticas con otros que se produce organización y experiencia con acumulación de poder en la generación de políticas públicas” (p. 6).

En la misma dirección, Alicia Stolkiner (1999) dice que la interdisciplina nace de la incontrolable disciplina de los problemas que se nos presentan, de la dificultad

para encasillarlos. Esto se debe a que los mismos no se muestran como objetos demarcados sino como demandas complejas, difusas, las cuales dan lugar a prácticas llenas de contradicciones.

La interdisciplina se muestra hoy más allá de lo legislativo como una práctica de necesidad insoslayable. Del mismo modo es posible señalar que la interdisciplinariedad es un posicionamiento, el de reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina y como desafío que las disciplinas no deben someterse a teorías refugiándose en ellas, sino ponerlas a trabajar, desafiarlas.

A la hora de inmiscuirnos y trabajar en Salud Mental estamos ante la necesidad de contar con la diversidad de conocimientos, de saberes, para entender el padecimiento del sujeto. Cuanto más saberes se reúnan, más cerca y en mejores condiciones estaremos de poder trabajar con el paciente. El punto de partida es el reconocimiento de que hay problemáticas complejas, o situaciones complejas, determinadas por la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que no son aislados y que, por consiguiente, no pueden ser descritos, explicados, abordados desde una simple sumatoria de enfoques parciales de distintos profesionales que trabajan independientemente.

Considero interesante mencionar también los aportes de Hugo Cohen respecto de la interdisciplina y el trabajo en equipo quien sostiene que para actuar en salud mental:

“...estamos ante la necesidad de contar con una diversidad de saberes, conocimientos, o al menos saber que para entender el padecimiento del otro individuo, cuanto más saberes se reúnan, más cerca y en mejores condiciones estaremos de poder ayudarlo” (Cohen. 2013: p. 42).

Esto explica el sentido de este lineamiento de trabajo en la medida en que se logren articular los diversos saberes en un saber más abarcativo, que se acerque a la complejidad descriptiva.

La salud mental al ser un campo, el cual no posee hegemonía de una única disciplina ya que se define como conjunto complejo, abierto, con diversidad de saberes, teorías y coexistencia de prácticas, invita a los profesionales actuantes a pensar y fundar una práctica que no paralice o reduzca la complejidad del

fenómeno que enfrenta, y a trabajar la interdisciplina como interacción de saberes. El saber es limitado y los procesos de atención son complejos y dinámicos (Galende 2008).

La concepción de equipo se sustenta en que no se trata de sumar saberes aumentando la fragmentación, sino en problematizar las perspectivas profesionales sabiendo la tensión que eso produce. Esfuerzo de articular lógicas disciplinares diferentes.

Esta nueva mirada para el abordaje de la salud mental implica una transformación la cual no se da automáticamente entre los actores involucrados, sino que implica un proceso y devenir constante.

El marco conceptual e ideológico en el cual se inscribe la Ley de Salud Mental, parte de una definición de la salud comprendida tanto desde una perspectiva sanitaria como también social. Desde este enfoque, la conceptualización sobre la salud remite a un concepto abarcativo e integral. La salud mental es parte de la salud integral de las personas, por eso cuando hablamos de Salud Mental implica un punto de vista más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento. La salud mental se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo emocional, intelectual, laboral, con la capacidad de integración al medio social y cultural. Se busca romper con las clásicas antinomias: individuo/sociedad; psíquico/físico; salud/enfermedad; salud mental/salud somática. La salud, entendida como una construcción social, requiere de la participación de los individuos y comunidades. Desde este marco, la definición de salud mental también contiene aspectos sociales y culturales en una perspectiva histórica, rescatando tanto los determinantes singulares como los sociales.

Como consecuencia de ello, se necesitan equipos de profesionales que puedan identificar las necesidades de cada paciente en su momento vital y gestionar las acciones necesarias para lograr la concreción de las respuestas acordes y posibles.

Iris Valles (2016) afirmó que “La salud mental como producción cultural: en tanto los procesos de salud enfermedad dan cuenta de las condiciones de reproducción social histórica y diferencial en una determinada población”. Por

otra parte en el libro “La salud Mental en argentina. Avances, Tensiones y Desafíos” (Gerlero, Augsburguer. 2010: p. 63 y 64) mencionan que:

“La salud mental no se asocia con un disciplina en particular, varias de ellas están, o pueden estar, implicadas en sus prácticas dependiendo del contexto del que se hable – la enfermería, la psicología, la psiquiatría, la medicina general, la terapia ocupacional, la musicoterapia, el arte terapia, el trabajo social, etc. – es necesario remarcar una vez más que no se trata de una especialidad de la medicina como lo es la psiquiatría, con quien comparte la conformación del complejo campo disciplinar que la configura, tampoco es solo cuestión de profesionales y técnicos, sino que es un conjunto de problemáticas en las que tienen injerencia los distintos sectores del estado, variados espacios de la sociedad civil y, desde ya, las personas que requieren atención (Cohen 1999). Integra, en su comprensión los diferentes niveles de la expresión de la vida del hombre, comenzando por sus gradientes biológicos, psicológicos, psicosociales, institucionales y comunitarios, que aportan, a través de complejos procesos, a la constitución de la noción de subjetividad (Galende 2008)”.

Queda evidenciada la tensión que se genera entre la necesidad de un trabajo comunitario como proceso en el cual las personas puedan lograr una comprensión de su realidad, una transformación para mejorar la calidad de vida, la ausencia del trabajo comunitario y la no promoción de la salud.

“La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, procurando la integración de las diferentes disciplinas” (Barg, 2006 Citado en: Garcés Trullenque, 2010: p. 333.352).

El componente *intersectorial* implica uno de los lineamientos destacados en la ley nacional para trabajar en Salud Mental: refiriéndose a las acciones conjuntas

de los diferentes sectores vinculados a los proyectos del bienestar social de la población. No se limita la acción a los dispositivos de salud, sino que necesariamente se encuentran comprometidos en el campo otros sectores de la vida social/institucional: la educación, la vivienda, el trabajo, la justicia, etc. Desde esta perspectiva, considero interesante articular las estrategias intersectoriales con el concepto de red, que alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes. (Rovere, 1999)

La red de servicios surge a partir de un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda y civiles (usuarios y familiares), los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. Los distintos componentes de la red deben articularse coherentemente de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud.

Esta red de servicios de salud mental debe ser parte de la red de salud en general. Para el cuidado de la salud mental a nivel personal y/o grupal y, especialmente durante el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por problemas mentales, se incentivará la participación familiar y comunitaria. Siendo los trabajadores de la red los que definirán, discutirán, y acordarán con los pacientes las acciones clínicas y administrativas necesarias para garantizar el derecho de cada usuario de recibir una atención oportuna y de alta calidad en cualquier componente de su organización y en cualquier momento del proceso de su sufrimiento.

La noción de intersectorialidad refiere al conjunto de intervenciones coordinadas de instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas a

comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida. La intersectorialidad debe actuar proveyendo a las personas los recursos que necesitan y que no pueden aun proveerse por sus propios medios (casa, comida, capacitación en oficios, trabajo), para una efectiva inclusión social y una rehabilitación duradera. Solo dignificando a la persona podrá recuperar su vida activa en la comunidad. Es a través del trabajo intersectorial como se posibilita la vida en la comunidad de personas que padecen

Las interacciones entre las organizaciones sociales y comunitarias, los diversos grupos sociales y las instituciones del sector salud y de los otros sectores, convergen en la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud mental a nivel territorial y local. De esta manera se pueden ir replicando, concretando, repensando los procesos integrales de salud que responden a las necesidades propias de cada escenario y localidad.

Capitulo III –MARCO METODOLOGICO

El abordaje metodológico

3.1-Tipo de Investigación

La presente investigación tuvo por características de su diseño la de pertenecer al paradigma cualitativo, descriptiva y exploratoria desde sus objetivos intrínsecos, realizándose en función del tiempo un corte trasversal ex post facto en la realidad de las instituciones analizadas. Desde la fuente de datos, el diseño fue mixto y conto para ello con un trabajo de campo al que se le integro el análisis bibliográfico para sistematizar el marco teórico, un buceo documental para la lectura del marco de la Ley de Salud Mental y un análisis interpretativo para sistematizar la información de las entrevistas.

3.2-Selección de los casos/ Tipo de muestreo:

Las instituciones de salud seleccionadas fueron elegidas de manera intencional o no probabilística, por conveniencia y todas son del ámbito público. Luego, en cada institución la elección de los entrevistados fue también por conveniencia a los fines de este estudio, tomando como criterio de inclusión para la elección de los sujetos de la muestra al grupo de profesionales Psicólogos que trabajan interdisciplinariamente vinculadas con la problemática de la salud mental en las instituciones seleccionadas, que tengan asistencia regular a la misma, es decir que hayan trabajado allí en forma continua al menos un año.

3.4-Técnicas de recolección de datos:

La recolección de datos se realizó tomando como instrumento una entrevista semi-estructurada en la que se aplicó un cuestionario con preguntas pautadas con anterioridad a cada uno de los miembros de la muestra y cuyas respuestas fueron libremente expresadas por parte de los mismos. El procedimiento se realizó con el consentimiento de la institución para lo cual se explicaron debidamente los fines de la investigación.

Es decir que se relevó información sobre las dimensiones: de conocimiento de la Ley de Salud Mental y proceso de aplicación de la misma en relación a la dinámica de trabajo interdisciplinario.

3.5-Procedimientos de recolección de datos:

Se desarrolló un trabajo de campo destinado a recolectar datos empíricos sobre la temática estudiada, para posteriormente llevar a cabo una articulación teórica con los conceptos (psicológicos) que se consideraron pertinentes para su lectura e interpretación y así lograr una integración teórico-práctica, sin dejar de lado el proceso interpretativo y hermenéutico que posibilite nuevos hallazgos.

Con respecto a los datos obtenidos en el proceso de recolección se garantizó la mayor confidencialidad no revelando datos de los entrevistados a fin de salvaguardar su intimidad y derecho a la privacidad.

3.6-Plan de tratamiento y análisis de datos:

En relación al tratamiento que se le dio a los datos obtenidos, fue en un primer momento recopilar y ordenar la información, para luego en un segundo momento realizar un análisis exhaustivo e interpretativo de los mismos en forma individual

y luego en conjunto para brindar una articulación posterior y correcta con los conceptos teóricos.

El análisis se orientó a la búsqueda de emergentes de las entrevistas, tomando como guía los conceptos seleccionados en el marco teórico, intentado dar cuenta de los objetivos de la investigación.

El estudio apuntó a poder analizar la dinámica del trabajo interdisciplinario como un eje fundamental en la implementación de la ley mencionada y su influencia en la dinámica del trabajo del psicólogo que se desempeña en los servicios de salud, para poder de esta manera y como consecuencia analizar cómo influye en la atención de las personas con padecimiento subjetivo, como así también poder destacar los avances y obstáculos que se generan en el proceso de implementación.

Se intentó con la presente investigación generar un aporte al campo de la disciplina psicológica, específicamente a los psicólogos como profesionales del campo de la salud mental en “su” búsqueda de llevar adelante una labor interdisciplinaria, analizando lo observado en las instituciones elegidas para poder dar cuenta si la dinámica de dicho trabajo es satisfactoria para afrontar las nuevas demandas y desafíos que implica el cumplimiento de la Ley de salud mental , y la adecuación a las normativas vigentes.

El estudio se basó en una serie de interrogantes que guiaron nuestra investigación a lo largo del presente trabajo. Intereso indagar : ¿cómo devienen y se presentan las consultas e interconsultas de atención en Salud Mental? ¿Cómo fueron los modos de consulta de los pacientes, qué actores de salud intervinieron?, ¿Cuál fue el tratamiento propuesto y los proyectos terapéuticos? ¿Se propusieron dispositivos, cuáles? ¿Qué padecimientos atravesaban los pacientes que concurrían? ¿Pudo vislumbrarse un abordaje interdisciplinario? ¿Según el análisis de las problemáticas observadas, las mismas reflejan la implementación de las normativas específicas de la nueva Ley de salud Mental? De estas preguntas orientadoras surge la necesidad de estudios que avancen en un análisis sobre las lógicas de abordaje, los modelos de atención, los paradigmas imperantes en las formas de tratamiento y organización de la

demanda que lleva a cabo el área de Salud Mental, a los fines de conocer la adecuación y ajustes relativos a las proposiciones de la ley de salud mental.

El contexto de realización, fue en cuatro instituciones de APS de la ciudad de Santa Fe. Estos efectores reciben demandas de forma espontánea, interconsultas de otros servicios de salud (hospitales), pedidos de instituciones escolares, de la subsecretaría de Niñez, del ministerio de Desarrollo Social y de los Juzgados Civil y Penal de la localidad.

El estudio comprendió a un conjunto de actores clave que permitieron dar visibilidad a la heterogeneidad de perspectivas sobre la implementación de las normativas vigentes en los procesos de cuidado de las problemáticas de salud mental. Por ello se escogieron profesionales relacionados con la atención de las demandas en salud mental que nos permitiera tener una visión enriquecedora de la problemática.

Se implementaron distintas modalidades de elaboración y análisis de los datos. Como fuente de información primaria se realizaron nueve (9) entrevistas individuales y semiestructuradas a: profesionales integrantes de los equipos de los centros de salud.

3.6-Descripción de la demanda en las instituciones seleccionadas

Para conocer la demanda de las problemáticas en salud mental de la población que concurrió a las instituciones seleccionadas (junio 2019 –Septiembre 2019), se relevó información de registros institucionales y se complementó con la visión de los profesionales provista a través de entrevistas y de las reuniones del equipo.

En el trabajo no se accedió a construir el perfil institucional de las consultas en salud mental, debido a la carencia de datos sistematizados y disponibilidad de información sobre la totalidad de la población consultante.

Los ejes sobre los que versaron las entrevistas fueron:

Profesionales integrantes de la institución: Reseña de la dinámica de trabajo de la institución, abordaje de la demanda, modalidades de trabajo en la

problemática de la Salud Mental en la institución. Características y perfil de las demandas en Salud Mental. Intervenciones más frecuentes en el proceso de atención en Salud Mental. Conocimientos e implicancias de nueva ley de salud mental. Lineamientos político-sanitarios para adecuarse a las normativas vigentes. Procesos de cambios y/o reformas, proyectos y/o políticas orientadas en la perspectiva de los DDHH. Dispositivos teórico-técnicos necesarios para llevar adelante una transformación del sistema de salud mental. Concepción de las problemáticas de Salud Mental. Lineamientos adoptados por el Equipo acordes a normativas legislativas vigentes. Análisis del trabajo interdisciplinario, estrategias e intervenciones. Estrategias de los trabajadores de la salud mental en la búsqueda de las transformaciones en el área de salud mental.

Análisis de la dinámica del trabajo del psicólogo que se desempeña en relación con la problemática de salud mental.

Se realizaron un total de 9 entrevistas durante los meses de junio a septiembre del año 2019. La cantidad de entrevistas respondió al criterio de saturación de datos y se suspendieron al componer la información necesaria para responder las preguntas de investigación.

Además se relevó información primaria de los registros elaborados a partir de la participación en reuniones de Equipo. Con un total de dos reuniones de equipo). Participaron, de manera alternada, profesionales psicólogos, trabajadores sociales, médicos, abogados, etc. En todos los casos fueron estipuladas por los actores intervinientes en las mismas.

El estudio se complementó y contextualizó con la revisión de investigaciones referidas sobre el tema en la Región y con el análisis de contenido de los documentos legislativos nacional y provincial de salud mental.

Por último, el procesamiento y análisis del material documental y de las entrevistas se llevó a cabo mediante técnicas de análisis de contenido cualitativo. Los datos recolectados, se dialectizaron con las categorías conceptuales a partir de las cuales se construyó la problemática, permitiendo así su interpretación y la posterior elaboración de reflexiones finales.

Para el relevamiento, interpretación y documentación de la información se respetaron los resguardos éticos y la implementación de los Consentimientos informados (Anexo N°1) requeridos para los procesos de investigación científica.

Capítulo IV: Análisis de Datos y Ejes de reflexión: a manera de cierre y nuevas aperturas.

Las modalidades de atención en salud mental históricamente han sido patrimonio exclusivo del médico psiquiatra y con el lugar reservado en los hospitales monovalentes siempre por fuera de la comunidad y de los circuitos sociales.

Pero más allá de poder ubicar este modelo, el trabajo de revertir lo manicomial excede al encierro, sobrepasa al cierre de estos establecimientos e interpela al sistema de salud en su conjunto y la capacidad inclusiva de la sociedad (Stolkiner, Garbus 2010).

No obstante, a nivel internacional en los años '60 y '70 se formularon los principios de la APS, y se desarrollaron modelos de reformas en salud mental,

que de diversa manera cuestionaban dichas lógicas de atención y realizaban propuestas de cambio.

La Atención Primaria en el campo de la salud apunta al nivel básico e inicial de atención, promoviendo garantizar la inclusión en el sistema de salud, la búsqueda de globalidad y continuidad de la atención. La APS se expresa con objetivos como los de accesibilidad, integralidad, interdisciplina, intersectorialidad, participación, equidad, trabajo comunitario, por mencionar las más destacadas. Tendiendo a la promoción, prevención.

En el campo de la salud mental, surgió la necesidad de extender estos principios iniciados en Alma Ata a partir del acuerdo sellado internacionalmente en la “Declaración de Caracas”(1990), en la que se establecieron lineamientos para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe.

En Argentina el conjunto de normativas que se sancionaron en las diferentes provincias y jurisdicciones retoman estas consignas internacionales, valores, metas y objetivos, configurándose dichas legislaciones indispensables para garantizar la protección de la dignidad y los derechos humanos de los pacientes, siendo las provincias de Santa Fe, Córdoba y Río Negro las primeras en las que se procedió a sancionar leyes vinculadas a la salud mental, en el año 1991.

