

Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos



Espacio Interdisciplinario
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Grupo de trabajo
en salud mental
comunitaria UdelAR

Editorial
PSICOLIBROS 
Universitario

Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos



Espacio Interdisciplinario
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Grupo de trabajo
en salud mental
comunitaria UdelaR

Editorial
PSICOLIBROS
Universitario 

© Psicolibros Universitario

Atanasildo Suárez 307
Whatsapp: 099 689 355
Tel: 2308 2193
E-mail: psicolibrosu@gmail.com
Montevideo - Uruguay

Diseño y diagramación:
Patricia Carretto

ISBN 978-9974-704-16-9

Edición: junio de 2017

Hecho el depósito que marca la ley.
Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción parcial o total de cualquier medio gráfico o informático sin previa autorización del editor.

Salida transitoria.

*Hoy vuelvo, intacto del encierro
y recorro noches más vivo que nunca.
Libre y sin pesadillas, rompo soledades.*

*Por fríos mostradores
y cuando la amistad se hace cómplice de mi destino,
un amigo escucha el martirio de mi historia.*

*Juntos nos espera el insomnio,
La oscuridad del decorado
Y el eterno pasatiempo*

*Tan solo, en una salida transitoria
Descubro la libertad
En las frías madrugadas.*

Caco De Pena.

AGRADECIMIENTOS

Al Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República por el apoyo al trabajo del grupo en la modalidad de “Semillero de Iniciativas Interdisciplinarias”, lo cual hizo posible la financiación de este libro, entre otras actividades de formación y difusión vinculadas a la salud mental y los ddhh.

A las autoras y los autores invitadas/os, quienes nos han brindado parte de su trabajo, su tiempo y conocimiento escribiendo para el logro del texto, nuestro primer libro como Grupo. Al Profesor Paulo Amarante por su deferencia en la escritura del prólogo.

A todas las personas que en diferentes espacios en los que hemos participado como Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UdelaR, nos han brindado su saber, su opinión, sus preocupaciones, sus acuerdos y disensos. Ello ha enriquecido nuestras discusiones y decisiones, nuestras búsquedas teóricas y nuestro posicionamiento ético-político como actores universitarios.

SOBRE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES

Agustina Palacios - Doctora (PhD) en Derechos Humanos por la Universidad Carlos III de Madrid, Investigadora adjunta del CONICET, Directora del Centro de Investigaciones Alicia Moreau de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Directora del Grupo Interdisciplinario Sociedad, Discapacidad y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Alicia Stolkiner - Doctora H.C. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Profesora Titular de Salud Pública Salud Mental, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Profesora del Doctorado Internacional y de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, y de otros posgrados del país y del exterior. Investigadora Categorizada I. Miembro de ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social).

Álvaro Díaz - Magister en Salud Mental (UdelaR). Profesor Agregado de la Facultad de Enfermería, Cátedra de Salud Mental (UdelaR). Integrante del GSMC.

Andrés Techera - Licenciado en Psicología. Profesor Adjunto de la Facultad de Psicología. Profesor Agregado de Programa APEX Cerro (UdelaR). Integrante del GSMC.

Beatriz Fernández Castrillo - Doctora (PhD) en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Docente Asistente del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR) y de la Facultad de Medicina. Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Facultad de Medicina. Integrante del GSMC. Investigadora de la ANNI 2009-2016.

Cecilia Silva - Magister en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Docente Asistente de Dedicación Total del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), Investigadora de la ANII. Integrante del GSMC.

Débora Gribov - Licenciada en Psicomotricidad. Directora del Programa APEX Cerro (UdelaR).

- Francisco Morales Calatayud** - Doctor en Ciencias de la Salud, Especialista y Máster en Psicología de la Salud, Licenciado en Psicología. Profesor Titular, Polo de Salud Comunitaria, Centro Universitario Regional de Litoral Norte, Sede Paysandú, Universidad de la República.
- Graciela Iglesias** - Ex Jueza de Familia del Departamento Judicial de Mar del Plata, Docente de Grado y Posgrado y Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión de Salud Mental.
- Graciela Natella** - Médica especialista en Psiquiatría. Diplomada en Investigación. Coordinadora del Equipo Interdisciplinario del Órgano de Revisión de la Ley nacional de Salud Mental N^o 26657, Ministerio Público de la Defensa.
- Lucía de Pena** - Licenciada en Psicomotricidad (UdelaR), Licenciada en Psicología (UdelaR). Profesora Adjunta de la Licenciatura de Psicomotricidad de la Escuela de Tecnología Médica (UdelaR). Integrante del GSMC.
- María Leticia Pereyra Lanterna** - Maestranda en Información y Comunicación Científica, Licenciada en Bibliotecología, Asistente, Polo de Salud Comunitaria, Centro Universitario Regional del Litoral Norte, Sede Paysandú, Universidad de la República
- Nelson de León** - Magister en Salud Mental por la Facultad de Enfermería (UdeaR). Docente Adjunto de la Facultad de Psicología, Instituto de Psicología Social (UdelaR). Integrante del GSMC.
- Patricia de la Cuesta** - Magister en Salud Mental, Facultad de Enfermería (UdelaR). Profesora Agregada del Polo Salud Comunitaria, CENUR Litoral Norte (UdelaR), Paysandú.
- Robert Pérez** - Psicólogo y Magíster en Salud Mental (UdelaR). Profesor Titular de la Facultad de Psicología, Instituto de Psicología Social (UdelaR). Co-coordinador del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. Integrante del GSMC.
- Rolando Ramírez** - Licenciado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Rehabilitación Psicosocial y Comunitaria por la Universidad Mayor de Chile. Docente Ayudante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Escuela de Tecnología Médica (UdelaR). Integrante del GSMC. Asistente.
- Sebastián Lema** - Doctor en Medicina, Residente en Psiquiatría (UdelaR). Docente Asistente de la Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina (UdelaR)

ÍNDICE

Prologo	13
Presentación	17
La convención de los derechos de las personas con discapacidad Agustina Palacios y María Graciela Iglesias.....	19
Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la Región Nelson de León y Andrés Techera	55
Perspectiva bioética y sus aportes para el campo de la Salud Mental Lucía de Pena y Cecilia Silva.....	73
Consentimiento informado en Salud Mental Lucía de Pena, Sebastián Lema y Cecilia Silva.....	93
¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? Robert Pérez Fernández	109
Salud Mental y Políticas Públicas: algunas notas Beatriz Fernández	129
Actualización de la normativa sobre Salud Mental en Uruguay Francisco Morales Calatayud y María Leticia Pereyra Lantern	151
Barreras psicosocioculturales para la accesibilidad en salud y en salud mental Patricia de la Cuesta	173
El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud Alicia Stolkiner	189

Interdiscipliniedad y salud mental comunitaria	
Álvaro Díaz y Rolando Ramírez	211
¿Es posible una práctica interdisciplinaria?	
Débora Gribov Novogrebelsky.....	227
Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional	
Graciela Rita Natella.....	241

PROLOGO

Os direitos humanos em saúde mental e a luta pelo reconhecimento

Ser convidado para escrever o prólogo deste livro, que é uma produção coletiva do Grupo de Saúde Mental Comunitária da UdelaR é para mim uma grande honra e uma enorme satisfação profissional.

Tenho insistido, em inúmeras ocasiões, que o que vem sendo configurado como o processo de transformações no campo da saúde mental comunitária, ou da atenção psicossocial, ou reforma psiquiátrica, ou ainda, da luta antimanicomial, como preferem denominar os vários autores/atores deste rico e plural movimento, não é a simples reestruturação do modelo assistencial. As mudanças exigidas neste âmbito do modelo assistencial, dos serviços e dispositivos de cuidados, são muito importantes, mas são consequências e instrumentos intermediários do processo.

O objetivo maior deste processo que definimos como social e complexo é a transformação das relações entre a sociedade e as pessoas consideradas pacientes, usuárias, loucas, diversas, anormais... um sem número de adjetivações e expressões que se referem a erro, falta, defeito, incapacidade, irresponsabilidade, desrazão, perda de juízo e discernimento, etc. etc. Enfim, significados e sentidos que negam a subjetividade destes outros,; que n=rejeitam suas capacidades de viver, expressar, subjetivar, produzir. Loucura, ausência de obra, observava Foucault.

Por isso, o ponto central dos processos que aqui nos referimos é a construção de um outro lugar social para os sujeitos identificados como loucos, transtornados, alienados, enfermos. E este processo se dá mais pelo caminho da produção de conhecimento, da crítica ao arsenal conceitual, epistemológico, da psiquiatria e ciências afins, da sua pretensa produção de verdade, de sua prática de patologização da vida cotidiana, de transformação da vida em sintomas, em doenças,

em erros; e da construção de um lugar social, conseqüentemente, que está diretamente relacionado a questão dos direitos humanos.

A Convenção sobre a proteção e promoção da diversidade das expressões culturais, da Unesco, lançou uma luz muito forte sobre o valor e a compressão da diversidade, não apenas cultural, mas de subjetividades, de comportamentos, visões e formas de estar no mundo, que são conceitos importantes no sentido de resistir e enfrentar do processo de patologização, para o qual tudo aquilo que é diverso, diferente, forma da norma ou do padrão, é patológico. Tome-se como exemplo o DSM 5 e sua estratégia de patologização do tudo! Tudo é patológico, portanto sujeito à medicalização, institucionalização, repressão, rejeição, etc. etc. A mesma luz foi lançada pela convenção sobre os direitos das pessoas com incapacidades e convenção de bioética e direitos humanos.

Desta forma, o tema dos direitos humanos é um fator privilegiado e estratégico que impões uma diferença, uma radicalidade, nas políticas públicas de saúde mental e por isso ele estabelece os vínculos da rede de temas que lhes são perpassados e transpassados. É um tema transversal que se faz necessário em todas as políticas públicas e sociais, em todas as iniciativas de movimentos e militâncias ou ativismos sociais que envolvem sujeitos em situação de desvantagem e vulnerabilidade social e que têm interface com o campo da saúde mental: raça, etnias, gênero, sexualidade, violência doméstica, violência urbana, violência no campo, populações migrantes e refugiadas, populações institucionalizadas (cárceres, manicômios judiciários, orfanatos, asilos de idosos, etc.), drogas, abusos, estigmatizações, desastres naturais, bioética e direitos dos usuários, acessibilidade aos recursos e políticas públicas e tantas outras que compõem este amplo, plural e polissêmico campo inter e transdisciplinar, intersetorial e interseccional.

Mas, por outro lado, para além da luta contra todas as formas de violência, para além da luta em defesa e proteção das populações vulneráveis e fragilizadas, há um aspecto de luta que se pode definir como de discriminação positiva, no sentido de reconhecer a diversidade dos vários segmentos sociais e do reconhecimento (como proposto por Axel Honneth) da importância de suas contribuições para a complexidade do processo social.

Enfim, daí a importância do debate aberto por este livro *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Está de parabéns o Gru-

po de Trabalho em Saúde Mental Comunitária, que organizou esta coletânea de textos, assim como estão de parabéns todos os autores e autoras que participaram deste vigoroso, consistente e fundamental projeto, principalmente devido a este momento pelo qual passa o Uruguai, de reconstrução das políticas públicas e de reconstrução de um projeto democrático participativo nacional, e do papel singular que o mesmo representa para os países irmãos, especialmente no Cone Sul, e particularmente o Brasil e Argentina, que passam por delicados processos de iminente retrocesso nos avanços obtidos.

E, por fim, estão de parabéns os leitores que tiverem a oportunidade de se debruçar sobre as questões aqui levantadas e aprofundadas e de poder, a partir daí, transformar as suas práticas, as políticas e as instituições.

Façam bom proveito!

Paulo Amarante

Medico Especialista em Psiquiatria, Mestre em Medicina Social, Doutor em Saúde Pública, Pós-Doutorado em Imola/Itália, Pesquisador e Professor Titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Presidente de Honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Doutor Honoris causa da Universidade Popular das Madres da Plaza de Mayo, Vice-Presidente e Coordenador do GT de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Professor do Mestrado Profissional de Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis) e do Doutorado em Saúde Mental Comunitária (UNALNUS).

HONNETH, Axel. The Social Dynamics of Disrespect: On the Location of Critical Theory Today, In: _____. Disrespect, the normative foundations of critical theory. Cambridge: Polity Press, 2007

UNESCO. Convenção sobre a promoção da Diversidade das Expressões Culturais. Genebra: Unesco, 2006.

ONU. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade. ONU: Nova York, 2006.

UNESCO. Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. UNESCO: Genebra, 2005.