La situación de la salud mental empezó de manera progresiva a tomar mayor visibilidad y realizando un llamado a la acción inmediata, a la par que instaló fuertes desafíos para el campo de la salud pública (Gerlero, Augsburger2012).

Como fuera planteado, la Salud Mental implica un campo complejo y heterogéneo, tanto en lo que respecta a sus problemáticas como en lo referente a sus actores sociales e institucionales. Está conformado por ideologías (sanitarias y sociales), disciplinas, escuelas, cuerpos teóricos, propuestas diversas, técnicas, planes, programas, instituciones asistenciales, formativas, profesionales, administrativas, prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas, rehabilitadoras, que coexisten. Además del amplio conjunto de profesionales técnicos, agentes de salud y otros trabajadores que lo integran para dar respuestas a las problemáticas ligadas a la cotidianeidad y a los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población. (Galende, 2008)

De manera que, a las legislaciones específicas es requisito la elaboración de diseños de políticas que permitan inscribir trabajos en salud mental y para la salud mental. Las políticas públicas son aquellas conformadas por el conjunto de lineamientos y formulaciones explícitas que, emanadas del gobierno nacional, provincial, y municipal incluyan propósitos, finalidades, estrategias y recursos para la concreción de los derechos que la ley consagra. Se constituyen en un proceso de construcción y mediación social entre los diversos actores de la sociedad, trabajadores, y el estado.

Según lo analizado e investigado por diversos autores que recorrimos a lo largo de esta investigación, el diseño de una política con pretensión de alcance nacional debe revisar los modos de abordaje y reforzar el perfil de los trabajadores. De modo que el cumplimiento de la ley resulta posible en tanto haya actores que puedan apropiársela, comprenderla, conocerla para implementar una dialogicidad interdisciplinar, un trabajo en red e intervenciones integrales que incluyan acciones basadas en enfoques colectivos (Peirano en: Escalada 2016). Esto conlleva que los trabajadores sean protagonistas activos de los cambios que implica el campo normativo, debido que por más que haya legislaciones vigentes las acciones en este campo no van a desencadenarse mágicamente. Así, es posible afirmar que en cada uno de los contextos en los que se producen transformaciones en las prácticas de salud mental las leyes, las políticas y los actores toman una dinámica particular.

Como se detalla en el capítulo II, la provincia de Santa Fe sancionó su Ley de Salud Mental en el año 1991, mucho antes que la ley nacional. Si bien la ley provincial no plantea el cierre explícito de las instituciones monovalentes, tiene el valor de proponer reformas tendientes a restringir los plazos de internación y evitar el desarraigo familiar y social, promoviendo el trabajo comunitario (Rosendo, en Faraone, Valero 2013). En el año 2007, se reglamentó parcialmente, buscando establecer una modificación en la lógica de asistencia tradicional en salud mental e implementar una nueva organización del sistema de atención con creación de dispositivos alternativos. Propone alcanzar la transformación -progresiva y gradual- de los hospitales psiquiátricos bajo la modalidad de Hospitales Interdisciplinarios así como la creación de diferentes servicios alternativos. Establece que la transformación de los Hospitales

Psiquiátricos tendrá como objetivo la erradicación de las lógicas manicomiales: medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad. Dentro de las “medidas asistenciales alternativas a las internaciones especializadas en Salud Mental”, se destaca el fortalecimiento de los servicios de salud mental en los hospitales generales -con o sin internación-, la atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, los servicios de emergencia en salud mental, los centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, y talleres protegidos.

En el marco nacional, en el año 2010 se creó la “Dirección de Salud Mental y Adicciones”-DSMyA- y sancionó la Ley N°26.657 de Salud Mental. Desde una concepción amplia de la salud mental y con perspectiva de derechos humanos, se promueve un progresivo proceso de desmanicomialización. Se atribuyen otros roles a los diferentes niveles del sistema de salud, se incentiva realizar las adecuaciones pertinentes para promover la inclusión de la salud mental en los procesos de atención. Se contempla la internación como medida terapéutica en los hospitales generales, debiendo ser esta lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios y según los principios de la APS.

En referencia a las normativas mencionadas este trabajo indagó las modalidades en que se abordan las demandas en salud mental en instituciones de Atención Primaria de Salud perteneciente al Nodo III de la Provincia de Santa Fe así como su grado de avance y adecuación a la legislación vigente y las vicisitudes del trabajo interdisciplinario a fin de promover y favorecer la implementación de la misma.

El sistema de salud de Santa Fe indica que el Estado provincial actúa como prestador de servicios de salud y como regulador de los otros sistemas (público, privado y seguridad social). La regionalización del Estado provincial parte de concebir un sistema flexible, con fronteras dinámicas entre las diversas regiones o nodos. En este escenario local, la Dirección provincial de Salud Mental, desde su re-creación ha propuesto constituirse en un agente de fuerte apertura del Sistema Público de Salud hacia la interdisciplina, la intersectorialidad y el

relanzamiento creativo del sentido de las prácticas de cuidado en salud mental (Informe de Gestión 2004/2007).

El estudio sistematizó los lineamientos, que los diversos actores señalan en pos de incluir la salud mental en el sistema de salud y, en especial, su abordaje en instituciones de primer nivel de atención de referencia provincial. Pese que la provincia inició un proceso de reforma e implementación de recursos en la atención en salud mental, resulta importante destacar que las mayores acciones, dispositivos, aumento de recursos y debates se concentran en Santa Fe y Rosario. De manera que aun existiendo una ley provincial y una nacional, así como un plan escrito acordes a la política de reforma, al momento, no ha sido posible su traducción en transformaciones concretas que recorran la amplitud del territorio provincial. Comprender las implicancias que requiere un cambio de atención en salud mental invita a no perder de vista lo que sucede en el interior de los hospitales generales, S.A.M.Cos y centros de salud en las localidades alejadas de las grandes ciudades.

Al indagar las modalidades de abordajes institucionales llevadas a cabo por los profesionales de salud mental de las instituciones escogidas, a través de entrevistas y en la participación en las reuniones de equipo, se desprende que las formas de cuidado incluyen prácticas individuales y en equipo. Así mismo estas modalidades de asistencia atraviesan variaciones según el momento y las necesidades de cada territorio, cada comunidad, y específicamente cada paciente.

Al interior de las instituciones y del equipo, se reconoce que de manera paulatina, se viene dando un proceso de transformación. Con un esfuerzo diario por llevar a cabo el trabajo interdisciplinario; el abordaje queda a cargo en la mayoría de los casos de las psicólogas, trabajadores sociales, medicas generalistas y psiquiatría tal vez con un poco más de resistencia aun, identificando el trabajo con enfermería como una deuda pendiente en lo que refiere al trabajo interdisciplinario.

Y es aquí, en un pequeño fragmento de la una las entrevistas pudimos recoger un testimonio que da cuenta de esta situación:

“Nuestra función tiene que ver con el cuidado, pero nos falta teoría y conocimiento, no nos han formado para eso y hacemos lo que podemos”. (E. Enfermera 1; Institución B)

El artículo 8° de la Ley N° 26.657 establece que debe promoverse la atención en salud mental por parte de un “Equipo interdisciplinario” integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Mencionando algunas disciplinas y áreas o campos.

Respecto del proceso de atención, según el artículo 9°, (Ley N° 26.657), y el artículo 1° de la ley provincial (Ley N° 10.772), debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, por eso resaltamos la importancia de la atención brindada en estas instituciones de primer nivel.

Según lo expresado por las psicólogas entrevistadas pertenecientes a los equipos de los CAPS, se llevan a cabo evaluaciones de las situaciones de las demandas, entrevistas para evaluar las necesidades y demandas de tratamiento por consultorios externo, visitas domiciliarias. Además señala la entrevistada, *“en el marco de orientar al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales se realizan “Charlas en las escuelas. Intervenciones puntuales, o aisladas, realizamos intervenciones como una estrategia de trabajo”* (E. Psic.1; Institución A).

Mientras que lo expresado por una de las trabajadoras sociales del equipo específica que su trabajo de atención consiste en:

“Realizar entrevistas al paciente, familiares, amigos, allegados. El trabajo con referentes del paciente, por ejemplo profesor de algún club. Las posibilidades de construir conjuntamente con el paciente la inserción a algún espacio social, alguna actividad. Considerando y dando preponderancia a la socialización, concibiendo que la misma produce salud”. (E. T.S. 1; Institución A) y fomentando de alguna manera esos lazos sociales que refuercen la pertenencia del sujeto y por ende su identidad.

Quien también agrega:

“Ofrecemos acompañamiento, seguimiento, espacio individual de psicoterapia. Si el caso es por niñez trabajamos conjuntamente con el equipo de la Subsecretaría de Niñez, aunque deja en claro que, ahora que se fueron del barrio es más difícil la comunicación y el trabajo conjunto” (E. TS. 1; Institución A).

Si bien el esfuerzo y la acción conjunta queda expresada a lo largo de los testimonios en lo que hace al trabajo en forma interdisciplinaria, también no debemos dejar de mencionar que a la hora de la puesta en práctica el mismo registra ciertas dificultades y citamos el siguiente testimonio, fruto del ámbito en el que interactúa diariamente:

“Trabajar en equipo no es posible siempre, ni con cualquiera. Es contar con otro, pensar con otro, debatir, dividir labores. Orientar una práctica, una estrategia. El equipo es algo que se va conformando de acuerdo a los casos, pero algunos de los profesionales se mantienen, o se repiten, o están siempre. Reconocimiento de la práctica del otro, respeto a la formación y mirada del otro, con quien producir conocimiento, y problematizar los problemas sociales y subjetivos, los problemas inherentes a la salud en general. Entender que no es juzgar su trabajo individual sino poder lograr una mirada integradora” (E. Psic.1; Institución A)

Los hallazgos permiten deducir que con la ley comenzó a plantearse, no sin conflictos y tensiones, en cada una de las instituciones analizadas un proceso de trabajo diferente en la atención, que actualmente resultan un aprendizaje diario y un largo camino por recorrer.

Es por lo anteriormente planteado que podemos sostener que, frente a un cúmulo de situaciones, que antes se medicaban, restringían y derivaban, hoy se “alojan”, trabajando en estas situaciones el servicio de salud mental. Resultando de gran valor la recepción por parte del sistema y sus agentes, aun debiendo sortear tensiones institucionales internas.

Al indagar acerca de las posiciones de los profesionales sobre el trabajo clínico y terapéutico -en una aproximación acerca de cómo pensar la clínica en el campo de la salud mental y si ha habido modificaciones en relación a la nueva ley-, la misma comprende la práctica que consiste en la identificación de problemas y su abordaje mediante un trabajo clínico. El trabajo clínico de los psicólogos y profesionales vinculados a las problemáticas de Salud Mental sería el conjunto

de intervenciones y estrategias que permiten conocer, pensar y orientar prácticas de abordaje en cada caso, identificando las necesidades de cada individuo, generando estrategias terapéuticas.

En relación a los resultados de las entrevistas podemos coincidir en que, el trabajo clínico sufrió pocas variaciones en relación a la nueva ley de salud mental, pero si coinciden en señalar que pueden verse nuevos dispositivos en relación a la implementación de la misma, pero los dichos dispositivos resultan escasos, señalando que los proyectos alternativos sin respaldo económico resultan imposibles, limitando las estrategias de intervención.

Una de las entrevistadas sostuvo que: *“Trabajar en salud mental lleva tiempo, trabajo en terreno y trabajo de elaboración, lectura, reflexión”* (E. Psic 2; Institución B).

También se desprende de los datos recogidos que la interdisciplina no se da en todos los casos, existiendo dificultades, pero si se puede pensar en ciertos efectos de interdisciplinariedad y de intercambio disciplinar.

“...hay que darle lugar a la especificidad, pero también trabajar en equipo. Permite pensar y trabajar desde varias miradas y construir estrategias abarcativas, ampliadas” (E.Psic.1; Institución A)

Y aquí de lo observado podemos destacar respecto al trabajo y abordaje en salud mental en el interior de la institución, en las reuniones de equipo, plantean que se viene dando un proceso de transformación, donde después de un arduo trabajo estas reuniones resulten productivas, que no sean solo (una) narraciones de situación o problemáticas, sino que pueda darse la interdisciplina, que una misma problemática pueda ser abordada por varios profesionales donde cada uno aporte su mirada y pueda lograrse al final un enfoque integral.

En una de las instituciones donde se realizaron las entrevistas, tanto la trabajadora social como la psicóloga sostienen que el trabajo en equipo se ha ido gestando a la luz de los pedidos de intervención de otros organismos como escuelas que realizan demandas permanentes, como la subsecretaria de niñez como el juzgado, trabajando primero aisladamente luego realizando informes y

contestando con intervenciones separadas. Posteriormente, luego de reiteradas reuniones se decidió reorganizar y agilizar las intervenciones. Haciéndose así necesario debatir criterios, días y horarios para realizar evaluaciones, entrevistas, visitas, etc. Actividad que llevó a trabajar en equipo e interdisciplinariamente.

Lo mencionado nos conduce a pensar la especificidad profesional respecto del trabajo en equipo. Respecto a ello, los entrevistados han dado su opinión:

“...El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa, va más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con las contingencias poblacionales en las que interviene. Y como agente de salud en mis funciones propias del área Social ofrezco intervenciones profesionales implicando el compromiso de trabajar con probidad, persiguiendo cotidianamente el objetivo institucional de garantizar el cuidados de la salud individual, familiar y colectiva, el bien supremo del paciente, ponderando la salud como derecho humano inalienable, considerando los principios de universalidad, accesibilidad, gratuidad, participación, etc. y el tendido de redes institucionales, interinstitucionales e intersectoriales de la comunidad, la zona, regionales y nodales. Tratamos de posicionarnos cada uno desde su disciplina y cada uno con sus ópticas construir el caso, aportar una lectura...” (E. T S. 2; Institución B).

“Las demandas actuales en el campo de la Salud Mental están atravesadas por una serie de cuestiones. Por esa misma complejidad nos debemos a un análisis de las posibles intervenciones. Intervenciones entendidas como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana de cada paciente, o de cada persona y nos lleva a tener en cuenta sus vínculos, sus lazos, la subjetividad en sí, y lo social” (E.TS. 2; Institución B).

Lo pronunciado en las entrevistas demuestra la complejidad que asume un proceso de transformación institucional en las modalidades de atención y en los diversos actores intervinientes. Promoviendo que cada disciplina, sin perder de vista su identidad, pueda tejer redes, trabajando en el campo concreto de las acciones, a la vez que planteando debates, diálogos con otras disciplinas acordes a las necesidades de la población.

El trabajo en salud mental requiere tiempo y esfuerzo para problematizar, coinciden la mayoría de los entrevistados. Conciben que es necesario debatir y que el trabajo en salud mental amerita pensar las consecuencias de las intervenciones, de los actos que realizan, mencionando que no se debería tratar del puro acto de hacer debido a la demanda, según refiere una de las trabajadoras sociales en el transcurso de la entrevista. Como así también puede encontrarse un comentario similar en otra de las entrevistas:

“...considero que hay ausencia de espacios y de tiempos de reflexión, de discusión, dificultades en encontrarnos y pensar lineamientos, estrategias. Lo justifico por la demanda excesiva y los pocos recursos humanos que estamos trabajando en esto. Trabajamos la mayor parte de tiempo embarulladamente. El trabajo en Equipo de por si no es fácil.” (E.TS.1; Institución A)

Según las reflexiones de una de las psicólogas entrevistadas

“En esta localidad falta trabajo comunitario. No hay promoción de salud. Falta compromiso profesional, voluntad política. No puede ser que salud mental no esté en la agenda de salud, eso dice mucho. Estamos solos como Equipo de Salud o profesionales de la salud ante problemáticas que son amplias.” (E.Ps.3; Institución C)

Existen en las menciones de los entrevistados fuertes críticas, negativas respecto de la trama general que involucra a la salud mental de las poblaciones. A partir de lo visibilizado en las reuniones de equipo y en las entrevistas, aparecen serias dificultades en alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva. Queda de manifiesto en lo dicho por una psicóloga: *“la ley es sumamente interesante pero la letra es una cosa y la puesta en práctica es otra, ahí hay un vacío enorme”* (E. Ps 3; Institución C)

Los principios que la ley establece no son de cumplimiento directo, presentándose en las instituciones elegidas, importantes diferencias de desigualdad, fragmentación, interpretándose que las reformas en la construcción intersectorial hasta el momento aparecen con fuertes dificultades

Las mayores quejas y tensiones vienen del lado de la urgencia de la demanda y la falta de recursos, ya sea de capacitación del personal como de dispositivos de abordajes acorde a la problemática en cuestión. Como queda de manifiesto por una de las entrevistadas (E. Psiquiatra 1; Institución A) *“esos límites en el hacer lo dejan a uno sumergido en una situación de angustia”*

Otra de las dificultades que atraviesan las situaciones de los procesos de cuidado en salud mental y emergieron de las reuniones de equipo, son aquellas relativas a la falta de planificación y criterios para la organización del proceso de trabajo. Se destaca mayormente la intervención sobre la urgencia y desde allí pensar la organización y plan de las tareas. Esto se potencia con las explicitaciones realizadas sobre la carencia de nuevos recursos materiales y humanos que se comprometan para la tarea en salud mental.

Al momento del estudio de campo y según lo reconstruido de las entrevistas y reuniones, los profesionales expresan que se encuentran en un momento de cambio, repensando los modos de abordaje y los modos de trabajar con otros, ya sea dentro de la institución como por fuera de ésta. Expresan que los casos que están trabajando exceden el trabajo individual y en consultorio, convocan a salirse del muro de la institución y a buscar otros actores que participen en los abordajes. Y también consideran, por el contexto en el que desarrollan su tarea, de una necesidad de cuidado del “cuidador”, teniendo en cuenta la puesta en juego de la propia subjetividad que se requiere ante las problemáticas y demanda continuas.

En líneas generales según la interpretación que se puede arribar a través de las entrevistas y de las reuniones de equipo, a varios años ya de sancionada la ley nacional de salud mental, aún persiste un cierto desconocimiento sobre la normativa. Implicando que aun subsistan representaciones de exclusión y encierro para los pacientes con problemáticas de salud mental. Y existen aún ciertas carencias, relacionadas con las falta de herramientas o recursos, en momentos de abordaje de situaciones críticas; es así que situaciones complejas de consumo, de problemáticas que atraviesan la niñez, de pacientes que corren riesgo para sí y para terceros aparece una escasez de servicios sustitutos, registrándose la ausencia de una red de atención o instituciones sustitutivas, que aborden, contengan y alojen diferentes dimensiones para que sea posible el

derecho a recibir tratamiento. En una de las reuniones de equipo intersectorial (Reunión Equipo del día 23 de agosto de 2019), emergieron al menos dos casos de pacientes afectados por problemáticas con el consumo de sustancias, agotándose los abordajes locales, y evidenciándose una vacancia/carencia de instituciones, alojamientos, contención, entre otros. Tropezando los profesionales en soledad y sin herramientas.

A modo de cierre, y de forma que nos generen un apertura a la mirada en relación a la temática investigada, podemos decir, que el conocimiento e información de la promulgación de la ley nacional de salud mental, si bien ya data de más de 9 años, resulta aún un nudo crítico. Según la interpretación que se puede arribar a través de las entrevistas y de las reuniones de equipo, faltaría mayor conocimiento de dicha normativa, así como también la falta de recursos y dispositivos para favorecer su implementación. Esto merece ser tenido en cuenta e interrogado debido qué se evidencian diferentes criterios entre los entrevistados:

La medica generalista, la enfermera y la médica clínica, si bien reconocen que tienen un conocimiento de la ley y consideran necesaria una mayor capacitación de todo el personal, hacen referencia a que hay otros profesionales que se resisten a (la) involucrarse en la aplicación de dicha normativa, considerando que no forma parte de su práctica profesional, (sino) atribuyéndolo exclusivamente a los campos de (a la disciplina de) la psicología y la psiquiatría.

El sistema de creencias y las prácticas de los trabajadores de la salud (prácticas instituidas), son un aspecto central para poder incorporar una intersección y pasaje a un nuevo paradigma, donde las modalidades de atención puedan reorganizarse.

En relación a esto podemos citar uno de los testimonios que nos da cuenta de cómo se fue dando de alguna forma el proceso de implementación y transmisión de los cambios que a ley trae aparejada:

“Fui convocada a trabajar en un Equipo de Fortalecimiento que dependía de la Dirección de Salud Mental y fuimos quienes comenzamos a hacer conocer la ley de Salud Mental en las localidades pequeñas entre el año 2012 y 2013. O sea que empecé a trabajar en el sistema de salud pública en el marco de la ley de

salud mental. Luego de unos meses desarrollando dicho trabajo estando como contratada como prestadora de servicios, finalmente quede en planta permanente “(E. Psic.4; institución D).

Por lo que describió en la entrevista, puede deducirse que ha sido a partir de la normativa legislativa que comenzó a plantearse en dichas instituciones de la localidad un proceso de trabajo diferente en la atención. Dicho cambio en el trabajo de pacientes con problemáticas de salud mental trae aparejado conflictos, tensiones y una ‘revolución’ en el sistema de salud.

A nivel general, según lo publicado por el Ministerio de Salud de la Provincia, desde la Dirección de Salud Mental se compartieron algunos lineamientos expresando que en los últimos años han apuntado a articular con otros actores ministeriales y sociales, tendiendo a la inclusión de la salud mental en el sistema de salud, a la inclusión de la Salud Mental en procesos de atención y cuidados, en el abordaje en centros de salud en la readecuación de los hospitales monovalentes, y el trabajo de dispositivos sustitutivos de salud mental .

Las políticas que requieren ser implementadas enfrentan actualmente obstáculos y desafíos. Uno de ellos es la desarticulación entre las necesidades, lo que se requiere socialmente en cada comunidad y las respuestas brindadas. Otro es la formación profesional, la capacitación, la producción de lineamientos para la mejora de la atención, los servicios, dispositivos y las ofertas alternativas o sustitutivas. Hacen falta más proyectos que estén acordes y en consonancia con los lineamientos establecidos por la ley. Repensarse la inequitativa distribución de recursos y profesionales. Entre estas áreas de vacancias, las entrevistas registran que:

“Falta recurso humano, acá considero que es necesario un trabajador social específico para cuestiones de salud mental

Falta un cambio ideológico que hay que trabajarlo con promoción, participación ciudadana, inclusión.

Falta trabajo hacia adentro del Equipo, repensar las especificidades, las intervenciones, tal vez contar con un abogado como asesor externo” (E. T.S 1; Institución A).

Otro obstáculo en la aplicación e implementación de los principios rectores que establece la Ley que se halló en las entrevistas refiere a los pacientes que atravesaron procesos de externación de instituciones monovalentes provinciales. Ello devino con poco y hasta escaso trabajo previo. Eso coinciden la mayoría de los profesionales entrevistados, y da testimonio la médica psiquiatra.

“Puedo mencionarte tres ejemplos de situaciones, como depositando al paciente en la localidad solo por el artículo de la ley. De muy mal modo según mi opinión”. (E. Médica Psiq.1; Institución A)

“A veces necesitamos por unos días, unas semanas, estabilizar a un paciente en un monovalente, solo como estrategia, y nos encontramos solos, porque no hay cama, no los toman, o están un día o dos y los largan así de modo bastante expulsivo y desde acá no podemos hacer nada” (E. Medica Psiquiatra 1; Institución A).

En consonancia con lo planteado en el libro “Dilemas en Salud Mental”, la externación de pacientes sin proyectos terapéuticos, sin lazos sociales, sin instituciones continentales, lejos de acercarse a la libertad, produce un circuito de puerta giratoria. Registrando que el manicomio no empieza ni termina en sus muros, sino que son múltiples las causas que lo sostienen, con múltiples agentes de reproducción. (Faraone, Valero2013)

En la mayoría de los relatos de los profesionales entrevistados hay coincidencia que se reconoce y considera que no cuentan con la estructura física edilicia ni con suficientes profesionales para abordar demandas de salud mental.

“Nos pusimos a trabajar a la ligera. El sistema de salud no está preparado, la sociedad tampoco lo está, los estigmas, e ideologías no cambian tan rápidamente. El rechazo está presente. Por eso veo dificultades en la implementación”. (E.TS. 1; Institución A)

Esto es me parece de suma importancia destacarlo, ya que el cambio que nos trae aparejado la ley implica un cambio cultural y no solo en relación a los recursos técnicos.

Considero necesario después de lo analizado tal cual plantea la ley, que se debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Reglamentación Ley N° 26.657: Artículo 11°)

De todo lo recorrido en las instituciones seleccionadas se puede resumir que en el campo de la salud mental y respecto de la Ley, las prácticas funcionan de un modo binario, disociado y en un contexto de lucha. Las principales dificultades en el proceso de atención surgen en la organización y en la escasez de recursos tanto humano como físico y el sostenimiento de los equipos de trabajo que permitan hacer de la interdisciplina un recurso fundamental y cotidiano. Mientras que hacia el exterior las dificultades se localizan en la escasez de dispositivos alternativos de contención, y el sostenimiento de las redes del trabajo comunitario, así como en las dificultades de articulación con otros niveles de cuidado.

En el campo de la salud mental, existen muy pocas ofertas terapéuticas alternativas o dispositivos lúdicos o culturales de cuidado.

Si bien la línea de acción de la Dirección de Salud Mental se adecua a las propuestas de transformación de la ley de salud mental, centrando el eje de la reforma en el desarrollo del rol de los profesionales en los principios de la estrategia de la APS y en los centros de salud (destacados como claves para la reforma), pese a ello en la localidad abordada persisten limitaciones concretas a la hora de materializar dispositivos y prácticas que permitan hacer efectiva la implementación de la ley.

Numerosos autores (Sousa Campos, 2006; Galende, 1990; Stolkiner, 2005) presentan directrices para la reforma de la atención hospitalaria. En conjunto son más o menos coincidentes en afirmar que, para la transformación del hospital general, es necesario ubicar a la interdisciplina en un lugar privilegiado para desencadenar cambios en los procesos salud-enfermedad-cuidado. La articulación de visiones, saberes y prácticas son fundamentales en pos de los cambios en la estructura hospitalaria y su reorganización.

Lo extraído de las entrevistas y de los ejes trabajados en las reuniones de equipo permitió valorar la importancia que adquiere el trabajo interdisciplinario e intersectorial, así como también la necesidad de crear encuentros de re trabajo y supervisiones para pensarse cada uno en su quehacer. La competencia profesional se construye en la acción, en el despliegue y en el aprendizaje a través de la participación en el trabajo en equipo, reflexionando sobre las prácticas.

Durante el trabajo de campo en dichas instituciones, se deduce que hay un esfuerzo por crear nuevas modalidades de atención con el movimiento de algunos trabajadores de discutir e intentar el trabajo local, territorial, en la comunidad, evitando derivaciones innecesarias.

Se puede pensar que permanecen enfoques asistenciales de tratamiento, antes que de atención integral, con cierta desarticulación en la atención, y dificultades de algunos profesionales en trabajar integralmente.

Se puede registrar falta y en algunos casos ausencia de dispositivos para promover y asegurar los derechos humanos de los sujetos con padecimiento mental. Evidenciándose una lentitud en concretar las condiciones de alojamiento, y atención para cubrir las necesidades de pacientes que la requieren, por ausencia en el fortalecimiento de las condiciones necesarias que tengan alcance y cobertura territorial. Implementar reformas en los procesos de atención de salud mental requiere políticas públicas con objetivos y metas claras, con proyectos y programas.

La Ley nacional, para dar respuestas a las demandas sobre el sufrimiento psíquico, exige cambios y reformas estructurales en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios en el campo de la salud mental.

Las políticas en salud mental que requieren ser implementadas enfrentan actualmente obstáculos, desafíos. Uno de ellos es la desarticulación entre las necesidades y lo que se requiere socialmente en cada barrio en cada comunidad. Otro es la formación profesional, la capacitación, la producción de lineamientos para la mejora de la atención, servicios, dispositivos, ofertas alternativas, sustitutivas. Resulta claro que para la sustitución de lógicas manicomiales es fundamental el trabajo hacia el interior de las instituciones, revisando las prácticas que portan los trabajadores. De todo lo recorrido se puede resumir que en el campo de la salud mental y respecto de la Ley, en las instituciones seleccionadas, las prácticas funcionan de un modo binario, disociado, en un contexto de lucha. Pensar en una reforma en salud mental necesariamente implica una transformación de la atención en salud en términos generales. Pensar las prácticas o los abordajes de manera escindida, implicaría cometer el mismo error-teórico, técnico y conceptual- que la salud mental ha tenido en un modo histórico y todavía tiene que reivindicar su lugar en los procesos de salud enfermedad-cuidado, y en la red de salud en general. Dichas reformas no serán ni se darán sin los propios trabajadores de la salud y de la salud mental. A modo de conclusión podríamos pensar que una de las principales dificultades se localiza en la escasez de dispositivos alternativos, de trabajo comunitario, en la articulación con otros niveles, en la carencia de profesionales que puedan problematizar y tengan un compromiso laboral, ético y social. No habiendo ofertas terapéuticas, alternativas a la hospitalocéntrica, ni dispositivos lúdicos, culturales.

La posibilidad de la reforma se ve seriamente comprometida si no se dispone del compromiso de profesionales, comunidad y poder político. Por tanto resulta fundamental sostener y potenciar, la incorporación de nuevas formas de pensar, sentir y actuar de una manera más inclusiva para los usuarios con alguna problemática de salud mental y avanzar con la participación y apertura de la comunidad en las cuestiones referentes a la salud mental.

A manera de cierre y de pensar nuevas aperturas no podemos dejar de mencionar las Asambleas conformadas por personas que son usuarios y/o familiares de usuarios de Salud Mental, que tienen como propósito incorporar la participación de los usuarios en las decisiones sobre sus tratamientos

individuales y en el diseño de políticas públicas que tiendan a superar las barreras sociales que restringen el pleno ejercicio de sus derechos. La nueva ley posibilita la configuración de relaciones democráticas entre usuarios y profesionales de la salud. Esto permite conformar un campo social amplio para luchar contra distintas formas de abuso, maltrato y torturas, que en muchos casos los afectan. Esta norma también contempla la necesidad de una revisión periódica de los diagnósticos para posibilitar la erradicación del estigma que generan. En la ciudad de Buenos Aires, la Asamblea lleva el nombre de *Apussam*, *y en una de las reflexiones que señala es sobre la forma en que deberían ser entendidos los dispositivos previstos en el artículo 11 porque está en cursiva?*, que deben brindar la posibilidad de coexistir con otras personas sin que se les arrebaten los derechos ciudadanos.

Por eso, plantean, *Empieza cita?* intentemos darnos una oportunidad más allá de una ley, logremos tener salud mental en las decisiones a tomar para nuestro futuro, sabiendo que después de nosotros vendrán muchos otros. No demos por finalizado este proceso y no nos limitemos a pensar que “hasta aquí llegamos”. Al contrario, apostemos al cambio, aportemos voluntad y actitudes positivas de solución para este nuevo enfoque social y démonos cuenta de que la cura está en que podamos crecer todos juntos. (Albano;2012)

Nos parece oportuno cerrar con una reflexión de Integrantes de la Asamblea Permanente de Usuarios de los Servicios de Salud Mental (Apussam). El texto forma parte del Informe 2012, Derechos Humanos en Argentina, recientemente publicado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).

“Nuestra palabra vale y necesita ser escuchada. Nuestra experiencia dolorosa puede ser transformada en enseñanza y prevención. Podemos y debemos formar parte de este proceso de reforma del sistema de salud, haciendo que nuestra experiencia funcione como insumo para la transformación. Esperamos que se creen nuevos mecanismos de participación que nos permitan concretar estas esperanzas”

Referencias Bibliográficas

-Albano, S. (2004) *Michel Foucault: glosario de aplicaciones.*- 1ª edición Buenos Aires: Quadrata.

-Alberdi; J. M. (2012) *desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la provincia de Santa Fe. Revista debate público. Reflexión de trabajo social.*

-Alfano Alicia, Aquino Fernando (2012) *Desde el Alma y la vida.* Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-201133-2012-08-16.html>

-Alegría, H. E & Iturraspe, J. M. (2013-1) *Revista de derecho privado y comunitario. Derecho y salud mental. 1º ed. Santa Fe: Eubinzal – Culzoni editores.*

-Amarente, P. (2016). *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.* Editorial Madres de Plaza de Mayo: Buenos Aires.

-Amarante, P. (2009) *Superar el Manicomio. Salud Mental y atención psicosocial.* Editorial Topia. Buenos Aires. Argentina

-Banco Mundial. (1993) *informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud. Resumen.* Washinton: Banco Mundial. http://www.who.int/macrohealt/infocentre/advocacy/invetir_en_salud_es.pdf

-Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio.* Editorial topia. Colección fichas para el siglo XXI. 2da edición. 204 pág.

-Buchuk, J. (2016). Revista Clepios “Ley de Salud Mental: determinantes que obstruyen el cambio de paradigma”. V 23 (1), p. 38-53. Editorial Polemos, Buenos Aires.

-Canet, J. (2016). Ley de Salud Mental: cambio de paradigmas y cuentas pendientes, aldiaargentina.com. Recuperado de: <https://aldiaargentina.microjuris.com>, Buenos Aires. Fecha de acceso 17 de noviembre de 2017.

-CELS (2009), Informes Derechos Humanos en la Argentina. Buenos Aires.

-Cohen / Santos / Fiasché / Galende / Saidón / Stolkiner / Testa / compiladores: Saidón/ P. (1994). *Políticas en Salud mental*. Troianovcki. Editorial lugar.

-Cohen, H. & Natella, G. (1995) *trabajar en salud mental: desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar editorial.

-Dabas E. (2006) (comp). *Viviendo Redes*. Buenos Aires: Edit. Ciccus

-DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

-Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990

-Deleuze, Gilles (1990), “Que es un dispositivo” en varios autores Michael Foucaut, Barcelona, Edit Gedisa .

-Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. (2012). Dispositivo de Fortalecimiento de A.P.S en Salud Mental

-Faraone, S. – Valero, A. S. (2013). (Coordinadoras). *Dilemas en Salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Ediciones madres de plaza de mayo.

-Faraone, S. – Valero, A. S. (coordinadoras). (2013) DILEMAS EN SALUD MENTAL. Sustitución de las lógicas manicomiales. 1era ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

-Faraone, S. – Valero, A. S. (2013). (Coordinadoras). Dilemas en Salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales. Ediciones madres de plaza de mayo.

-Faraone, S. – Valero, A. S. (coordinadoras). (2013) DILEMAS EN SALUD MENTAL. Sustitución de las lógicas manicomiales. 1era ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

-Faraone, S. (2012) El acontecimiento de la ley nacional de salud mental Los debates en torno a su sanción. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Faraone.pdf

-Fleury, S. (1998-1999). “Políticas Sociales y Ciudadanía”. Nueva Sociedad. reservaecologica.gov.ar

-Foucault, M. (1971). Defender a la sociedad. Editorial Gallimard, Francia.

-Foucault, M. (2005). El poder Psiquiátrico. Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

-Foucault, M. (1964). Historia de la Locura. Fuente: Biblioteca_IRC. Esta Edición: Proyecto Espartaco en: (<http://www.proyectoespartaco.com>)

-Foucault, M. (1974) Historia de la medicalización. Educ Med Salud, 11 (1), 3-25.