PRESENTACIÓN

Este libro es la primera publicación colectiva del Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UdelaR. Es producto de un esfuerzo significativo que conjugó intereses, motivaciones y conocimientos, aportando desde la Universidad de la República en un contexto de cambios en la atención de la salud mental en nuestro país.

El *Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria*, tiene origen en marzo del año 2015 a partir de una conformación interdisciplinaria que sitúa a la salud mental como campo complejo en la comprensión de las lógicas confluentes en él.

Las líneas de trabajo se sostienen en la articulación de las funciones universitarias de investigación, enseñanza y extensión, jerarquizándose una u otra según la finalidad de cada actividad a desarrollar: producción de conocimiento con líneas de investigación en conexión con problemáticas sociales de relevancia, generación de instancias académicas en modalidad de seminarios, conferencias y actividades abiertas, enseñanza a nivel de grado y posgrado, extensión universitaria con fuerte arraigo en la particularidades de cada territorialidad, participación en diversos espacios sociales de intercambio sobre las problemáticas actuales del campo de la salud mental.

La perspectiva de Salud Mental Comunitaria conlleva un acumulado teórico-metodológico particular, a partir de la formación en Maestría y Doctorado de integrantes del Grupo en la formación de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanus (Argentina).

Los diversos enfoques de especialización de cada docente integrante, permiten el abordaje del campo de la salud mental a partir de dimensiones transversales: Política Pública, Derechos Humanos, Interdisciplinarietà, Bioética, Modelos de Atención Comunitaria, Vejez, Infancia y Género; profundizando así en componentes de cada una de

estas dimensiones: reconocimiento en la calidad de sujeto de derechos, dignidad humana, toma de decisiones.

Premisas

- El campo de la salud mental trasciende al modelo de enfermedad mental, recuperando al sufrimiento mental a partir de una lógica des medicalizante, re ubicándolo en un campo multidimensionado con determinaciones sociales, políticas, económicas, culturales e ideológicas.
- La base inalienable para comprender a las problemáticas del campo de la salud mental está dada por el paradigma de derechos humanos, en tanto se constituyan las garantías para su goce efectivo y material.
- La transformación del modelo asilar y las relaciones sociales manicomializantes se sostienen por una transformación sustancialmente cultural, además de la instancia normativa y política para la producción de un marco regulatorio para la sociedad.
- El efectivo pasaje a un modelo comunitario de atención y promoción de la salud mental significa un ensamble de prácticas sociales, profesionales y recursos de política pública que habiliten verdaderos procesos de transformación social y cultural.

La diversidad de perspectivas y visibilidades que se ponen a consideración en los artículos siguientes, da cuenta de las implicaciones con que autoras y autores habitan el campo de la salud mental.

Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria,
UdelaR

LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Salud Mental y los Derechos humanos. ¿Logros para mañana?

Agustina Palacios
María Graciela Iglesias

Muchos han sido los desafíos que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad ¹ ha tenido que enfrentar cuando irrumpió para visibilizar la exclusión y segregación de las personas con Discapacidad. Barreras culturales y de todo otro tipo para su implementación, las cuales no obturaron la aparición de un nuevo paradigma. Un nuevo momento donde se construyen otros conceptos a través de una perspectiva bajo la cual se analizan los problemas y se trata de resolverlos. *“Las revoluciones científicas se consideran aquí como aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por otro nuevo e incompatible”*.

En este sentido, el pasaje jurídico de un modelo sustitutivo de la persona, bajo un manto de “protección” hacia un modelo social, que impone un modelo de apoyos, es un efectivo cambio de paradigma que debe atravesar los presupuestos de los social al considerar que las

1. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención.

2. Definición de Tomas Khun respecto del paradigma en la ciencia que fue criticado por Popper en la teoría de la falsación Popper considera el progreso científico no como la acumulación de observaciones, sino como “el repetido derrocamiento de teorías científicas y su reemplazo por otras mejores o más satisfactoria.

causas que originan la discapacidad no son individuales, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas –sin discapacidad–, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad.³

Qué implica para los Estados ratificar la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Los países que la ratificaron se comprometieron a elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la convención y eliminar las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación⁴. Los países que ratificaron la convención deben combatir los estereotipos y prejuicios y promover la conciencia de las capacidades de esas personas⁵.

Los países deben garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho inherente a la vida en un pie de igualdad con otras personas⁶, asegurar la igualdad de derechos y promover lo nece-

3. Palacios, Agustina, *El modelo Social de la Discapacidad. Orígenes caracterización y su plasmación en la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad*, Editorial cinca 2008 pág.103 y ss.

4. Art 4, CDPD.

5. Art.8, CDPD.

6. Art 10, CDPD.

sario para la igualdad de las mujeres y las niñas con discapacidad ⁷ y proteger y promover a los niños y niñas con discapacidad⁸.

Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación basada en las discapacidades y garantizar igual protección de la ley⁹. Deben asegurar el igual reconocimiento como personas ante la ley la igualdad de derechos a poseer y heredar propiedad, controlar los asuntos financieros y tener igualdad de acceso a los préstamos bancarios, el crédito y las hipotecas¹⁰

Garantizar el acceso a la justicia en un pie de igualdad con otros¹¹ y asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y la seguridad y no sean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente¹²

Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad¹³, garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada ¹⁴.

Las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho de las personas a no ser explotadas ni ser sometidas a ninguna forma de violencia ni abuso¹⁵.

Las personas con discapacidad no deben ser objeto de injerencia arbitraria o ilegal en la vida privada, la familia, el hogar, la correspondencia o la comunicación. Debe protegerse la confidencialidad de su información personal y en materia de salud¹⁶.