-Freud, S. (1994) El malestar en la cultura. Tomo XXI. Editorial Amorrortour, Buenos Aires.

-Galende, E. (1990) *psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós.

-Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Introducción. La política en Salud Mental: efecto en la subjetividad de la nueva cultura*. Buenos Aires. Editorial Lugar.

-Gerlero, S- Augsburger, C. (comp). (2012) *LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA: avances, tensiones y desafíos*. 1era edición: Rosario: Editorial Laborde Libros Editor.

-Ley 6312/67. Santa Fe, 02 de Mayo de 1967

-Ley Nacional N°26.657 de Derechos a la Protección de la Salud Mental. (2010). Argentina- MIN. DE SALUD DE LA NACIÓN

-Ley Provincia de Santa Fe N°10.772. (1991) - MIN. DE SALUD DE LA PCIA DE STA FE

-Mazzeo, K. (2016) *Ley de Salud Mental: cambio de paradigmas*. Aldiaargentina.com. Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com>, Buenos Aires. Fecha de acceso 23 de noviembre de 2017.

-Menéndez Eduardo. (1987). *Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Fecha de realización del 20 al 25 de abril de 1987. Modelo Medico Hegemónico Modelo Alternativo Subordinado*.

-Menéndez, E. (1992). *La antropología Médica en México*. Universidad autónoma metropolitana. México, 1ª. Ed. 1992. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_486-495.pdf

Ministerio de salud de la Nación Argentina. (2014). *Guía básica. Criterios y propuesta para la adecuación y desarrollo de la red de servicios de salud mental*. En línea: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-05-06_guia-basica.pdf

-OMS & OPS (1986) *carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud*. Ottawa. Canadá: OMS-PAHO

-OMS & OPS (1997) *Declaración de Yakarta. 4ta Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud*. Yakarta, Rep. De Indonesia: OMS-PAHO. En <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>

-OMS (2001) *Invertir en Salud*.

-OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Washinton: OMS.

-OMS (2002): *“Programa Mundial de Acción en Salud Mental”* Ginebra.

OMS (2004) *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informes compendiado*. OMS Ginebra.

-OMS (2008) *Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas*. Disponible en: <http://observatoriovihcarceles.org/es/vih-carceles/buenas-practicas-carceles-menu/item/138-principios-y-buenas-practicas-sobre-la-proteccion-de-las-personas-privadas-de-libertad-en-las-americas.html>
<https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>

-Onocko Campos, R. (2011). *“Gestión Estratégica Planificada (GEP)”*. <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/gep.pdf>

Onocko Campos, R; Massuda, A; Valle, I; Castaño, G; Pellegrini, O. (2008). "Salud Colectiva y Psicoanálisis: Entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes". *Salud colectiva* v.4 n.2 Lanús mayo/ago.

-ONU. (1991) Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos. (1991). Relatoría sobre los Derechos de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>

OPS/OMS (2005): "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". Washington.

-Pelegrini, O. (2002). *En el nombre de la clínica. (Acerca de la situación del psicoanálisis en una institución psiquiátrica)*. Primer congreso internacional de Salud Mental y DDHH. Organizado por la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo de Argentina

-Pichón Riviere, E. (1971). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomos I y II*. Buenos Aires. Editorial Galerna.

-Pichon Rivière. E. (1974). *Instituciones de Salud Mental en la Argentina. Respuesta a tres preguntas realizadas en mayo de 1974 por la Revista Los Libros,* disponible en: http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/instituciones_de_salud_mental.pdf

-Reglamentación Ley Nacional de Salud Mental. 26.657/2013

-Reglamentación Ley Provincial de Santa Fe. N°10.772/2007

-Rojas, Santimaria, Fevre (2014) Los dispositivos para alojar la urgencia en salud mental, desde la mirada de los profesionales psiquiatras y psicólogos que intervienen. Aacademica.org. Recuperado de <https://aacademica.org.ar> Buenos Aires. Fecha de acceso 30 de noviembre de 2017.

-Rosendo, E. (2011) Legislación y políticas en salud mental. El rol de las agrupaciones de trabajadores de la salud mental en el diseño legislativo e implementación de reformas en provincia de Santa Fe y Ciudad de Buenos Aires, en Actas de las Jornadas de Investigación de la facultad de psicología y Psicopedagogía del Salvador. Publicación anual del Instituto de Investigaciones psicológica de la universidad del salvador. Buenos Aires.

-Rosendo, E. (2014) IDEOLOGÍA Y REFORMA: LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica

-Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-035/525.pdf>

-Rovere, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)

-Sousa Campos, W. G. (2006), Gestión en Salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: lugar Editorial.

-Sáenz, I. (2015) Trabajo Final: "El rol del psicólogo en la atención primaria de urgencia en Salud Mental. Posibilidades de un abordaje interdisciplinario. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario, Rosario

-Stolkiner, A- Gomez, S. A. (2012). CONCEPTUALIZANDO LA SALUD MENTAL EN LAS PRÁCTICAS: CONSIDERACIONES DESDE EL PENSAMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL/SALUD COLECTIVA LATINOAMERICANA. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría, 2012 (en prensa) en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

-Stolkiner, A. (2001) *subjetividades de época y prácticas en salud mental. Actualidad Psicológica*, N°26. (239).

-Stolkiner, A. (2005) *interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental, I Jornadas Provinciales de psicología, salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Argentina.*

-Stolkiner, A. y Garbus, P. (2009). *Ética y prácticas en Salud mental. Fridman, p y Fantin, JC (comps) Bioética, salud mental y psicoanálisis. Buenos Aires: polemicos*

-Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007) *Atención Primaria de la salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. Atención Primaria de la salud: enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós.*

-Stolkiner, A. (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. Publicado en Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 2, número 4. Septiembre de 2012. En http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf

-Ulloa, F. (2011). *“Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás”. 1º Edición. Buenos Aires. Editorial Libros del Zorzal*

-Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social. (2009).
Cátedra: Salud Mental Y Prácticas del Campo. Prof. Titular: Médica Psiq. Silvia
De Riso Jefe de Trabajos Prácticos: Lic. Servicio Social: Ma. Mónica Jacquet.
Auxiliar Docente de 1era: Lic. En trabajo Social Ma. Eugenia Roland. Disponible
en:

http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccc/archivos/catedras/2010/Salud_Mental_PP_Campo/ficha_catedra2009.pdf.

--Valles Iris (2016) "Una ley construida colectivamente" Disponible en:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/12-53000-2016-01-27.html>

ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación, *“Ley Nacional de Salud Mental: conocimiento e implicancias sobre su nivel de implementación por psicólogos que se desempeñan en Atención Primaria de la Salud (APS) en instituciones públicas de la ciudad de Santa Fe”* que constituye el Trabajo Final para la obtención del título de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología, “Teresa de Ávila”

El Objetivo de la misma es, “Indagar y describir las modalidades en que se abordan las demandas en salud mental en instituciones de primer nivel de atención y su adecuación a las normativas vigentes de la ley nacional, indagando conjuntamente las vicisitudes del trabajo interdisciplinario. Quienes conforman la población de la presente investigación serán los y las profesionales de la salud y de la salud mental de la institución. El proceso de recolección de datos se realizará a través de entrevistas realizadas a mi cargo. Para ello me comprometo a asegurar la confidencialidad de la información así como a resguardar la identidad, el anonimato y la privacidad de las personas participantes. Este resguardo será garantizado tanto en la obtención, elaboración de la información como en la divulgación de publicaciones científicas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer las preguntas que necesite y en el momento que determine oportuno. Usted podrá acceder a los resultados de la investigación una vez finalizada solicitándomelo a mí y/o a la directora de la investigación.

Desde ya agradecemos su participación.

Nombre de la investigadora: Hotschewer Helga

Nombre de la Directora: Ps. Pallero Laura

CONSENTIMIENTO INFORMADO (El siguiente formulario debe constar de un único cuerpo).

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos y procedimientos de esta investigación denominada *“Ley Nacional de Salud Mental: conocimiento*

e implicancias sobre su nivel de implementación por psicólogos que se desempeñan en Atención Primaria de la Salud (APS) en instituciones públicas de la ciudad de Santa Fe” Y mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por la estudiante Helga Hotschewer.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo se me ha dicho que mis respuesta a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Nombre de la persona: ...

Firma: ...

Nombre del/de la responsable de la investigación: ...

Firma: ...

ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA ENTREVISTAS DE RELEVAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) EN LA CIUDAD DE SANTA FE.

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

-¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud, cual es la demanda?

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

-¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)?

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental? Si/No ¿Por qué?

-¿Cuáles serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

-¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

ANEXO 3: ENTREVISTAS

ENTREVISTA INSTITUCION "A"

ENTREVISTA A MEDICA GENERALISTA-COORDINADORA TECNICA

SEXO: FEMENINO

RANGO DE EDAD: 50-55 AÑOS

1-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

2-¿Cuál es el cargo que ocupa y su profesión? Para que calculo, pero 10 años, soy médico generalista y soy coordinadora técnica del centro de salud y tengo un cargo de 40 hs. mensuales

3-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el servicio? Bueno recibimos demanda espontanea del barrio, y derivaciones de otros efectores, la delimitación tiene que ver también con una zona de alcance, establecida por las calles para organizar , no te sabría decir exactamente cuales, si quieres puedes averiguar con Julio (administrativo)

4-¿cuáles son las actividades que ud realiza? hago todas las inherente a mi función, y a la demanda prevención, promoción, si el tratamiento de enfermedades prevalentes.

5-¿Qué otros profesionales trabajan aquí? Déjame pensar somos dos medicas yo generalista y medica psiquiatra, la psicóloga, la trabajadora social, enfermeras y administrativo

6-¿cuáles son para vos las tareas que responden a la atención primaria de la salud? básicamente y todo prevención y la promoción de la salud en todos sus ámbitos con la atención de la población a lo largo de toda su vida desde que nacen hasta el seguimiento longitudinal de la personas, el tratamiento de las enfermedades prevalentes enfermedades crónicas como diabetes o el acompañamiento en los estados finales de la vida pacientes oncológicos,

hacemos visitas domiciliarias con búsqueda activa de casos sospechosos de patologías que requieren atención inmediata o bloqueos por ejemplo un caso de tuberculosis o de dengue hacemos la búsqueda activa, o casos que no están cumpliendo con los controles adecuados por ejemplo las embarazadas o los niños que no hacen controles o que le faltan vacunas

7-¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es su funcionamiento? ¿Hay coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y / o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las practicas?

Yo soy la coordinadora técnica , con respecto a las reuniones de equipo, no en general utilizamos como todos los días el centro de salud se cierra a las 12 por el tema de la limpieza de 12:00 a 1:00 habitualmente aprovechamos a hacer algunas cuestiones administrativas que con la vorágine de la consulta permanente que no se puede hacer si no paras un ratito y en ese ratito nos pasamos la información del caso puntual y charlamos por ahí con quien necesitas, pero reuniones de equipo no ha funcionado no tuvimos buenas experiencias cuando las hemos hecho en algún momento y hemos intentado no hablábamos de nada , entonces nos resulto mas práctico cuando necesitamos algo directamente al mediodía para charlar.

8-¿Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Crees que es posible implementar los cambios que propone la ley ¿ que considera necesario realizar al respecto? Algo conozco, si se han implementado varios todavía están un poco lentos y perezosos sobre todo las internaciones de pacientes en los hospitales polivalentes que todavía hoy siguen rechazando porque el paciente tiene una patología que tiene que ver con su salud mental, pero fuera de eso creo que en general todo fue más o menos

¿Cuáles serían para ud los obstáculos en la implementación de la ley vigente de salud mental? No, yo creo que el recurso humano existe y esta capacitado en distintos ámbitos lo que esta , lo que veo difícil de hacer por lo menos quee hasta ahora no están funcionando del todo bien me parece son las casas de medio camino si bien después de la descentralización del mira y lópez se abrieron casas pudieron externar algunos pacientes me parece que no estamos encontrando todavía la cantidad de albergues que necesitamos y de recursos

edilicios para el tratamiento de esas personas que por ahí por ejemplo en este momento justo tenemos una señora en situación de calle que para nosotros es una NN y estamos empezando a investigar a ver que qué lazos familiares tiene pero sabemos que esa mujer tiene esquizofrenia de base sabemos que si esa mujer no está institucionalizada en algún lugar no hay forma de abordarla en cuanto al tratamiento médico entonces resulta un poco un obstáculo ver a dónde podemos alojar

-¿Ud cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental

-¿Y cuáles serían las estrategias que se deben implementar para sostener un trabajo interdisciplinario?

Para sostenerlo y me parece que es un poco el esfuerzo de cada uno, como todo laburo se cae si cada una de las integrantes no está empujando al otro y recordándole al otro porque justamente la urgencia o la demanda de la población de otras cosas por ahí hace que uno deje de lado estas cuestiones que no son tan urgentes a veces pero que requiere un abordaje a largo plazo entonces está bueno que cada uno de los integrantes esté recordándole a sus compañeros no solamente dentro de la misma institución sino fuera, con las escuelas u otras instituciones a veces pasa que los trabajos son incoordinados por esto mismo como no son urgencias a veces una institución toma una familia por decirte algo para trabajar con ella y a nosotros se nos ocurrió porque ahora se presentó la situación de empezar a trabajar con esta familia que resulta que el año pasado la escuela ya la había estado llamando y a veces se da a destiempo o sea cuando uno trabajo nosotros no podíamos porque estábamos con otra cuestión y ahora la institución está con otra cosa más urgente, entonces cuesta por ahí encontrar esos momentos eso no significa que lo dejemos de lado y que no lo hagamos

Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje en salud mental ¿Cuáles? ¿funciona alguno en este efector? ¿cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado? materia la tres y ahora estoy con los idiomas y el perfecto es decir ahora estoy con a ver si podría si

PSICOLOGA B.R.A

SEXO: FEMANINO

RANGO EDAD: 30-35 AÑOS

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

En este servicio y 14, 13 años y medio. Anteriormente en el Hospital Cullen, hice la asistencia de un año, hice la concurrencia de dos años y después hice reemplazo por seis meses

También Fui convocada a trabajar en un Equipo de Fortalecimiento que dependía de la Dirección de Salud Mental y fuimos quienes comenzamos a hacer conocer la ley de Salud Mental en las localidades pequeñas entre el año 2012 y 2013. O sea que empecé a trabajar en el sistema de salud pública en el marco de la ley de salud mental. Luego de unos meses desarrollando dicho trabajo estando como contratada como prestadora de servicios, finalmente quede en planta permanente

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

Soy psicóloga, 24 hs.

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

Bueno acá como se recibe la demanda es por territorio delimitado por calles, no sé específicamente cuáles son esas calles podrías preguntarle a de julio (administrativo) de esos límites.

-¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud? ¿Y que otros profesionales trabajan?

Bueno se ofrece la atención individual, hay psicología, trabajo social, médica clínica generalista pediatría hay otra medica generalista la tarde, hay una obstétrica que hace la parte de planificación familiar, odontólogo que solamente hacer la parte digamos administrativa extensión de certificado o de derivación a otros centros que tienen y que pueden intervenir porque acá no hay consultorio de odontología. Enfermería y creo que nada más. Bueno las actividades que yo realizas acá sería la atención de la demanda individuales más que nada, por ahí sí de pareja o familiares.

Si hacemos trabajo en equipo , interdisciplinario de casos ; eso se fue armando con el tiempo primero con la intención de generar el espacio de encuentro de los profesionales y ahora ya es algo natural, no es que hay un horario para reunirse o un espacio destinado a eso , es una práctica que se fue dando porque en un principio había dos turnos mañana y tarde , el pase de parte de enfermería y nada más , después cada uno hacia lo suyo, te estoy hablando de 2006 pero bueno lo que se fue generando un espacio de encuentro al mediodía, que es ese espacio que se cierra el centro para la limpieza y todos quedamos obligadamente circunscriptos a un espacio muy chiquito, bueno y ah ves si o si , ves y te acuerdas de lo que viste de lo que tenías que decir y hacemos pase de sala, de parte de clínica, se da naturalmente.

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

La prevención básicamente , el tratamiento se puede pensar en algunos casos como prevención , no es el más indicado es el más demandado y no siempre no siempre hay mucho que prevenir ya , lo que más hacemos es mas de segundo nivel , aunque no se entienda así o se piense de otra manera, porque trabajamos con situaciones donde lo que había que prevenir ya sucedió entonces hacemos como un trabajo más cómo de recuperación, de tratamiento , pero de prevenir la enfermedad es casi muy poco por muchas cuestiones .

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

Bueno para el registro de prácticas si se registran en la historia clínica familiar , en el sicap y yo tengo fichas , yo empecé antes que hubiera sistema que hubiera todo entonces tengo el vicio de las fichas , pero bueno el manejo del papel sirve tenemos en la mayoría de los casos historias clínicas familiares que las compartimos entre todos los profesionales , están numeradas yo los que atiendo hoy por ahí le agrego mi ficha o escribo en la historia clínica si es nuevo o que es lo que paso ficha

Bueno coordinador o referente si hay no de mi área, pero si general, es la médica generalista

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Yo creo que sí que se puede , por supuesto que se puede implementar, se requiere decisión política, porque todo lo que se quiere hacer a nivel de estado requiere de inversión económica para mí no hay otra alternativa. Decisión política y por ende se traduce en plata, se plasma en recursos

Y obstáculos en la implementación de la ley vigente de salud mental si si porque podríamos pensar los prejuicios de la gente pero en realidad con inversión económica eso todo se resuelve

Y situaciones que se ven a diario “Puedo mencionarte tres ejemplos de situaciones, como depositando al paciente en la localidad solo por el artículo de la ley. De muy mal modo según mi opinión

“A veces necesitamos por unos días, unas semanas, estabilizar a un paciente en un monovalente, solo como estrategia, y nos encontramos solos, porque no hay cama, no los toman, o están un día o dos y los largan así de modo bastante expulsivo y desde acá no podemos hacer nada

-¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)?