La accesibilidad ¹⁷ es un principio transversal que requiere la eliminación de obstáculos y las barreras; de este modo que aseguren que las personas con discapacidad puedan tener acceso a su entorno, al

7. Art. 6, CDPD.

8. Art. 7, CDPD.

9. Art. 5, CDPD.

10. Art. 12, CDPD.

11. Art. 13, CDPD.

12. Art. 14, CDPD.

13. Art. 17, CDPD.

14. Art. 15, CDPD.

15. Art. 16, CDPD.

16. Art. 22, CDPD.

17. Art. 9, CDPD.

transporte, las instalaciones y los servicios públicos, y tecnologías de la información y las comunicaciones. Las personas con discapacidad deben tener la opción de vivir en forma independiente, ser incluidas en la comunidad, elegir dónde y con quién vivir y tener acceso a servicios de apoyo en el hogar, en residencias y en la comunidad¹⁸. Debe promoverse la movilidad personal y la independencia, facilitando la movilidad personal asequible, la capacitación al respecto y el acceso a ayudas para la movilidad, aparatos, tecnologías de asistencia y asistencia personal¹⁹. Los países reconocen el derecho a un nivel de vida y de protección social adecuado, incluso viviendas, servicios y asistencia públicos en lo que respecta a las necesidades relacionadas con las discapacidades, y asistencia para el pago de los gastos conexos en caso de pobreza²⁰. Los países deben promover el acceso a la información, proporcionando la información prevista para el público en general en formatos y tecnologías accesibles, y otras formas de comunicación que facilite la comunicación, utilizando formatos accesibles²¹. Es una necesidad eliminar la discriminación relacionada con el matrimonio, la familia y las relaciones personales. Las personas con discapacidad disfrutarán de igualdad de oportunidades de tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación, contraer matrimonio y fundar una familia, decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, tener acceso a educación y medios en materia reproductiva y de planificación de la familia, y disfrutar de igualdad de derechos y responsabilidades con respecto a la tutela, el pupillage, el régimen de fideicomiso y la adopción de niños²². Los Estados deben asegurar la igualdad de acceso a la educación primaria y secundaria, la formación profesional, la enseñanza de personas adultas y el aprendizaje permanente. La educación debe emplear los materiales, las técnicas educacionales y las formas de comunicación adecuados. Las y los alumnos que las necesiten deben recibir las medidas de apoyo pertinentes, y las y los estudiantes ciegos o sordos deben recibir su educación en las formas más apropiadas de comunicación, de maestros y/o maestras con fluidez en el lenguaje por

18. Art. 19, CDPD.

19. Art. 20, CDPD.

20. Art. 28, CDPD.

21. Art. 29, CDPD.

22. Art. 23 CDPD.

señas y el Braille. La educación de las personas con discapacidad debe promover su participación en la sociedad, su sentido de dignidad y valor personal y el desarrollo de todo su potencial en lo que se refiere a la personalidad, los talentos y la creatividad²³.

Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud²⁴.

Para que las personas con discapacidad logren la máxima independencia y capacidad, los países deben proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación²⁵. Las personas con discapacidad tienen igualdad de derechos a trabajar y a ganarse la vida. Los países deben prohibir la discriminación en cuestiones relacionadas con el empleo, promover el empleo por cuenta propia, la capacidad empresarial y el inicio del negocio propio, emplear a personas con discapacidad en el sector público, promover su empleo en el sector privado y asegurar que se proporcione una comodidad razonable en el lugar de trabajo. Los países deben garantizar la igualdad de participación en la vida política y pública²⁶, incluso el derecho al voto, a ser candidato a elecciones y a ocupar puestos públicos.²⁷ Los países deben promover la participación en la vida cultural, el recreo, el tiempo libre y los deportes, asegurando el suministro de programas de televisión, películas, material teatral y cultural en formatos accesibles, haciendo accesibles los teatros, los museos, los cines y las bibliotecas, y garantizando que las personas con discapacidad tengan oportunidad de desarrollar y utilizar su capacidad creativa no sólo en su propio beneficio sino también para enriquecimiento de la sociedad. Los países deben garantizar su participación en las actividades deportivas generales y específicas²⁸.

23. Art. 24, CDPD.

24. Art. 25, CDPD.

25. Art. 26, CDPD.

26. Art. 2, CDPD.

27. Art. 29, CDPD.

28. Art. 30, CDPD.

Este resumen de los derechos que se reconocen y entremezclan en los tratados, pactos y convenciones de Derechos Humanos ubica la dimensión de cada área o sector que atraviesa a una persona, en este caso, a una persona con discapacidad mental, psicosocial o intelectual. Es por ello que, como se ha expresado en anteriores trabajos, todo análisis en el ámbito de la discapacidad en general, y de la discapacidad mental o psicosocial en particular, requiere asumir un marco filosófico y sociológico referencial, que aborde la temática desde los valores y principios que sustentan a los derechos humanos. Aceptar, y comprender, que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos ha supuesto un cambio de paradigma, que se resume en el hecho de considerar los problemas que enfrentan las personas con discapacidad como problemas de derechos humanos, y, derivado de lo anterior, que las respuestas ofrecidas a dichos problemas deben asimismo ser pensadas y elaboradas –desde y hacia– el respeto de los valores que sustentan dichos derechos²⁹.

En este sentido, aparece un colectivo que se encuentra inserto en la convención que ha tenido un camino de construcción dentro del sistema de Derechos Humanos ubicado en el conjunto de declaración e instrumentos específicos, de lo que se ha dado en la salud mental comunitaria, con epicentro en el enfoque de derecho y con un modelo de atención integral que dé respuesta a la necesidad de modificar los modelos sanitarios. Es así que hemos afirmado que en el caso argentino, la ley Nacional de Salud Mental impone nuevas prácticas, trae derecho ubicado en los tratados de derechos humanos y estándares internacionales de intervención en salud mental, que son ahora derecho vinculante.

Refiere a la identidad, dignidad, no discriminación, capacidad, debido proceso, garantía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico-socio-sanitaria que se pretenda sobre ella.

Puede concluirse que trae la relación entre el espíritu, la naturaleza y la razón como un grado superior de la naturaleza humana. “Anteriormente hemos hecho referencia que se debe corregir el en-

29. Palacios Agustina, Salud Mental en el sistema Americano de Derechos humanos en Revista Derecho de Familia n°77, Directoras: Cecilia P. Grosman, Nora LLoveras, Aida Kemelmajer de Carlucci, Marisa Herrera, 2016, pag.27.

tendimiento para alcanzar un mejor modo de comprender las cosas, de suerte que se puedan dirigir las ciencias a la tarea de llegar a la suma perfección humana de este modo, lo que se debe comprender para alcanzar la suma felicidad es la “potencia” o “poder” de conocer del entendimiento. Esta idea vincula claramente al TIE (tratado del entendimiento) con la ética (que consiste a su vez en la libertad, entendida esta última como en la ética) De esta suerte se establece una característica fundamental del método de Spinoza que lo acompañara hasta la ética, a saber, que este consiste principalmente en la comprensión de la potencia de nuestro conocimiento, todo ello con fines que cabría denominar como “terapéuticos” con las vistas a la remoción de nuestros prejuicios e ideas falsas”³⁰.