Si se realiza ,se trabaja mucho con juntada por ejemplo que depende de desarrollo social , ellos tienen un programa el nueva oportunidad también , hay una psicóloga ahí que trabajamos mucho con ella , con el caf, con la escuela santa lucía con el **arseno**, son derivadoras pero también trabajamos juntos , hemos hecho muchas actividades juntas, este está el colín también que se trabaja mucho el tema de nutrición con ellos, es más que nada referencia y contra referencia, el Hospital de Niños obviamente y ahora el Cullen, eso a nivel general no solo psicología y lo que tenemos también son cinco hogares que dependen de la Subse., que bueno con ellos la demanda es permanente.

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental? Si/No ¿Por qué?

-¿Cuáles serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Se hace imposible hacerlo de otra forma, trabajar de otra forma, es todo un tema porque bueno muchas profesiones , así como yo estudie psicología porque no me gusta ver sangre hay gente que estudio medicina porque no quiere saber nada con la locura , salvo que sea psiquiatra , hay toda una especialización que

se requiere , para mi si hay que prepararse en salud mental, no es lo mismo que te salga o tener buena onda que estar llena de prejuicios, pero bueno las herramientas bajan el tema de los prejuicios

Con respecto a estrategias que deberían implementarse para sostener el trabajo interdisciplinario del encuentro, que se yo, se me había ocurrido juegos pensaba

Y hay que tener en cuenta que trabajar en equipo no es posible siempre, ni con cualquiera. Es contar con otro pensar con otro, debatir, dividir labores. Orientar una práctica, una estrategia. El equipo es algo que se va conformando de acuerdo a los casos, pero algunos de los profesionales se mantienen, o se repiten, o están siempre. Reconocimiento de la práctica del otro, respeto a la formación y mirada del otro, con quien producir conocimiento, y problematizar los problemas sociales y subjetivos, los problemas inherentes a la salud en general. Entender que no es juzgar su trabajo individual sino poder lograr una mirada integradora

-¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

Personalmente no, en mi caso, sé que se ha implementado en otros lugares un montón de cosas pero bueno acompañado de recurso y decisión política, es muy difícil pensar la desmanicomialización, los proyectos alternativos sin respaldo económico imposible.

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Ehh , nosotras armamos uno que se tuvo que desarmar de huertas comunitarias que se tuvo que desarmar, con un programa de huertas urbanas de la

municipalidad que intentaba un poco eso pero bueno quedo sin aval problemas políticos, , hasta ahora no lo hemos podido reactivar, estamos esperando que cambie la gestión

Lo único que en el marco de orientar al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales se realizan “Charlas en las escuelas. Intervenciones puntuales, o aisladas, realizamos intervenciones como una estrategia de trabajo, eso se me ocurre en relación a lo preguntado.

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

Me parece que la ley hay que defenderla, pero es consiguiendo el aval económico, defender como se solicita un tomógrafo, recursos

Hay que darle lugar a la especificidad y trabajar en conjunto. Permite pensar y trabajar desde varias miradas y construir estrategias abarcativas, ampliadas

ENTREVISTA MEDICA PSIQUIATRA P.V

SEXO FEMANINO

RANGO EDAD: 50-55 AÑOS

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

Trabajo en este centro desde el 2005, anteriormente siempre trabaje en la provincia en el Mira y López haciendo guardias. Yo hago la parte de salud mental, por la organización del centro de salud, la nueva disposición es que los psiquiatras bajemos a los centros de salud yo tengo un área del Cullen y otra del Iturraspe que me corresponde a mí la atención

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

Soy Medica Psiquiatra, con un cargo de 24 hs.

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

Por áreas de residencia, por ejemplo los dispositivos son Guadalupe central, que abarca determinada área geográfica que lo delimita la provincia, yo tengo Dorrego, Guadalupe central, Setúbal, salvador del carril, todo del iturraspe del hospital madre, y del Cullen tengo Mendoza oeste y evita. Toda esa área geográfica es mía

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

Mira en realidad nosotros somos segundo nivel de atención que nosotros bajemos a los centros de salud es para que al paciente le quede cerca pero yo en realidad soy segundo nivel, Aps es la contención primaria, el médico de cabecera, la parte de psicología, cada núcleo, es decir yo trabajo con todos los equipos que están Aps, está el médico generalista, el clínico, está el odontólogo, y la parte de enfermería, y después estamos todos los especialistas, como segundo nivel de atención

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

Esta el servicio de admisión, están las secretarias que corroboran que el área programática corresponda al domicilio, primero se le asigna un médico de cabecera que coordine el tratamiento y de ahí se pueden pedir las interconsultas conmigo por ejemplo tienen turnos programados de acá a un mes, es más fluida la atención. Las prácticas se registran por Sicap.

Con respecto a reuniones de equipo, yo hago pero las reuniones de equipo de ellos son con más frecuencia, yo me reúno más con el equipo interdisciplinario, con la psicóloga con la asistente social, el referente, no puedo estar en todo porque no soy dios. Y al tener tantos centros a cargo me tengo que distribuir. El sistema de salud mental dice que es un equipo de trabajo interdisciplinario el que trabaja , pero después llama al médico ni al psicólogo, ni a la asistente social, voy yo a poner mi cabeza, y pongo mi sello; para mí Una de las dificultades con las que se chocan los integrantes del equipo de salud, surge en una entrevista de la médica psiquiatra donde manifiesta que en casos de intervención judicial la decisión recae exclusivamente en el medico, donde limita su estrategia de intervención, ya que considera que la opinión decisión e intervención de la psicóloga y la trabajadora social es de suma importancia para el abordaje integral del paciente. “mi saber tiene un límite, y es ahí donde entre al otro profesional a intervenir en pos de decidir sobre el futuro del paciente” es algo interdisciplinario , si yo siempre trabaje así , pero el que determina si el juicio crítico lo tiene bien o si no , esa es la médica, la psicóloga no puede medicar ; y cuando hacen esta nueva ley de salud mental determinan que el paciente puede elegir, decime que va a elegir un psicótico, que tiene voces de comando que le dicen que dios o el diablo le están diciendo determinada cosa, no tiene discernimiento imposible ese argumento. Entonces hay ciertas cosas que no están bien, hay cosas por las que yo obrego que yo las trabaje antes que este esta ley, si vos trabajas bien no vas a ser tan egoísta que vos vas a saberlo todo, hay cosas de psicología que no se hacer por eso derivo y de asistente social menos todavía. El equipo siempre se sustenta en eso en un equipo.

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental?
¿Qué considera necesario realizar al respecto?

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Yo considero primero que la desmanicomializacion que ellos particularizan no tiene fundamentos no tiene asidero medico ni orgánico ni científico, porque ellos

realmente nunca vieron un paciente psicótico descompensado, el cual esta agresivo, cuando lo traen temes que tirarte encima ponerle inyectable, esperar que baje, vos vas a internarlo con un paciente clínico al lado, hay cosas que no pueden ser que vos no podes exponer al otro, no vayas a un paciente descompensado , pensar en un paciente depresivo con intento de suicidio, paso en el iturraspe lo internaron en el tercer piso abrió la ventana y se tiro, porque no están dadas las condiciones para garantizar su integridad física. Hay puntos que están pésimos, dejar elegir a un adicto que se puede ir , derecho humano, pero hasta donde el derecho de uno y el derecho del otro, la particularidad es esa. Nosotros los psiquiatras estamos en contra, y en algunos puntos específicos como estos, pone en riesgo la vida del paciente y de la familia que no sabe que hacer con eso, porque el estado pone esta ley pero no pone la contención que necesita, el sustento atrás, es inimputable y donde va ¿ el individuo ocasiono un abuso sexual, donde va? No hay dispositivo, la falla es de fondo. Sabes que pasa, que ante la urgencia de la demanda y la falta de recursos, ya sea de capacitación del personal como de dispositivos de abordajes acorde a la problemática en cuestión. esos límites en el hacer lo dejan a uno sumergido en una situación de angustia, es permanente.

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿ Si/No ¿Por qué?

-¿Cuáles serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Si en todo se trabaja interdisciplinariamente, mientras cada uno respete su lugar, todos aportan, yo lo que hace el otro no lo se, yo admiro como trabajan las psicólogas, te dan un punto de vista que desde tu mirada no lo podrías ver , asique si es necesario.

Y para sostenerlo, mas allá del abordaje individual, yo lo veo para, la medicación el psicólogo lo ve para el abordaje personal y asistente social lo ve para evaluar la necesidad si requiere algún dispositivo, según la problemática. Ahora el equipo

interdisciplinario tiene que juntarse para que las tres visiones vayamos en coherencia, porque por ahí el paciente es una radio mal sintonizada , y te dice me dijo tal , y el otro le dijo otra cosa. Yo creo que tiene que haber comunicación, al no haber tanto recurso humano la comunicación tangible de persona a persona se complica, pero tenemos un montón de tecnología que esta buenísima.

-¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

Según las disposiciones , reglamentación de esta ley esta dada por un psicólogo , yo creo que si se va a hacer una ley de salud mental , tendrían que haber participado todos, desde el TO , el psicólogo, médico que implementa el tratamiento psiquiátrico , uno no puede determinar porque tiene su mirada , una sola mirada, ellos van por un equipo interdisciplinario y son tan déspotas de tener una sola mirada para hacer un protocolo, entonces están dissociadas, no esta mal , pero es una sola mirada, las TO no sabes como se quejan ,a ellas también le coartan todo, nos acusan de tener el don de la superioridad, cuando cada uno se pone en su lugar y hace fuerza para el mismo lado es una genialidad el equipo interdisciplinario

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Dispositivos en la provincia hay un montón, mas con toda esta modalidad esto del pañuelito no pañuelito, de los derechos de la mujer que se está bregando mucho más, en el centro de salud Dorrego que es nuevo se hacen charlas para mujeres y del niño de la discapacidad, viene gente en forma quincenal , vienen grupos de abordaje de afuera que se invita. Le dan herramientas para que se entiendan de forma más práctica y va muchísima gente, abordan la problemática de salud mental y derechos.

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

No está perfecto

ENTREVISTA A ENFERMERA A CARGO. N.M

SEXO FEMINO

RANGO EDAD: 55-60 AÑOS

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

Hola, en este Centro de Salud 8 años, anteriormente trabaje en Hospital Cullen

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

Enfermera, 30hs

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

La demanda llega del barrio, también tenemos derivaciones de otros hospitales , y la organización tiene que ver con las calles que delimitan la zona

-¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud, cual es la demanda?

La Demanda es mucha , bueno estamos nosotras, estoy yo y mi otra compañera , está la atención por la médica generalista , obstetra , psiquiatra, la psicóloga , trabajadora social, y un administrativo

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

La prevención y la promoción, creo que de eso se trata.

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿ cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

Bueno esta la admisión, recibimos la demanda y damos el turno correspondiente a la especialidad, hay un coordinador, en realidad es la médica generalista, y de las reuniones participamos porque se hacen en horario de corte , en el almuerzo , porque estamos ahí pero en realidad no tenemos mucho peso

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

Mmmm si un poco, creo que se necesita mas integración en nuestro caso y mas capacitación , además de recursos económicos

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Lo mencione en la anterior

-¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)

Si un montón se trabaja mucho con escuelas, con otras instituciones, otros hospitales

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿ Si/No ¿Por qué?

Si , creo que es importante , a veces se complica , creo que en el dia a dia se va dando , todos nos involucramos

-Cuales serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Por ahí algunos profesionales en darnos participación, , Nuestra función tiene que ver con el cuidado, como te dije antes cuando hablamos de la ley pero nos falta teoría y conocimiento, no nos han formado para eso y hacemos lo que podemos

-¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

Eso no me corresponde

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Algo en el mira y López , pero no se bien

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

No muchas gracias espero te sirva.

ENTREVISTA CENTRO DE SALUD INSTITUCION "B"

PSICOLOGA L.R

SEXO : FEMENINO

EDAD: 30-35 AÑOS

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

10 años en este servicio, en el Abasto, y 3 años en el centro de salud de San Agustín. Trabaje además para el estado en un programa de acompañamiento de testigos de la Nación de Derechos Humanos, unos meses. Después trabaje en una institución que trabaja con personas ciegas , una ONG.

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

Soy Psicóloga con un cargo 24 hs.

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

Hay una población que se llama adscripta del centro de salud, que es la población del barrio, que acude por cercanía, que hace toda su atención acá en el centro de salud y también viene al psicólogo. También funciona por transferencia, ya que por estar yo hace tanto tiempo acá , recibo por ejemplo a la prima de mi paciente que es de Loyola, yo en ese sentido no es que digo no vos no sos del Abasto, no te voy a atender , eso es una cuestión mía pero también está impulsado así desde la gestión , todos somos usuarios de salud, entonces es un poco población adscripta otro poco población por transferencia que empiezan a circular.

-¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud?

Bueno hay médico generalista, medico clínico, médico pediatra, trabajadora social, ginecología, dos psicólogas, enfermería con farmacia, bastante nuevo el servicio de kinesiología que esta buena por la rehabilitación; y admisión.

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

Bueno de manual yo te diría , prevención y promoción de derechos y de un montón de situaciones que hacen a un concepto de salud integral. Desde el trabajo con infancia, hasta el trabajo con mujeres, en violencia de diferentes tipos, con jóvenes. Pero el trabajo tiene que ver sobre todo en la posibilidad de poder anticiparse a cuestiones que hacen a la salud de la comunidad, para eso se trabaja en estrategias en equipo. Se sale al barrio, se trabaja aquí, pero

básicamente tiene que ver con tomar el pulso de la comunidad y ofrecer una respuesta lo más amplia e interdisciplinaria.

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿ cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

Hay un referente técnico, ese el cargo , se creó hace 3 o 4 años, para lo cual se concurso, acá es una psicóloga Guadalupe pero puede ser el medico

Con respecto al registro de prácticas, tengo mis cuadernos, pero a nivel oficial me olvido de registrarlo, es decir tengo registros personales, pero en casos complejos intervenidos por otros dispositivos como puede ser niñez, educación, justicia, en infancia en violencia de género, si evoluciono con historia clínica. Esos los casos que considero con mayor complejidad o intervenidos. Ahora que se debe hacer es evolucionar en las historias, subir al Sicap

Reuniones de equipo se realizan en forma quincenal o mensual

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Si conozco la legislación, no creo que se puedan implementar, creo que es una ley hecha para un país como Suecia, o sea es genial, pero es difícil de implementar por los territorios y los servicios locales o los servicios que hay en los barrios. O sea a lo que voy es que una ley , primero que ideológicamente estoy cien por cien de acuerdo , es una ley muy interesante , es una ley que corre el foco de los consumidores , a poder ayudar en esa mirada, eso me parece bárbaro pero las famosas redes de atención primaria , donde debería por ejemplo trabajarse adicciones o situaciones graves no existen por las condiciones de vulnerabilidad y pobreza que hay en los barrios

A nivel provincial hubo un replegamiento de los ministerios en territorio, lo único que quedo son las escuelas, la policía que no sirve de nada, al contrario y salud que en pocos barrios como en este tenemos suerte que hay capS. El resto lo que es la municipalidad y equipos de atención primaria, que son de violencia para infancia vienen dos veces por semana unas horas, no están todo el tiempo en el barrio, es muy difícil hacer redes. Hay programas de nueva oportunidad, pero son programas, la red que el estado debería poder sostener no está. La gente está con muchísima necesidad, los barrios están en condiciones de vulnerabilidad , con condiciones de vida insatisfechas, no hay agua no hay comida, de que red me van a hablar.

Esa es la opinión que tengo yo , esta re buena pero funcionaria en otro contexto , como la ley de infancia , no se condice ni con la estructura del estado ni con la realidad de la comunidad.

Además los recursos son escasos, ayer hablaba con la administrativa, todo lo que es la red del sistema de salud parte desde acá , vos sos la que tenes que decir que no hay turno , o que para neurología hay de acá a seis meses. De acá salen los turnos al cullen , al cemafe, al iturraspe, con una sola administrativa con pocos turnos.

Por eso digo que la ley esta buenísima, pero falta voluntad política de que esa estructura funciona tal cual dice la ley.

-¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)

Si normalmente te llaman de la escuela por algún paciente, o porque intervino la subsecretaria de niñez, se suele trabajar bastante en red.

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿ Si/No ¿Por qué?

-Cuales serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Si por supuesto primero por la multidimensionalidad del ser humano, creo que la interdisciplina es clave porque no se es solo una cosa, se esta inserto en una comunidad particular, en una sociedad particular, en un momento histórico particular, por lo tanto es clave la mirada mas integral para poder trabajar siempre con un pie en el lazo social y en la comunidad, por lo tanto es necesario y de hecho la estrategia mas interesante con pacientes con diversos padecimientos tienen que ver con la interdisciplina. Si vuelvo a reiterar que no existe la estructura para contener las problemáticas que nos llegan y esto esta como documentado, hablado y reunido y hay oídos sordos hace años por lo menos en la provincia, ni hablar en la municipalidad; bueno tiene asi sus dispositivos pero son totalmente insuficientes no son prioritarios

-¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

Mira yo práctico el psicoanálisis, es decir tengo una clínica psicoanalítica lacaniana totalmente inserta en la mirada comunitaria, siempre realice actividades fuera de la comunidad, talleres con mujeres con medicas con obstetras, siempre estuve mechada de todo esto, yo creo que eso es posible y esta buenísimo, lo que por ahí si tuvo una resonancia es que por ahí si nos llegan situaciones o te llaman del servicio de adicciones para derivarte un paciente, que como que la nueva ley diría eso , pero por ahí el dispositivo clínico solo no alcanza, tampoco hay otra cosa, funciona como una derivación , te mando al ppaciente no es para nada satisfactoreio eso porque para trabajar en adicciones es necesario contemplar la interdisciplina , la inserción comunitaria, como que eso puede ser que la ly haya propiciado este tipo de cuestiones , pero hay dispositivos que pueden estar existiendo y uno puede mandar ala gente a partir de la nueva ley.