La Ley Nacional de Salud Mental impone una responsabilidad que no es propia ni exclusiva de un sector, ni tampoco de un saber. Es una responsabilidad colectiva tanto como una deuda pendiente que se trasluce en la palabra y la visibilizarían de la persona con discapacidad³¹. “La grandeza del procedimiento judicial consiste precisamente en que incluso una pieza de un engranaje puede recuperar su condición de persona (dos condiciones deben darse para que haya responsabilidad colectiva: yo debo ser considera responsable por algo que no he hecho, y la razón de mi responsabilidad ha de ser mi pertenencia a un grupo, un colectivo, que ningún acto voluntario mío puede disolver), (esta responsabilidad vicaria por cosas que no hemos hecho, esta asunción de las consecuencias de actos de los que somos totalmente inocentes, es el precio que pagamos por el hecho de que no vivimos nuestra vida encerrados en nosotros mismos, sino en nuestros semejantes, y que la facultad de actuar, que es, al fin y al cabo, la facultad política por excelencia, solo puede actualizarse en una de las muchas y variadas formas de comunidad humana)”³²

30. Baruch Spinoza, *Tratado de la reforma de entendimiento*, Editorial Colihue, 2008. Buenos Aires.

31. Iglesias, Maria Graciela, *La Reforma al Código Civil Mirando y Mirada por la Convención de los Derechos de las Personas Con Discapacidad*. Revista de Salud y Comunidad, n°2, Universidad Nacional de Lanus, 2012, pag.67.

32. ARENDT, Hannah, en “Responsabilidad colectiva”, *Responsabilidad y juicio*. Ed. Paidós Básica, págs. 151 y 159.

La salud mental se piensa, muchas veces, como una situación extrema estableciendo premisas entre una crisis y la consecuencia; la internación. Sin embargo, atraviesa la salud de un pueblo que involucra una opción entre cómo viven y cómo pueden o se les impone vivir bajo el establecimiento de las políticas públicas.

Esta es la situación de las personas con discapacidad. La complejidad de la discapacidad ha sido resuelta filosóficamente a partir de la irrupción de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante la CDPD) en el mundo. El modelo social de la discapacidad desplaza conceptos tales como deficiencia, minusvalía, impedimento, incapacidad, limitación e imposibilidad, entre otras adjectivaciones, para dejar en claro que la discapacidad se encuentra en un entorno social que no habilita a las personas a participar en condiciones de igualdad con los demás. Las barreras sociales son dispuestas por políticas no inclusivas, que desplazan y que marginan. La pobreza y la violencia acompañan estos modelos de olvido social.

Desde este momento histórico al día de la fecha, la humanidad busca encontrar sentidos de proporcionalidad para evitar y neutralizar la inequidad. Sin embargo, la respuesta es que el 15% de la población mundial representa a las personas con discapacidad según el informe de la Organización Mundial de la Salud donde consta que más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad. De ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre y las mujeres también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad. Los datos de las encuestas en base a indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños y niñas de las familias más pobres y quienes pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que las y los demás.

En estas circunstancias, las personas sufren la exigencia de eliminar por sí mismas las barreras que le son impuestas por quienes tienen

el poder de establecer desigualdades. Y entre todas las personas con discapacidad se encuentran las personas con discapacidad psicosocial e intelectual. “La realización de planes de vida es el logro de una vida humana digna o si se quiere, el libre desarrollo de la personalidad y esto se determina en cada persona desde su propia autonomía moral.

Esta idea de relación entre la capacidad y dignidad, sumado al determinante social que contextúa situaciones discapacitantes, modifica, cuestiona, pone en crisis e implica importantes cambios en el Derecho de gran complejidad. La noción de capacidad jurídica, los apoyos que requiere una persona con discapacidad para la toma de decisiones, para hacerlo real en términos de accesibilidad, tienen necesariamente que vincularse con los ajustes razonables para que una persona pueda requerir de un apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. Estos conceptos que solo se enuncian, se encuentran vinculados a la autonomía, a la información y a la vida independiente de una persona con discapacidad. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas. Son una muestra de las derivaciones de la libertad, las que permiten comportarse en forma disímil a las demás personas. Este derecho a comportarse en forma diferente no debe enmarcarse en un exagerado individualismo contraproducente sino en un plano de interdependencias y de compatibilidad entre las decisiones colectivas y las individuales. De la conjunción de los principios de la igualdad con los de no discriminación, resulta la protección de este valor: el derecho a la diferencia.³³

Salud Mental

Expertos y expertas de países de distintas culturas y variados grados de desarrollo social han definido la salud mental de diferentes maneras que abarcan el bienestar subjetivo. La percepción de su propia eficacia, la autonomía y competencias personales, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales

33. Iglesias María Graciela, Capacidad, información y autonomía: Principio de la dignidad en Revista Institucional de la defensa pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Vol. 7 Año 2015.

y emocionales. Aunque desde una perspectiva transcultural es muy complejo llegar a una definición exhaustiva y universalmente válida cabe admitir que el concepto de salud mental es más amplio que la simple ausencia de síntomas psíquicos.³⁴

Es decir que como refiere el relator de salud Paul Hunt³⁵, el concepto de salud integral se encuentra ligado a las libertades, y estas implican que las personas que viven en condiciones de pobreza tiene mayor posibilidad de adquirir una enfermedad mental cuando se asocia a la exclusión y discriminación por falta de acceso al alimento, a la educación, a la vivienda y al empleo. La Carta Internacional de Derechos Humanos formada por la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, sumados a sus Protocolos Facultativos (Dos del PIDCP y otro correspondiente al PIDESC)³⁶, son instrumentos reconocen los derechos civiles, políticos³⁷, económicos, sociales y culturales de todos los seres humanos y son la base para la elaboración de instrumentos específicos en materia de salud mental.

Entre ellas se destacan:

- Declaración sobre los Derechos del Retrasado Mental³⁸. Si bien utiliza una terminología claramente discriminatoria fue uno de los primeros instrumentos que reconoció que las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos que los demás seres humanos y que éstos no pueden ser restringidos arbitrariamente. Entre algunos

34. Organización Panamericana de la Salud, *Salud Mental en la Comunidad*, Segunda Edición, Editor Jorge Rodríguez, Comité Editorial: Silvina Malvarez Rene Gonzalez, Itzhak Levav, Washington DC, OPS, 2009, pág. 4.

35. *Los derechos económicos, sociales y culturales el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Naciones Unidas, Consejo Económico, Febrero de 2006.

36. Documento declarativo adoptado el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III).

37. También conocidos como Pactos de Nueva York o Pactos Internacionales de Derechos Humanos, fueron adoptados el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200A (XXI).

38. Resolución 26/2856 del 20 de diciembre de 1971.

de los principios proclamados en ésta convención, se encontraban los siguientes:

1. La persona con discapacidad intelectual debe gozar, de los mismos derechos que los demás seres humanos.

2. Tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.

3. Tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.

4. Debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Instrumento que protege la salud física y mental de las personas que se encuentran bajo la protección estatal. Establece que la falta de recursos financieros y profesionales no constituye una excusa para el trato inhumano y degradante de ser humano alguno. Es uno de los principales tratados internacionales en materia de derechos humanos contra la tortura. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 39/46 del 10 de diciembre de 1984, y entró en vigor el 26 de junio de 1987, al alcanzar el número de ratificaciones necesario. Su antecedente más inmediato fue la “Declaración sobre la Protección de todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes” aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1975.

-Declaración de Hawai. Realizada en 1977 por la Asociación Mundial de Psiquiatría. Se establecen normas éticas para su práctica en todo el mundo.

En sus apartados 4, 5 y 6 se incorpora el n que debe prestar el paciente; en el primero de ellos indica:

“El psiquiatra debe informar al paciente de la naturaleza de su afección, del diagnóstico propuesto y de los procedimientos terapéuticos, incluyendo las posibles alternativas. Esta información debe ofrecerse de forma considerada, y dando al paciente oportunidad de elegir entre los métodos apropiados disponibles.”

- Trieste - Ley 180 (Italia 1978). Desde el año 1960 Franco Basaglia, médico psiquiatra, se preocupó por modificar las pésimas condiciones de vida que soportaban los pacientes internos y los infructuosos procedimientos a los que eran sometidos.

Promovió la democratización de la atención psiquiátrica y la clausura de los hospitales monovalentes; en su reemplazo –a fin que los pacientes restablecieran su autodeterminación– propuso organizar redes de servicios de ayuda mediante actividades terapéuticas en espacios comunitarios abiertos. Por su fecunda lucha en 1978 se promulgó la Ley 180 por la que se prohíbe en Italia la internación de personas en contra de su voluntad; se estipula el cierre paulatino y continuo de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo su futura construcción.

Entre los países desarrollados, Italia sigue siendo el país con menor número de camas hospitalarias por habitante destinadas a cuadros psiquiátricos y con la mayor cantidad de centros de intervención social, con apoyo estatal en su financiamiento y participación de los propios beneficiarios.

-En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones, autoridades y profesionales de la salud y del derecho, así como a las y los “usuarios”³⁹ de los sistemas de salud mental a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas⁴⁰, en la que queda en claro la caída de la preponderancia del hospital psiquiátrico y el eje de la atención basada en los derechos humanos de las personas con ejercicio de su autonomía y consentimiento informado entre mucho otros derechos que la Declaración contiene.

39. Volveremos sobre esta definición de acuerdo a lo dicho en otras publicaciones por Palacios respecto del recorte conceptual con la denominaciones de usuarios del sistema de salud mental que deja afuera a otras personas con discapacidad.

40. *Declaración de Caracas* OPS/OMS. 1990.

Caracas no fue sino la continuidad de la Declaración de Alma Ata⁴¹, celebrada en Luxor 1978, que centralizo la posición de la atención con intervención de la comunidad para establecer políticas públicas. Alma-Ata tuvo el valor de declarar que era necesario un nuevo orden económico mundial, representado una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo. Entre otros principios que surgen del instrumento se destaca la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000. Definiéndola en estos términos:

“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 autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el 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.

- La Declaración de Luxor: 1982 nuevamente a instancias de la OMS/OPS se declara que los estados deben actuar con la responsabilidad de promover la autonomía y autodeterminación de las personas con discapacidad.

41. La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

Más tarde los 21 principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de su salud mental⁴², Estos principios representaron una estructura de Derechos que definió, la figura de un “defensor” en la internación, el consentimiento informado, que como y de qué manera debía desarrollarse un proceso, comunidad y cultura, normas de atención, tratamiento, examen médico, medicación y derecho a la información entre otros derechos, permitieron conceptualizar y ampliar el reconocimiento de las personas con discapacidad mental.

- La Declaración de Montreal
- Los 10 Principios de OMS/OPS

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental que en el año 2008 se inició el programa de la OMS para acortar la brecha entre las necesidades urgentes y las posibilidades de reducir la carga de enfermedad, ampliando los servicios de atención especialmente en aquellos países con mayores dificultades. Javier Vázquez, afirma que “Las normas generales de Derechos Humanos y los estándares internacionales sobre salud mental, se están convirtiendo en un componente esencial de las políticas planes y legislaciones correspondientes. Actualmente hay una tendencia a fundamentar los servicios de salud mental en normas constitucionales y derechos humanos que protegen explícitamente el derecho de los pacientes a vivir y ser tratado en comunidad⁴³.”

Las declaraciones se suceden en la región de las Américas y el Caribe, cientos de instrumentos que conformaron el “*soft law*” (derecho no vinculante) fueron adentrándose en el derecho interno de los países de la región y generando cambios que dependen de intereses diversos. Sin embargo la reforma que acompaña teorías y disciplinas que estudian lo biológico, lo físico, antropológico, la cultura, la ética y la psiquis, social y espiritual, donde cada uno tenido un lugar en el proceso de vida y hasta la razón de ser de una persona con discapacidad, no resolvió una integración que junte los saberes e intereses para ofrecer a

42. Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.

43. Javier Vázquez, Asesor Regional de Derechos Humanos, Área de Asuntos Jurídicos, Área de Tecnología, Atención de la Salud e investigación (LEG: THR), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington D.C. Estados Unidos de América.

la subjetividad de cada persona en quien ES, más allá de categorías, de diagnósticos, interpretación y empeños en ubicar en un lugar u otro del propio existir.

- Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021. Los ministros de salud de todo el mundo ratifican el plan de acción para mejorar la salud de todas las personas con discapacidad

En una decisión histórica, la 67^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución por la que ratificaba el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad. El Plan de acción dará un impulso considerable a los esfuerzos de la OMS y los gobiernos por mejorar la calidad de vida de mil millones de personas con discapacidad de todo el mundo.