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Puede llegar a existir los que se implementen desde el servicio de psicología en un centro de salud, es decir que se me puede ocurrir a mí armar una bibliotequita o cine para chicos y pido recursos y los dan, pero aparte de eso yo ese día atiende 20 pacientes.

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

Que quede claro esto, que la ley esta re buena, que ojala la legislación no quede en la letra muerta porque es muy interesante pero a ver también debe contemplar respecto de los profesionales, nosotros notamos que la gran mayoría de las psicólogos que estamos en territorio hace 10,12,15 años, un descuido total, no podes estar 10 años en el mismo barrio o en atención primaria, por ejemplo para contemplar algo mas de esto de cuidar al cuidador, respecto de nuestra misma profesión, yo tengo entendido que en Entre Ríos la ley de salud mental provincial contempla algo de esto, de lo que estoy diciendo, es difícil lograr traslados, a veces los traslados que te ofrecen son a otro centro de salud, dentro de la atención primaria, muy difícil moverse del dispositivo, creo que eso sería un punto a pensar a discutir, a trabajar , y genera un desgaste grande porque en estos sectores de trabajo hay mucho en juego que se pone, no es el trabajo del analista de asocie libremente, hay mucho de esto de humanizar que es una tarea que nos toca entre otras lleva a un desgaste, lleva a que se despierten puntos de angustia, hay que trabajar permanentemente en la supervisión porque es una clínica lo que hacemos acá, no es solo escuchar como en un dispositivo jurídico y derivar. Eso es un punto que no está trabajado.

INSTITUCION “C”

ENTREVISTA TRABAJADORA SOCIAL S.B

SEXO FEMENINO

RANGO DE EDAD: 30-35 AÑOS

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

Buenos días. Trabajo en el Centro de Salud de San Agustín desde septiembre del año 2007, o sea hace 12 años. Si, he tenido muchos otros trabajos antes: Participé de la RISAM del Hospital Mira y López desde el año 1991 a 1993, trabajé en administración de Obras Públicas durante 6 años, en el RIAM (Red Integral de Asistencia Mental), en la CO.TA.NE. (Comunidad de Ayuda a Niños Especiales), en Candilejas (un Centro de Día para personas con discapacidad profunda), En el Ente de la Reconstrucción, realizando tareas de acompañamiento en la localidad de Loyola Norte, como Coordinadora de la Subregión Norte de Salud. Nodo Salud Santa Fe.

¿Cargo que ocupa y su profesión?

Trabajadora Social de Salud Pública que cumpla funciones en el CAPS San Agustín. Soy Licenciada en Trabajo Social. Cursé las maestrías en Salud Mental, en Trabajo Social y en Salud Pública.

¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

El Centro de salud está ubicado en el barrio San Agustín. Este barrio está ubicado en el noroeste de la ciudad de Santa Fe e integra la subregión norte del Nodo Salud Santa Fe, dependiente del Ministerio de salud de la provincia del mismo nombre. Si bien el Centro de Salud está plantado en el barrio San Agustín, asisten al mismo, vecinos de los barrios San Agustín I y II, Las Ranitas, La Tablada y la Nueva Tablada.

¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud, cual es la demanda?

Esta organización institucional tiene objetivos de asistencia, de prevención y de promoción de la salud. Pretende ser la puerta de entrada al sistema de salud, es decir que forma parte de la red de servicios de salud que supone la atención y el tratamiento de las prestaciones de salud básicas y la detección y derivación a otros efectores de salud, operando como articulador en aquellos casos en los que la atención así lo requiera.

Se realiza un trabajo de vacunación es intenso. -Curaciones y atenciones varias. Provisión de medicamentos. Respuesta asistencial básica de las diversas áreas. Servicio brindado desde Kinesiología es excelente. Gestión de turnos a los distintos efectores de salud entre otras cosas.

¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

El trabajo en APS tiene múltiples facetas, es dinámico, flexible, con posibilidad de ser construido colectivamente cada día con una direccionalidad que pretende hacer de la salud pública, un bien disponible, accesible, posible de materializar a través del acceso a la atención requerida, al medicamento, al asesoramiento respecto de problemáticas cotidianas a la derivación protegida cuando fuera necesaria.

Mi trabajo es de atención directa en forma singular/ familiar, articulación con las organizaciones institucionales de la comunidad, relevamiento de los recursos disponibles (recursos de tipo cultural, recreativo, informativo).

¿Cómo está organizado el servicio? ¿cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

El Centro de Salud está abierto de 7 a 16hs. Cuenta con un equipo de salud integrado por 17 personas:

1 Admisionista, 1 Agente sanitario, 1 personal de servicios generales 4 enfermeros, 1 médico clínico, 1 médico generalista, 1 médica pediatra, 1 toco ginecólogo, 2 odontólogos, 1 asistente de odontología, 1 trabajadora social, 2

psicólogas. Se suman al plantel 1 instructor de Kinesiología con un grupo de estudiantes que van rotando cada mes y residentes de pediatría.

Las prácticas se registran en SICAP y en las Historias Clínicas individuales y algunas pocas familiares.

Hay un Responsable Técnico-administrativo que cumple tareas de coordinación, en el caso de San Agustín, actualmente esa función la cumple el médico clínico que lleva mayor cantidad de años trabajando en el Centro de salud. Si se realizan reuniones de equipo, actualmente son muy esporádicas, se estima una rutina quincenal, pero difícilmente se sostiene.

Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

Si, conozco la Ley de Salud Mental. Comparto la direccionalidad de la misma. Creo que la implementación supone muchas disputas discursivas y prácticas, porque implica un cambio de paradigma y una nueva institucionalidad, una forma distinta de relación y de lazo entre el equipo de salud y los sujetos con padecimiento mental, abre el juego circunscripto a "médico -paciente", supone equipo, interdisciplina, la creación de nuevos dispositivos, otra responsabilidad e interacción social. Por lo tanto, el camino por transitar es arduo.

¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Son muchos... Por ejemplo, la ley habla de que las internaciones deben darse dentro de hospitales generales y esto es muy difícil de lograr por resistencia del personal, de los profesionales...

la falta de dispositivos intermedios necesarios.... casa de medio camino entre otros...

Falta mucho de lo que es acompañamiento judicial... cuando hay derechos vulnerados en cuanto a propiedades y cobro de pensiones, que hay otras familiares o allegados que están usufructuando derechos...

Las respuestas acotadas y fragmentadas en lo habitacional, en la cuestión de la vivienda, en la cuestión de la alimentación, en la cuestión de desarrollo social. Las políticas sociales muchas veces no están pensadas desde la integralidad...

La dificultad en la actualidad para acceder a las pensiones nacionales...

Procesos de externaciones que se demoran y a veces se interrumpen por la dificultad para garantizar condiciones en el afuera... esos son algunos de los obstáculos que puedo mencionar.

¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)

Si procuro realizar un trabajo en vinculación con las organizaciones institucionales del barrio, fundamentalmente con el Centro de Acción Familiar, las escuelas del barrio que son 6. La defensoría zonal, el centro territorial de denuncias, el Centro cultural, la parroquia del barrio. Participo del Plan ABRE y de las mesas de gestión barrial del barrio Yapeyú y la Red de Organizaciones del barrio San Agustín.

¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿Si/No ¿Por qué?

Si, no sólo creo que es posible, sino que creo que es necesario, la interdiscipliniedad y el trabajo en equipo es la forma que adquieren hoy las intervenciones porque la complejidad de las problemáticas así lo amerita

-Cuales serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Y Tratar de posicionarnos cada uno desde su disciplina y cada uno con sus ópticas construir el caso, aportar una lectura

Las demandas actuales en el campo de la Salud Mental están atravesadas por una serie de cuestiones. Por esa misma complejidad nos debemos a un análisis de las posibles intervenciones. Intervenciones entendidas como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida

cotidiana de cada paciente, o de cada persona y nos lleva a tener en cuenta sus vínculos, sus lazos, la subjetividad en si subjetividad, y lo social”

¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

No soy Psicóloga, soy Trabajadora social, por lo tanto salteo esta pregunta.

¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Sí, tengo conocimiento de algunos unos pocos: El proyecto productivo Las Emilianas. Escuche mencionar El Faro, La Radio del Mira y López era un dispositivo interesante en algún momento, aunque desconozco cómo es su funcionamiento actualmente. En Paraná “El Entrevero” es un dispositivo del Hospital Escuela de Salud Mental de esa provincia... En su momento estaba al tanto de 2 casas de medio camino, pero les he perdido la trayectoria.

No en este Centro de Salud no funciona en este momento ninguno de manera institucional. Si hacemos abordajes de situaciones singulares complejas, algunas relacionadas con el campo salud mental

¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado? No.

ENTREVISTA PSICOLOGA G-M

SEXO FEMENINO

RANGO DE EDAD: 30-35 AÑOS

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

Acá trabajo hace 13 años, estuve contratada 5 años con un contrato de prestación de servicios dependiendo de la Dirección de Salud Mental y hace seis que estoy en planta, este mes termino porque pedí mi traslado a Arroyo Leyes o sea que estuve todo el tiempo trabajando en zona norte y ahora voy a tener otra experiencia en otra zona.

¿Cargo que ocupa y su profesión?

Psicóloga, cargo 24 hs .

¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

Múltiples tareas, con lo años vas aprendiendo un montón y vas viendo que la idea que uno tiene de la clínica y del trabajo clínico y de primer nivel, si no es interdisciplinario no es, yo particularmente tengo mucha sintonía con la trabajadora social, con la medica generalista, trabajamos con los pacientes que van circulando, nos juntamos por ahí a hablar de un paciente en especial, con

kinesiología también. Siempre uno no tiene que descuidar el lugar en el que esta y la función en la que esta, siempre desde la mirada desde la especificidad de su trabajo Pero después el vínculo, el conocerte con la gente hace que se abran muchas funciones, durante mucho tiempo el trabajo nuestro es de nexo de conexión porque esta todo como fragmentada las intervenciones y sobre todo cuando trabajas con especialidades que no están en el primer nivel , por ejemplo acompañamos a pacientes con cáncer a la quimio porque no entendía lo que la oncóloga le decía , uno hace este acompañamiento como una figura de traducción y de conexión.

Uno va generando espacios a partir de la demanda que va recibiendo y como se instalan los temas, salud no incluía violencia nosotros con la trabajadora social , cuando llegaba una mujer golpeada pasaba por enfermería, y la mandaban a la comisaria, nadie le preguntaba que le pasaba , entraba y se derivaba.

Uno se tiene que ir instalando a partir de los problemas específicos de la comunidad, este año fue la conflictiva de las muertes que van habiendo, cada vez mas cercano, la situación es mas cercana de personas que conocemos

Y en la función en primer nivel yo tengo una posición crítica que no todo puede ser abordado en primer nivel, eso no todo tiene que ser consensuado , no tiene que ser el no todo a partir de mi propia mirada, de que manera ponemos el límite, de que esto puede ser abordado esto no, forma parte de un consenso de un trabajo que tenga en cuenta las características del lugar , la región la zona tiene características específicas , el 100 por ciento no tiene obra social , la respuesta es el estado, acá nunca es suficiente lo que hagamos , como respondemos y de que manera es lo que hay que pensar y consensuar , no con un criterio delo mío personal que puede ser acertado pero no deja de ser mi criterio, hay mucho para trabajar y en tema de salud mental muchísimo porque nunca entra en agenda.

¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud, cual es la demanda?

Aca la demanda llega de forma espontánea , atiendo toda la demanda que llega, las derivaciones de la escuela que con el tiempo vas viendo que significan estas cosas, que pasa cuando un niño tiene una patología individual, niño con una estructura psicótica se trabaja en la escuela , el acompañamiento a la familia darle criterios a la mama , criterios de urgencia, eso lo trabajamos con el psiquiatra semanalmente, y después vemos, vamos trabajamos ambulatoriamente, y si lo ideal sería que uno tenga recursos y dispositivos que iría tomando a la necesidad del paciente, acá uno hace con lo que hay.

¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

El coordinar técnico hay pero esta de licencia actualmente, el medico histórico es referente del centro de salud

Con respecto a las reuniones de equipo, se hacen, bastantes distanciadas, se mezcla mucho para mi lo personal, con lo laboral, y después es difícil que las reuniones tengan como tema central el trabajo y no cuestiones personales, se produce un desgaste. en teoría tendrían que ser un poco mas , aca cada uno hace lo que quiere de la manera que quiere , y no hay una figura de autoridad de peso por lo menos en este centro de salud, entonces es muy difícil coordinar el trabajo en pos de un objetivo, se fragmenta. Aca hay un déficit y el impacto lo tiene la gente

Las practicas las registro por sicap , pero actualmente este es el único consultorio sin computadora , no tengo wi fi , me enoje y no registro nada. Tengo mis propios registros. Registro en historias clínica en casos puntuales, aca no hay historia clínica familiar.

¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)

Se trabaja mucho con el CAF , con las escuelas , un jardín provincial ,solar que es de la municipalidad, caritas sucias y después están los empa . hay conteste demanda de distinta índole

Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Si , las conozco , creo que lo que hace falta es decisión política y presupuesto, sin eso imposible ; y mas dispositivos yo digo aca tiene que haber un centro de día , o un espacio cultural que pueda alojar a los pibes, que haya mas espacio de deporte , de apoyo escolar , que se pueda entrar de distintos lados

No hay cargos, no hay plata, te acostumbras a trabajar con lo que hay , los lazos se están fragmentado cada vez mas por eso lo comunitario esta costando instalarse , porque es con mucha conflictividad , no hay organizaciones civiles, no hay otros con los que trabajar, antes el estado tenia mucha mas presencia , un equipo de la subse estaba en el caf, había psicóloga abogada un equipo territorial de la subse, aparte del equipo del caf, hacíamos las visitas juntas, cuando se retiraron del territorio , se fueron al centro chau,

¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿Si/No ¿Por qué?

-Cuales serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Primero generar espacio de encuentro de los profesionales, sino imposible la interdisciplina armar como una red, porque a veces depende del caso articulas

con uno o con otro pero que este armado estos espacios es difícil, por ejemplo yo me tengo que acercar al hospital es muy difícil que el psiquiatra venga al centro un ro de salud, es un esfuerzo de uno para generar la interdisciplina , interdisciplina que estamos pensando en la construcción del mismo objeto , a veces no es eso es interconsulta ,la interdisciplina implica otro trabajo no que me encuentre con vos y nos pongamos de acuerdo , implica un plus mas , entonces muchas veces no se logra eso , pero si hemos logrado acá en el centro trabajar entendiendo que me quiere decir el otro , es sentarte y discutir , ver el problema de diferentes lugares , respetándonos y tratando juntos de armar algo que contemple todas las miradas, que es mas interesante el trabajo; yo aprendí un montón con kinesio el nos enseñó mucho , con la médica generalista también , antes eran todos clínicos, es distinta la mirada.

-Cuáles serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

Si porque la ley es un marco y uno puede reclamar en función de ese marco, yo puedo ir a la dirección y reclamar por el acompañante terapéutico y yo lo necesito, por supuesto que uno después de encuentra con los limites, y que esto no es problema de salud, no entra salud mental

También esto no hay dirección de direccionalizar, hay mucha dificultad para hacer acuerdo

¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como

abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Si en el mira López , la Emiliana , después esta la ludoteca , en el centro no funciona ningún dispositivo pensado, si trabajamos con nueva oportunidad hacemos reuniones, damos charlas , el tema es que no queda tiempo no queda resto porque la demanda es tan alta no queda espacio , ni energía.

¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

Si que considero que hay que reforzar el trabajo comunitario. No hay promoción de salud. Falta compromiso profesional, voluntad política. No puede ser que salud mental no esté en la agenda de salud, eso dice mucho. Estamos solos como Equipo de Salud o profesionales de la salud ante problemáticas que son amplias. Queda de manifiesto en lo dicho por una psicóloga la ley es sumamente interesante pero la letra es una cosa y la puesta en práctica es otra, ahí hay un vacío enorme.

INSTITUCION “D”

ENTREVISTA PSICOLOGA L.S

SEXO FEMENINO

RANGO DE EDAD: 30-35 AÑOS

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

Trabajo en el centro de salud de LAS LOMAS DESDE EL 2016, 4 años casi antes de eso trabaje en un centro de acceso a la justicia, dependía del ministerio de justicia de la nación, no era desde salud pero si tenía como una implicancia en el primer nivel de intervención, porque era un centro de acceso a

la justicia que estaba en el territorio en el barrios los hornos y la idea no era desde salud pero si desde justicia poder tener un acceso a derechos, costaba instituirlo en el lugar, por los trabajadores por la dinámica de la gestión pero como idea era superadora

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

Psicóloga, 24 hs. y depende de la dirección de salud mental

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

-¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud?

Las lomas es un barrio que está ubicado en el noroeste de la ciudad de santa fe, esta atrás de barrio cabal, por una calle que lo separa que se llama camino viejo a esperanza. Va desde estado de Israel hasta calle espora y de ahí son 20 cuadras para adentro que se divide por pasaje que sería hasta el sexto pasaje de las lomas .

Dentro del centro de salud, el trabajo lo hacemos entre todos como podemos, si están definidas por especialidades esta la médica que es generalista, una médica pediatra una clínica, dos enfermeras , una agente sanitaria , un administrativo , una trabajadora social , un odontólogo y yo

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

En realidad me preguntaste antes por las demandas este centro de salud tiene como un particularidad que por un lado atiende todos los días con turnos para las especialidades médicas , entonces tenes por un lado el control del niño sano , control de embarazo y nacimiento eso lo ve la médica generalista y la pediatra y después por otro lado las consultas de adolescentes y adultos lo realiza la

médica clínica en realidad son consultas mas espontaneas, son consultas que están mas ligadas a enfermedades, a molestias cotidianas que generalmente siempre se ingresa por enfermería se hace una primer revisión y un primer control a esas demandas que vienen de manera espontánea se hace una evaluación y si es necesario un control médico , el medico lo atiende, eso por un lado y por otro lado el trabajo que hacemos la trabajadora social y yo , nosotras nos manejamos con una lógica que es desde lo comunitario , tenemos una apertura a la comunidad que se viene sosteniendo hace bastante tiempo, trabajamos con la modalidad de talleres , hace dos años que venimos articulando esa propuesta con Nueva oportunidad, es la única posibilidad que tenemos en relación a los jóvenes sobre todo, intentamos con la atención primaria que tiene un poco esto que es la cercanía en el territorio, entonces a partir del diagnóstico que hicimos del territorio, que es de difícil acceso, con conflictivas sociales muy grandes en relación a la violencia , donde los jóvenes no tenían ninguna afiliación institucional a ninguna una institución educativa en los primeros años, donde había un nivel de consumo muy grave , si nosotros nos seguíamos posicionando en una atención meramente clínica por ejemplo en salud mental más ligado al consultorio no íbamos a recibir ningún tipo de demanda o muy pocas, en realidad es un centro de salud que si vos te pones a pensar en la demanda de psicología es por la escuela no una demanda espontanea, esto al principio después se fue generando un espacio para poder usar la palabra, pero al principio te encontrabas con situaciones que tenían que ver con salud mental con derivaciones o que tenían que ver con salud mental pero se presentaban en situaciones de acto, situaciones de violencia, las consultas eran de urgencia , no era vengo para hablar con la psicóloga , era consultas de urgencia que entraban por la guardia que tenían que ver con situaciones de angustia por ejemplo por un tiroteo tenías una mama desbordada o situaciones de violencia o de abuso, era como todo a partir de la urgencia ya, era como una cuestión más de guardia, no eran vengo para hablar con la psicóloga, entonces a partir de ahí empezamos con los talleres , todas las demandas que nosotras recibíamos de no tengo trabajo , situaciones de violencia, empezamos , nos encontramos con estos chicos dos veces por semana, y desde ahí vamos haciendo el seguimiento de la situación. Por otro lado también tenemos otros espacio con niños que empezó como un lugar de juego, de dibujo, una cosa mas pedida por ella que oficiada

por nosotros y ahí creamos el taller de títeres que es dos veces por semana, vienen dos titiriteros, y vamos elaborando de manera espontánea lo que va saliendo a través del juego lo que pasa, eso nosotros entendemos que es atención primaria de la salud , porque entendemos que es un trabajo con la comunidad a poder ofertarle algo que le permita armar su cotidianeidad , tener su referencia semanal con el equipo, y de ahí se desprenden consultas y demandas de todo tipo.

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿Cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

Buen creo que en la pregunta anterior te conste un poco esto de la organización con respecto a la coordinación , si tenemos coordinador es la Mary, una enfermera que hace muchísimo que está en el centro de salud que cumple una función de coordinación a nivel formal, porque la verdad que es un equipo que se maneja con cierta autonomía en relación a una coordinación , en realidad como que es entre todos y más horizontal, esto no significa que sea ideal sino que hay un compromiso de los trabajadores por cumplir sus tareas, como estamos en un territorio adverso y nosotros tenemos síntomas de que no damos más, nos vamos acompañando solidariamente,

Reuniones de equipo , pocas cuando la intentamos sistematizar , era muy difícil cortar la demanda, cortar la atención, cortamos no se atiende, el centro funcionaba hasta mediados del año pasado de 7 a 14 hs , pero hubo un tiroteo donde ingresaron armados al centro de salud, y como la dinámica del barrio al mediodía cambia totalmente nosotros decidimos cortar la atención a las 13 hs , entonces ahí lo que sucede es que se dificulta cortar, hoy llegamos hicimos esperar un rato a la gente nos juntamos todos , es como algo que se arma informal, es muy difícil sistematizar un trabajo

Registro de práctica, las consultas medicas están registradas en el sicap, en el centro de salud hay una sola computadora, wi fi con mala señal , a partir de eso se dificulta mucho el registro vía sicap, algunos médicos lo hacen en su casa , yo hago registro con ficha , y es un registro mas clínico de las consultas de los talleres , mas narrativas, es algo que no tiene un peso en relación a estadística

sino que es una lectura de la práctica, y la trabajadora social tiene la misma dinámica que yo , priorizo y cuando tengo tiempo libre no tengo ganas

-¿Se realiza trabajo articulado con otros actores del barrio (instituciones educativas o de otros ministerios, intermedias)

Desde que yo empecé a trabajar una de las primeras experiencias que tuve , fue el plan abre, que unía lo municipal y provincial para lograr mejoras para el barrio, empezaron a armar una red barrial , que se fue desarticulando por la falta de respuesta que había de la demanda, después hay una escuela san Martín de Porres, que es privada y después hay un solar municipal, interministerialmente articulamos mucho con el área mujer de la muni igual que con la subse, es muy compleja la articulación , después trabajamos con Nueva oportunidad, que depende del desarrollo social , trabajamos con la sede territorial yapeyu , articulamos con defensoría pública bastante , pero todas las articulaciones las hacemos nosotros, acompañamos a la gente , somos el nexo que tiene a la comunidad con acceso a otros derechos o instituciones , también con hospitales y cemafe, somos el teléfono del barrio

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Obvio que conozco la ley y en relación a eso tengo varias contradicciones, porque planteo yo que del texto de la ley al contexto de lo real hay una brecha muy grande, como otras leyes que existen en la actualidad, en realidad hoy el primer nivel de atención es una puerta de entrada de un montón de demandas y situaciones, que si en el territorio no están articuladas con instituciones , con otras intervenciones que impliquen área laboral, área cultural, ministerio de desarrollo de justicia, no tiene eficacia porque lo único que hacemos en todo

caso porque esto no sucede porque por mas que se hicieron esfuerzos , esos esfuerzos no fueron suficientes en un territorio que esta tan desbastado , terminamos los trabajadores desde una apuesta de implementación de la ley escuchando un montón de demandas que no tenemos las herramientas para poder canalizar , resolver dar curso , si bien la ley , te diría por ejemplo con lo que son las internaciones , o las intervenciones por consumo , no tiene sentido, todo lo que nosotros hemos articulado con las propuestas a nivel salud desde segundo nivel de intervención para propiciar una internación por consumo no han tenido eficacia, lo que no tiene eficacia es el dispositivo no la ley, el territorio hoy pide otra cosa, en realidad yo estoy de acuerdo con la ley pero entiendo que si no existe una voluntad política y un estado municipal que pueda garantizar realmente el acceso a algunos derechos básicos es obsoleta se queda en el papel de la ley. Mira Trabajar en salud mental lleva tiempo, trabajo en terreno y trabajo de elaboración, lectura, reflexión, es una ardua tarea.

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿ Si/No ¿Por qué?

-Cuáles serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Si creo que no se puede trabajar si no es de forma interdisciplinaria es interesante cuando uno lo percibe en el cuerpo como trabajador , cuando trabajas solo y cuando trabajas con otros, cuando trabajas con compañeros que son copados, que hay un nivel de compromiso en la escucha en el trabajo a poder plantear una línea de intervención y sostenerla en el tiempo , en poder tener diferentes miradas en relación a algo , en poder parar para pensar, eso fortalece una intervención , esos fortalece a los trabajadores nos sostiene, en territorio, si eso no existe obvio es casi imposible hacer algo

-¿Con respecto a la práctica del psicólogo considera que ha habido modificaciones a partir de esta nueva ley?

Y yo empecé a trabajar cuando la ley ya estaba en vigencia entonces no te podría decir, el barrio siguió siempre con la misma lógica, solo cambio el gobierno. Yo por primera vez estoy escuchando en el juego prepara una merienda, los niños están simbolizando en el juego hambre, entonces es básico. Creo que si hoy nos ponemos a pensar que la ley de salud mental lo que plantea es que la salud mental tiene que ver con bienestar no solo con lo mental , y que implica salud de manera integral bueno estamos en territorio atravesado por lógicas del terror, por el hambre por la desocupación , entonces planteamos de verdad, es algo que me interpelo todo el tiempo, terminas usando tu subjetividad de forma heroica en representación de una ley a la que estas representando o a un cumulo de ideas pero que te deja desbastado

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Yo creo que en este territorio la articulación con estos talleres que importante, hay un equipo intermedio que acompaña a jóvenes que tienen problemas con la justicia , después nuestros dispositivos son artesanales , yo creo que la puesta comunitaria en salud es lo más interesante es lo más lindo, pero no puede quedar solo en eso , tiene que ser trabajo comunitario que incluya un montón de accesos que son necesarios

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

No creo que más o menos esta.

ENTREVISTA A TRABAJADORA SOCIAL C.S

SEXO FEMENIN

RANGO DE EDAD: 35-40 AÑOS

-¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? ¿Ha trabajado en otro sitio anteriormente?

En el centro de salud va a hacer tres años en enero, anteriormente , la semana que viene va a hacer 15 años que me recibí, me recibí muy joven, primero estuve en Paraná trabajando , estude ahí y trabaje en el consejo Provincial del menos, que ahora es el COnaf, después trabaje en una escuela especial y en el 2010 me vine acá a santa fe y trabaje en una institución que se llama sede territorial Acería, cuya dependencia es del Ministerio de Desarrollo Social, sería como la descentralización del Ministerio en distintos distritos de la ciudad y la sede era una de ellas, y después en enero del 2017 me fui a las Lomas.

-¿Cargo que ocupa y su profesión?

Licenciada en trabajo Social, cumplo 30 hs, porque todavía tengo el cargo que depende de Desarrollo Social, y allí se nos hizo una equiparación a la ley de profesionales, que no es tal en términos de dinero y condiciones de labura, entonces tenemos un reconocimiento profesional, pero las horas siguen siendo 30, y yo me voy con ese cargo a salud, me gustaría tener menos horas de trabajo, estar equiparado a lo que son los profesionales.

-¿Cuál es el área de alcance, las zonas que abarca el centro de salud?

-¿Qué tipo de actividades se realizan aquí en este centro de salud?

En realidad nosotros somos un equipo de diferentes disciplinas, trabajo con la psicóloga, con la agente sanitaria , con la enfermera , con algunas médicas, entonces si bien hay cuestiones específicas al Trabajo Social , como que el laburo tratamos siempre de hacerlo en equipo y trabajamos en un contexto de extrema vulneración social de accesos y derechos , por lo que requiere que todo lo que venga o lo que llegue sea laburado en equipo, es imposible poder pensarlo en soledad más allá de cuestiones específicas, lo que sería mío es el derecho a la asistencia , tramites vinculados a una ayuda económica, el tramite del DNI, cuestiones muy mínimas , pero situaciones más complejas las laburamos en equipo

Y también con respecto a mi función Realizar entrevistas al paciente, familiares, amigos, allegados. El trabajo con referentes del paciente, por ejemplo profesor de algún club. Las posibilidades de construir conjuntamente con el paciente la inserción a algún espacio social, alguna actividad. Considerando y dando preponderancia a la socialización, concibiendo que la misma produce salud y fomentando de alguna manera esos lazos sociales que refuercen la pertenencia del sujeto y por ende su identidad.

Ofrecemos acompañamiento, seguimiento, espacio individual de psicoterapia. Si el caso es por niñez trabajamos conjuntamente con el equipo de la Subsecretaría de Niñez, aunque deja en claro que, ahora que se fueron del barrio es más difícil la comunicación y el trabajo conjunto

-¿Cuáles son para Ud. las tareas que responden a la APS?

Y la APS es una construcción, es lo que hacemos cotidianamente en un contexto particular donde el centro de salud, si bien no es la única institución que hay, es la más fuerte en términos de representación del Estado, ahí en el barrio hay una escuela que tiene gestión privada, hay organizaciones sociales a través de los sin techo, pero bueno como que nuestro laburo ahí tiene que ver con una cuestión comunitaria y con lo que se va construyendo

Si bien las personas que van al centro por una atención puntual, por ahí nosotros invertimos eso pensando en APS y en poder trascender la cuestión de la demanda de lo que fuera y empezar a pensar otras cuestiones, a partir de las demandas más vinculadas a la salud –enfermedad y que vuelta le podemos dar a eso

-Respecto a las legislaciones en salud mental ¿las conoce? Si/No ¿Cree que pueden implementarse los cambios que proponen las leyes de salud mental? ¿Qué considera necesario realizar al respecto?

-¿Cuáles serían para Ud. los obstáculos en la implementación de la vigente de salud mental?

Conozco la legislación, no a fondo pero si se de la ley de salud mental y de lo que implica en términos de materialización. Me parece que la ley es muy interesante en su letra pero estructuralmente el sistema , al menos el Provincial, si bien hizo algunos reacomodamientos no está preparado para lo que implica la ley de salud mental y si así estuviera preparado en términos de infraestructura también hay cuestiones vinculadas a movimientos institucionales de recursos humanos de poder pensar en otro tipo de intervención y quizás eso es como lo más difícil en términos políticos, no hablo de político partidario sino en términos de transformaciones que no siempre tienen que ver con esta o tal cual sala , sino que dispositivos se van generando en función de ese colectivo que es parte de esta estructura que hablamos . Si bien estructuralmente hay cuestiones que faltan pienso en algunos hospitales vinculados a la salud mental, pero también si así estuvieran garantizadas las cuestiones mas estructurales , me parece que también hay una resistencia por parte del colectivo profesional, de buena parte, en algunas cuestiones que plantea la ley que son las más interesantes.

Y como obstáculos podría señalarte “Falta recurso humano, acá considero que es necesario un trabajador social específico para cuestiones de salud mental.

Falta un cambio ideológico que hay que trabajarlo con promoción, participación ciudadana, inclusión.

Falta trabajo hacia adentro del Equipo, repensar las especificidades, las intervenciones, tal vez contar con un abogado como asesor externo”

Nos pusimos a trabajar a la ligera. El sistema de salud no está preparado, la sociedad tampoco lo esta, los estigmas, e ideologías no cambian tan

rápidamente. El rechazo está presente. Por eso veo dificultades en la implementación

-¿Ud. cree que es posible el trabajo interdisciplinario en el abordaje de las problemáticas asociadas a la salud mental ¿ Si/No ¿Por qué?

-Cuáles serían para Ud. las estrategias que deberían implementarse para poder sostener un trabajo interdisciplinario?

Yo desde siempre trabaje con otros, no pudiera pensar mi trabajo sola, uno porque sería como un suicidio cotidiano, nosotros no solamente laburamos situaciones desde diferentes miradas interdisciplinarias sino también esto de compartir, de reírnos, cuestiones que también tiene que ver con el trabajo y que no las puedo pensar si no es con otro , es como un implícito obligado si o si intervenir en situaciones con otros y no solamente profesiones, con el otro que intervenimos también recuperamos saberes, el tiempo de los otros, muchas veces tenemos intervenciones pero nos olvidamos del sujeto.

También, considero que hay ausencia de espacios y de tiempos de reflexión, de discusión, dificultades en encontrarnos y pensar lineamientos, estrategias. Lo justifico por la demanda excesiva y los pocos recursos humanos que estamos trabajando en esto. Trabajamos la mayor parte de tiempo embarulladamente. El trabajo en Equipo de por si no es fácil

-¿Cómo está organizado el servicio? ¿ cómo es el funcionamiento? ¿Hay un coordinador y/o referente? ¿Realizan reuniones de equipo y/o de trabajo clínico? ¿Cómo son los registros de las prácticas?

Hay un referente técnico, acá es una psicóloga Guadalupe

Con respecto al registro de prácticas, tengo mis fichas, debería subir al sicap lo hago con casos complejos

Con respecto a las reuniones de equipo nosotros el año pasado hicimos una supervisión que fue bastante interesante, hubo resistencia somos 11 o 12 compañeros, y fue bueno a partir de estos circuitos de violencia que forman parte de lo cotidiano del barrio y dijimos bueno basta , empecemos a pensarlo un poco , si el centro de salud tiene que estar en este lugar, donde tiene que estar , y para mí fue re interesante porque en la cuestión de reunión de equipo como que los temas son siempre los mismo , los turnos y como que cuesta trascender eso y por ahí son tediosas.

A veces sin pensarlo se generan reuniones de equipos que son mucho más interesante que estas pautadas, se generan y estamos todos, la semana pasada hicimos una reunión sin planificar y empezamos a laburar cosas y eso fue mas interesante, pero nos cuesta mucho , creo que hay ahí como una resistencia de poder quedar expuesto , de poder separa que lo que planteamos ahí tiene que ver con lo laboral y no ponernos a evaluar como es uno profesionalmente

.

-¿Tiene conocimiento de dispositivos que tengan como propósito el trabajo comunitario, la restitución de derechos y la promoción de los lazos sociales como abordaje de salud mental? ¿Cuáles? ¿Funciona alguno en este efector? ¿Cuáles son sus características? ¿Cómo funciona?

Si, no en el centro pero se del Mira y López que hay una parte de hospital escuela, que hay estudiantes que están haciendo su residencia en psiquiatría y por ejemplo van a hacer experiencias en el centro. También hay en el mira dispositivos en relación a niñez, mas lúdico, donde a partir de lo lúdico se puede laburar cuestiones de salud mental.

-¿Hay algo que quisiera decir y no he preguntado?

No... creo que no... igual para lo que necesites puedes contactarme

ANEXO 4: LEGISLACIONES

LEY 26.657 SALUD PUBLICA Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones Complementarias.