El Plan de acción, cuya elaboración se había solicitado un año antes en la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, se basa en las recomendaciones contenidas en el *World report on disability* (Informe mundial sobre la discapacidad) elaborado por la OMS y el Banco Mundial y está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se elaboró en consulta con los Estados miembros, organizaciones de las Naciones Unidas y asociados nacionales e internacionales, en particular organizaciones de personas con discapacidad. El Plan de acción tiene tres objetivos:

1. Eliminar obstáculos y mejorar el acceso a los servicios y programas de salud.
2. Reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación, habilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como la rehabilitación de ámbito comunitario.
3. Mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad y potenciar la investigación sobre la discapacidad y los servicios conexos⁴⁴.

Es decir que la uno de los vínculos por los cuales se define la estrategia para el desarrollo de los programas que lleva adelante la OMS/OPS es la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, sin embargo en general el sistema sanitario no realiza los ajustes

44. *Xty-Sixth World Health Assembly Wha66.9* Agenda ítem 13.5 27, may 2013. Disability http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf?ua=1

razonables para armonizar la practica sanitaria a los principio, derechos y acciones que se definen en la CDPD. La OPS en 15 de junio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó una nueva herramienta (*Quality Rights Tool kit*) para ayudar a los países a garantizar el respeto de los derechos de las personas con trastornos mentales. Esta guía también tiene el objetivo de que se cumplan los estándares de derechos humanos en las instalaciones médicas y sociales de salud mental en todo el mundo.⁴⁵

La salud mental y el reflejo de la convención de los derechos de las personas con discapacidad

Galende analiza que no siempre se acepta el desconocimiento sobre algo que puede ser calificado como sufrimiento mental, padecimiento mental o patología mental, cuando se interviene con otro/a, sobre todo la supremacía de quien “decide”, un modelo de atención, es el profesional que debe tener presente la comprensión, confianza y la relación de alteridad y al hacerlo la dimensión intersubjetiva por ello cuando menciona momentos y como “*cuarto de esta ética, el de la práctica, el del hacer del terapeuta, momento en que su ética se expresa en acción con el otro, debe responder y ser coherente, con su sentimiento por el semejante, su comprensión y su interlocución con él y la comunidad profesional a la que pertenece*”⁴⁶. Lo logra en la medida que se relacione

45. El instrumento ha sido armonizado con la CDPD, por el Ministerio de Salud y la Universidad de Medicina de Santiago de Chile donde se desempeña el Dr. Alberto Minoletti. Permite: Crear condiciones de vida seguras e higiénicas en las instalaciones y un entorno social propicio para la recuperación.

Suministrar una atención basada en la evidencia, y con la premisa del consentimiento libre e informado, y no de la coerción.

Poner en marcha un tratamiento que mejore la autonomía de las personas y fomente la participación en sus propios planes de recuperación.

Mejorar el soporte para ayudar a la gente a encontrar trabajo, conseguir una educación, y tener acceso a prestaciones y servicios sociales de vivienda.

Acabar con las prácticas de tratos inhumanos y degradantes, que son tan habituales en todo el mundo.

46. Galende Emiliano, *Consideracion de la subjetividad en Salud Mental*, en Revista Salud Mental y Comunidad, Universidad Nacional de Lanus, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Diciembre de 2012, pág 23.

con un sujeto de derechos, donde la práctica no es lo que se disciplinó en un saber curricular y es ahí donde este proceso epistemológico que conmovió las estructuras y se tornó relativo y complejo lo que antes era estrictamente positivo otorga otro camino, complejo, descentrado, relativo y al mismo tiempo dinámico, intersubjetivo, pleno de obligaciones ”.

Puede decirse que el cambio plasmado en nuestro ordenamiento jurídico ha cristalizado una mirada de la persona situada y contextualizada. Una mirada de la persona y sus circunstancias, donde los derechos humanos se presentan como herramientas –culturales, sociales y jurídicas– destinadas a honrar la idea de dignidad humana que los fundamenta. Nuestro derecho civil se ha cimentado desde esta concepción holística, traspasando una sumatoria de enfoques sesgados. No cabe duda de que gran parte de este logro es el resultado de la evolución que se ha dado en el sistema internacional de protección de los derechos humanos, del cual, el sistema interamericano es gestor y receptor consagrado⁴⁷.

La dialéctica de las prácticas es otra, la interpelación es una condición que se plantea de forma activa frente a una intervención profesional con otro con titular de derechos. La resistencia de los distintos poderes se conmueve frente al concepto de ciudadanía, se va del lugar “disciplinador” del homo sacer al poder soberano y la nuda vida (1995), Agamben⁴⁸ sostiene que en Occidente la gestión política de la vida, que se manifiesta también a través de la manipulación del derecho, ha transformado la vida misma del hombre en “nuda vida”, es decir, en vida despojada de toda significación. Homo sacer era, en el mundo romano, aquel condenado que podía ser asesinado sin que el asesino fuera acusado de homicidio y que, además, no podía ser sacrificado según el rito religioso. El hombre moderno no difiere del homo sacer, en la medida en que su suerte depende de la voluntad del poder soberano. Para la construcción de ciudadanía activa. “Se susti-

47. Palacios Agustina, en “Revista de Derecho de Familia” N° 77.

48. Giorgio Agamben (Roma, 1942) representa una referencia esencial en el campo de la filosofía política contemporánea. Su obra *Homo sacer I. El poder soberano y la vida desnuda* (1995), en la cual analiza e interpreta la categoría de soberanía y toma perspectiva filosófica de Hannah Arendt y de Michel Foucault. Desarrolla la nuda vida desde la biopolítica y el poder soberano como eje de la modernidad.

tuyen las viejas incapacitaciones jurídicas que determinaban la muerte civil de las personas declaradas insanas. La concepción ampliada de ciudadanía a las personas con discapacidad mental constituye “una verdadera revuelta de subjetividades entre individuos y colectividades, contra una ciudadanía estatizante tutelar y homogeneizadora” e influye decididamente sobre el derecho al ejercicio del rol de cuidado –por sí mismas aunque no necesariamente por sí solas– de las mujeres constituidas en nuevas ciudadanas plenas.