Derógase la Ley Nº 22.914 HONORABLE CONGRESO DE LA NACION
Sancionada: 25 de Noviembre de 2010 Promulgada: 02 de Diciembre de 2010
Publicada en el Boletín Oficial el 03 de Diciembre de 2010 Defensoría General
de la Nación <http://www.mpd.gov.ar> Fuente: Infoleg (<http://infoleg.mecon.gov.ar>)
Página del documento:
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> 09 de Agosto de 2012 Defensoría General de la
Nación – www.mpd.gov.ar Página 2 El Senado y Cámara de Diputados de la

Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Capítulo I Derechos y garantías ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas. Capítulo II Definición ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios

de salud. Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 3

ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. Capítulo III Ambito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley. Capítulo IV Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 4 l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su

intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades

fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 5 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.

Capítulo VII Internaciones ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente

psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria. ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley. ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 6 garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley. ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan. ARTICULO 20. — La internación

involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe: a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley; b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o; c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de

una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 7 artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal. ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada. ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley. ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos. ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos. ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de

salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema. Capítulo VIII Derivaciones ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 8 presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona. Capítulo IX Autoridad de Aplicación ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos. ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de

salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio. ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país. ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados. ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización. ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio. ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X Organismo de Revisión ARTÍCULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organismo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 9 ARTÍCULO 39. — El Organismo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. ARTÍCULO 40. — Son funciones del Organismo de Revisión: a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley; e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes; f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades; h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación; i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos; j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental; l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas

sentencias. Capítulo XI Convenios de cooperación con las provincias ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán: a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley; Defensoría General de la Nación – www.mpd.gov.ar Página 10 b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades; c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley. Capítulo XII Disposiciones complementarias ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil: Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible. ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad. ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914. ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público. ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO

ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE
NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ. — REGISTRADA BAJO EL N° 26.657
— JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. —
Juan H. Estrada.

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE LEY:
LEY PROVINCIAL DE SALUD MENTAL N° 10.772/91**

ARTÍCULO 1. - Derecho al tratamiento. Condiciones - Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación. Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. Las personas tienen derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo los casos en que así lo disponga la autoridad judicial en la forma prevista en la Ley.

ARTÍCULO 2. - Derecho a ser escuchado, informado y a su intimidad - La persona que padeciere sufrimiento por, o en su salud mental, y esté en tratamiento, deberá ser escuchada y tenida en cuenta en sus opiniones. Deberá ser informada a su vez, por el profesional, sobre el tipo de tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación. Asimismo será preservada de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones, de la divulgación de su conducta y de la revelación de los sufrimientos que padece, resguardándose su intimidad de toda intromisión innecesaria.

ARTÍCULO 3. - Requisitos de la internación - Sólo se permitirá la internación en establecimientos de salud mental públicos o privados bajo los siguientes requisitos: a) Que el propósito no sea otro que el tratamiento de la persona que padeciera sufrimientos por, o en su salud mental. b) Que las circunstancias del caso no permitan el uso de otra alternativa menos restrictiva de la libertad. c) Que el establecimiento donde tenga lugar la internación disponga y brinde un programa de tratamiento adecuado. d) Que esté orientada a la recuperación de la salud del internado y a su egreso en el tiempo más breve posible. e) Que sea solicitada o dispuesta por las personas previstas en el artículo 4 de esta Ley y en las condiciones fijadas en cada caso.

ARTÍCULO 4. - Personas autorizadas para proponer, solicitar o disponer la internación - a) Podrán proponer la internación, en los establecimientos de salud mental, como parte del tratamiento, los profesionales de la salud bajo los recaudos establecidos en esta Ley. b) Podrán solicitar la internación: 1. El propio interesado y/o su representante legal. 2. En caso de urgencia, las personas enumeradas en los incs. 1° al 4° del artículo 144 del Código Civil. c) Podrán disponer la internación: 1. La autoridad judicial, en los supuestos y con los

recaudos establecidos por la Ley. 2. La autoridad policial, bajo idénticas condiciones. ARTÍCULO 5. - Internación propuesta por el profesional en salud mental - En caso de considerarlo imprescindible para el tratamiento el profesional podrá proponer la internación de la persona afectada contando al efecto con otro dictamen profesional que indique la internación necesaria en los términos de la presente Ley. La internación quedará sujeta a la resolución que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de iniciada adopte la Dirección del establecimiento. ARTÍCULO 6. - Internación a solicitud del propio interesado o su representante legal - En los casos de internación voluntaria, el interesado a su ingreso suscribirá la solicitud de tratamiento junto con el profesional consultado. Además se deberá contar con dictamen escrito de otro profesional que indique la internación como necesaria en los términos de la presente Ley. La internación quedará sujeta a la resolución que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de iniciada, adopte el Director del establecimiento. ARTÍCULO 7. - Internación dispuesta por autoridad judicial - Las internaciones dispuestas por la autoridad judicial deberán ser implementadas por escrito. La solicitud de tratamiento deberá ser confeccionada y suscripta por el profesional pertinente en el momento del ingreso. El Director informará por escrito al Juez sobre la situación del internado a cabo de los primeros siete días y posteriormente, respecto a su evolución, con una periodicidad no mayor de treinta (30) días. ARTÍCULO 8. - Internación dispuesta por la autoridad policial - Sólo excepcionalmente la autoridad policial podrá promover la internación satisfaciendo en tal caso todos los recaudos establecidos por la Ley y acompañando copia de las actuaciones producidas, debiendo continuar prestando colaboración a los efectos de la identificación de la persona y sus familiares para el oportuno aviso a éstos. Al producirse el ingreso, el profesional que corresponda confeccionará y suscribirá la solicitud de tratamiento pertinente. El Director del establecimiento informará sobre la situación del internado por escrito a la autoridad judicial del caso, dentro de la veinticuatro (24) horas posteriores al ingreso, con copia de las actuaciones policiales, dictamen profesional producido y tratamiento aconsejado. De no mediar orden judicial disponiendo mantener la internación, el Director reiterará la comunicación y si dentro de los tres (3) días siguientes no recibiera notificación alguna al respecto, podrá disponer el inmediato cese de la internación, poniendo en conocimiento de ello al internado y a la autoridad judicial. ARTÍCULO 9. -

Solicitud de tratamiento, Historia Clínica - La Dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada Internado en la constará, al igual que en la solicitud de tratamiento, sus datos personales y los de su representante ante la Institución, el motivo de la consulta o internación, aproximación diagnóstica, programa de tratamiento propuesto, técnicas a emplear, tiempo de internación previsto, y fecha de internación y posibilidad de egreso. En la historia clínica deberán constar además, evaluaciones periódicas del tratamiento, interconsultas, visitas, salidas y traslados, las copias de las disposiciones judiciales y policiales y de las comunicaciones y notificaciones a que refiere esta Ley, con la constancia de su recepción por los destinatarios y las solicitudes de tratamiento. Al producirse el egreso deberá dejarse constancia de: a) Fecha del mismo. b) Motivo de la externación. c) Propuesta terapéutica si fuera necesario.

ARTÍCULO 10. - Designación de representante del internado - El Director del establecimiento, al comienzo de la internación proveerá lo necesario para que el internado proceda a designar de entre sus familiares, amigos o allegados a una persona mayor de edad que habrá de actuar frente a la Institución como su representante. Tratándose de personas menores de edad o de personas interdictas o declaradas insanas, la función del representante será ejercida por el tutor o curador designado.-

ARTÍCULO 11. - Deberes del representante - El representante deberá velar por los intereses de su representado, promoviendo todas las medidas conducentes para la más propia recuperación y reinserción social del mismo.-

ARTÍCULO 12. - Comunicación de la Internación - El Director del establecimiento, deberá comunicar la internación a los parientes, representantes legales y/o personas que el internado indique, así como a la autoridad judicial cuando se trate de personas menores de edad o posibles Interdictos o incapaces de derecho.

ARTÍCULO 13. - Derechos de visita, comunicación, salida y trabajo - El Director del establecimiento deberá permitir y facilitar las visitas y comunicación del internado con personas ajenas al mismo: las del representante no podrán sufrir limitación irrazonable. A su vez, promoverá y facilitará los paseos y salidas terapéuticas, así como el trabajo voluntario de los internados, que se regirá por las leyes correspondientes.-

ARTÍCULO 14. - Resguardo de integridad física y psíquica - Prohibición de castigos y coacción. Los establecimientos de internación de salud mental deberán brindar tratamiento en condiciones que resguarden la integridad psíquica y física de las personas,

su dignidad personal y afecten en la medida absolutamente indispensable su libertad, conforme las disposiciones de la presente Ley. Están prohibidas todas las medidas, procedimientos o métodos de castigo físico o psíquico.- ARTÍCULO 15. - Salidas terapéuticas - El director del establecimiento podrá aconsejar y disponer, con los recaudos que considere debidos, los paseos o salidas terapéuticas que se estimen necesarios para el tratamiento. En caso de tratarse de internados a disposición judicial deberá comunicarse por escrito lo dispuesto, dentro de las veinticuatro (24) horas de producidas. Podrá también disponer los traslados que fueran urgentes, comunicándose de igual forma.- ARTÍCULO 16. - Egreso de los internados - El director del establecimiento deberá disponer el egreso de aquellas personas internadas en los términos de los artículos 5, 6 y 8 de la presente ley, tan pronto su estado psíquico permita su alta definitiva o la continuación del tratamiento en forma ambulatoria.- En caso de internaciones por disposición judicial, tan pronto el estado psíquico del internado permita su alta definitiva o la continuación del tratamiento en forma ambulatoria, deberá comunicar tal circunstancia al Juez de la causa, representante legal y/o asesor de menores a fin de que adopten medidas pertinentes a tal efecto. Si se tratara de la cesación de una medida de seguridad se observará lo dispuesto en el código de Procedimientos Penales.- ARTÍCULO 17. - Condiciones de funcionamiento de los establecimientos públicos y privados de salud mental - Los establecimientos públicos y privados de internación en salud mental deberán ajustar sus recursos humanos asistenciales y su estructura física funcional a las normativas que en materia de habilitación, acreditación y categorización establece la Ley Provincial N° 9.847 y decretos reglamentarios, como así también contar con las certificaciones de organismos competentes. También deberá disponer de un proyecto general asistencial y de programas de tratamiento, debidamente explicitados, comprendidos en las normas antedichas y autorizados anualmente por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia. ARTÍCULO 18. - Transformación de establecimientos de internación - Se establece un plazo máximo de tres (3) años a partir de la promulgación de la presente Ley, para la transformación de los establecimientos de internación en salud mental, según lo establece la presente Ley. El Estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales

generales, con, sin internación, atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, etc. Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad.- ARTÍCULO 19. - Impulso de oficio - Los jueces deberán impulsar de oficio y con la mayor celeridad posible las actuaciones relacionadas con personas comprendidas en la presente Ley, especialmente en los procesos de rehabilitación legal y en los pedidos de egreso que deberán ser resueltos con preferente despacho.- ARTÍCULO 20. - Funciones de los defensores generales - Los defensores de menores e incapaces deberán: a) Visitar los establecimientos de Internación de las personas que se encuentran bajo su representación, toda vez que sea necesario y al menos cada seis (6) meses, verificando la evolución de su salud, el régimen de atención, las condiciones de alojamiento, el cuidado personal y la atención médica que reciben, informando al juez interviniente.- b) Promover según corresponda, el proceso de declaración de incapacidad por demencia o la información sumaria prevista por la Ley, así como la rehabilitación de incapaces.- c) Controlar el régimen de las actuaciones en que interviene, requiriendo las mediadas conducentes al mejor tratamiento y cuidado de los internados, así como la administración y custodia de sus bienes y tan pronto sea pertinente, solicitar el cese de las internaciones.- ARTÍCULO 21. - Inspección judicial - Los jueces a cuya disposición se hallen personas internadas, inspeccionarán cada vez que, o consideren conveniente y por lo menos dos (2) veces al año los establecimientos de internación en salud mental, verificando las condiciones de alojamiento, cuidado personal y atención profesional, condiciones de desarrollo de los programas de tratamiento y observancia de los derechos de los internados.- ARTÍCULO 22. - Junta Especial: conformación y facultades - El Ministerio de Salud y Medio Ambiente conformará organismos cuyo reglamento Especial, desenvolviéndose en el ámbito de la Dirección General de Salud Mental. La misma tendrá carácter interdisciplinario y estará integrada por profesionales de la salud mental y del derecho. Asimismo tendrán representación en la Junta, Los Colegios Profesionales de la Salud y los Establecimientos Privados en Salud Mental. Las funciones de la Junta Especial serán: a) Recibir los Oficios y pedidos judiciales. b) Dictaminar sobre el lugar más adecuado y aconsejable para el desarrollo del tratamiento, teniendo en cuenta

las condiciones del sujeto afectado. c) Dictaminar acerca de la presunta inimputabilidad e incapacidad para actuar en procesos penales. d) Dictaminar acerca de la cesación de medidas de seguridad.- ARTÍCULO 23. - Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario - El Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto creará, en un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, a partir de la promulgación de la presente Ley, Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario, para la asistencia integral de personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas o detenidas bajo proceso penal. Para permitir una integración conceptual asistencial, el personal profesional y no profesional, tendrá dependencia programática y administrativa del Ministerio de salud y Medio Ambiente.- ARTÍCULO 24. - Creación de Departamentos de Asesoramiento Jurídico - El Ministerio de salud y Medio Ambiente constituirá, en igual plazo que el establecido en el artículo anterior, departamentos de Asesoramiento Jurídico, integrados por abogados, en la Dirección General 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.- ARTÍCULO 25. - Inobservancia e incumplimiento de la Ley - La inobservancia de los deberes o derechos que la presente ley establece deberán denunciarse de inmediato poniendo la situación en conocimiento de la autoridad a la que compete el ejercicio del poder de policía sanitaria y en su caso de la autoridad judicial correspondiente.- ARTÍCULO 26. - Modifícanse los artículos 73, 568 y 570 del Código Procesal Penal de la Provincia de Santa Fe - Ley N° 6740 (t.o. Decreto N° 1009/81), los que quedarán redactados de la siguiente manera: "Artículo 73. - Presunto inimputable e incapacidad para actuar en el proceso - En los casos en que haya motivo para dudar del estado mental del imputado, se ordenará su examen por peritos médicos oficiales o una Junta Psiquiátrica Especial dependientes de la Dirección General de Salud Mental de la provincia, sin perjuicio de los médicos que él o su defensor quisieran proponer. El Juez o Tribunal podrá ordenar la internación de aquel en un establecimiento adecuado para su estudio, o si su estado lo revelase peligroso para sí o para terceros. Si se estimare que el imputado carece de capacidad para actuar en el proceso, el Juez o Tribunal le dará intervención al curador, si lo hubiere o, en su defecto, al Defensor General, para que ejerciten

en sus derechos de parte y en su caso, este último proveen a su representación legal." "Artículo 568. - Instrucciones - Cuando disponga la ejecución de una medida de seguridad, el juez o tribunal impartirá las instrucciones necesarias a la autoridad o encargado de ejecutarla, fijando los plazos en que deba informársele acerca del estado de la persona sometida a la medida o sobre cualquier otra circunstancia de interés. Dichas instrucciones podrán ser modificadas durante el curso de la ejecución, según sea necesario, incluso a requerimiento de la autoridad administrativa. Contra estas resoluciones procederá el recurso de apelación o el de reposición, según trámite en primera o en única instancia." "Artículo 570. - Cesación - Para ordenar la cesación de cualquier medida de seguridad, se escuchará previamente al Ministerio Fiscal, al interesado y a quién ejerza su representación legal. Si se tratare de la internación prevista en el artículo 34, inciso 1° del Código penal deberá además requirirse el informe técnico oficial del establecimiento donde la medida se cumple y el dictamen de por lo menos dos peritos. Si los informes discreparan, se dará intervención a la junta psiquiátrica Especial creada por la presente Ley:"

ARTÍCULO 27. - Modifíquese los artículos 70 y 85 del código de faltas de la Provincia de Santa Fe - Ley N° 3.473 -, los que quedarán redactados de la siguiente manera: "Artículo 70.- Cuando se tratare de un ebrio habitual o de un toxicómano, el Juez solicitará su tratamiento en un establecimiento adecuado, a los fines de su debida asistencia." "Artículo 85.- El encargado de la atención de una persona que padeciere sufrimiento mental, deberá comunicar de inmediato a la autoridad correspondiente en el caso que la misma se sustrajere de su cuidado. Si así no lo hiciera será reprimido con arresto de hasta quince (15) días o multa de hasta diez (10) jus, si es empleado público o de un establecimiento autorizado. Si se tratare de un particular sólo se aplicará multa de hasta cinco (5) jus." ARTÍCULO 28. - Derógase el artículo 86 del Código de faltas de la Provincia de Santa Fe - Ley N° 3.473 - ARTÍCULO 29. - Comuníquese al Poder Ejecutivo - DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS VEINTINUEVE DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO Enrique Manuel Estevez Presidente CÁMARA DE DIPUTADOS Dr. Omar Julio El Halli Obeid Secretario Administrativo CÁMARA DE DIPUTADOS Dr. Augusto A. Fischer Senador Provincial Presidente Provisional CÁMARA DE SENADORES Dr.

Ricardo A. Principe Secretario Legislativo CÁMARA DE SENADORES Adela D. de Oblan Coordinadora General Administrativa Dirección General de Administración Ministerio de Salud y Medio Ambiente Recibido a las 07:00 Ministerio de Gobierno Registro General de Leyes SANTA FE, 26 de diciembre de 1991.- De conformidad a lo prescrito en el artículo 57 de la Constitución Provincial téngasela como ley del estado, insértese en el Registro General de leyes con el sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.- Dr. Juan Carlos Lombardi Subsecretario de Asuntos Legislativos Ministerio de Gobierno Justicia y Culto