Vemos que los cambios operados en la concepción de la discapacidad influyen en nueva concepción de ciudadanía ampliada, la cual, a su vez, tiene un impacto profundo en la concepción del cuidado como derecho. El cuidado designa “la acción de ayudar a un niño, niña o persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de la vida cotidiana” (Batthyany Dighiero, 2015, p.10). Si bien el cuidado ha sido históricamente impuesto como deber, responsabilidad y práctica social también es un derecho. En esa línea expresa Batthyany Dighiero que el debate en torno a cómo incorporar la complejidad de cuidados en una lógica de derechos se relaciona con la igualdad de oportunidades, de trato y de trayectorias en el marco de un contexto de ampliación de derechos de las personas que conduce a un nuevo concepto de ciudadanía (2015, p.11). A la inversa, también podría sostenerse que el nuevo concepto de ciudadanía plena que alcanza tardíamente a las mujeres con discapacidad mental, es el que conduce a poner en debate la lógica de derechos y la igualdad de oportunidades que se impone para estas mujeres en el marco de una clara ampliación en el reconocimiento del derecho al cuidado. Más allá de ello, se observa que mientras el patriarcado les ha impuesto a las restantes mujeres el maternaje, en tanto le ha resultado funcional a sus intereses, no sólo ha prescindido de las mujeres con discapacidad mental para estos fines, sino que le ha negado su derecho al cuidado. Las mujeres con discapacidad han sido excluidas de las tareas de cuidado y del derecho a su propia familia, por cuanto el rol ha sido concebido por el patriarcado

en torno una madre capaz por sí sola de transmitir las prácticas y valores culturalmente aceptados y atender todas las necesidades de su prole⁴⁹.

Hemos dicho⁵⁰ que en este escenario, los Derechos Humanos se alzan como regla de proporcionalidad, como derecho, como acción, como principio, como valor y como excepción. En su progresividad el impacto que producen los derechos reconocidos establece un cambio epistemológico donde los conceptos se descentran y se establecen en un movimiento continuo, a través del diálogo intersubjetivo, “La pluralidad democrática es el reconocimiento a la diversidad y a la diferencia; sobre todo, al uso pragmático que hace la ciudadanía de los discursos sociales cuando desea formar parte del diálogo democrático”. Es la tesis que sostiene Habermas, cuando considera que es la pragmática comunicativa el referente al que debe estar asociada la práctica política si se trata de profundizar en los componentes simbólicos y las representaciones que se hacen los ciudadanos del Estado y sus sistemas de organización institucional. La democracia debería ser comunicación sin exclusión, es el programa político que le permitirá a cada ciudadano dirigir sus acciones en correspondencia con una participación social donde el acuerdo y el consenso les permitan reconocer los intereses y los bienes en común que deben orientar a la sociedad. En el ámbito de la intersubjetividad es donde el reconocimiento del otro hace posible la justicia, la equidad y la solidaridad humana⁵¹”.

En conclusión, destacamos los Derechos Humanos, no sólo desde la relevancia que han adquirido a nivel jurídico en las democracias occidentales, sino desde donde venimos, de la naturaleza de nuestro ser ahí, arrojados en el mundo, entre la desigualdad y la Justicia. En este sentido ha dicho el filósofo Reyes Mate que “La tesis de mi Tratado de

49. Custet Llambi, Rita; trabajo Seminario de la maestría Genero Sociedad y Políticas, PRIGEPP FLACSO, Argentina. Discapacidad mental, ciudadanía y maternidad. Del despojo al cuidado como derecho.

50. Kraut, Alfredo e Iglesias, María Graciela, *Salud Mental y Derechos Humanos*, en Revista de Derecho de Familia N°77, Directoras: Cecilia P. Grossman, Nora Lloveras, Aida Kemelmajer de Carlucci. Marisa Herrera. Editorial Abaledo Perrot, pág. 13.

51. Habermas, Jürgen; *Lenguaje y diálogo, el rol del entendimiento intersubjetivo en la sociedad moderna* Zulay C. Díaz Montiel; Utopía y Praxis Latinoamericana 2007.

la injusticia se sostiene básicamente sobre una idea, y es que confundimos sistemáticamente desigualdad con injusticia, dos conceptos radicalmente diferentes. Cuando hablamos de desigualdad, hablamos de desigualdades producidas por el azar; mientras que la idea de justicia conlleva la idea de causalidad y responsabilidad. Las injusticias están porque las hemos causado, son producto de la acción del hombre que está planteando el tema de la responsabilidad. Mientras asimilemos injusticia a desigualdad nos incapacitamos para asumir las responsabilidades históricas, porque nosotros no nos sentimos implicados en esa historia, y eso es lo que contribuye poderosamente a invisibilizar la injusticia.”⁵²

La Declaración Universal de los Derechos Humanos se ha traducido a más de 360 idiomas (es el documento más traducido del mundo) y ha sido fuente de inspiración para las constituciones de muchos Estados que se han independizado recientemente, y para muchas democracias nuevas.

Las Naciones Unidas también han aprobado muchos tratados que obligan jurídicamente a los Estados a garantizar los derechos fundamentales de sus ciudadanos. Los más pioneros han sido: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y sus dos Protocolos Facultativos (sobre el procedimiento de quejas individuales y la pena de muerte) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo. La Declaración, junto con esos dos Pactos y sus Protocolos, constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos.

Los trabajos de los organismos internacionales de derechos humanos representan una estructura que actúa catalizando las acciones de reconocimiento e impedimento de abuso de derechos en los Estados.

Las normas que han afectado el campo de la salud mental se han desarrollado en un colectivo de derechos y garantías que han tenido como eje los organismos que fijan estándares en la políticas públicas de los países y que llevan adelante con fundamento en los objetivos de planes acción tendiente a la accesibilidad de la salud basada en los derechos humanos fundamentales: “ El examen de los objetivos y metas

52. <http://revistadeletras.net/reyes-mate-existe-un-deber-de-memoria-porque-al-conocimiento-se-le-escapa-mucha-realidad/>

de desarrollo del Milenio relacionados con la salud debe realizarse en el marco del derecho a la salud, teniendo en cuenta sus aspectos Éticos, sociales, técnicos y políticos. La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad. Más aún, las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud, y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios. La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud, y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible.

Por tal razón, son varios los objetivos de desarrollo del Milenio que se relacionan con la salud, tales como la reducción de la mortalidad materna y en la niñez; el control de enfermedades como el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis; el mayor acceso a los servicios de agua potable y saneamiento; la reducción de la pobreza y el alivio del hambre, la malnutrición y la prestación de servicios de salud, incluido el acceso a los medicamentos esenciales. En este sentido, la OMS ha publicado sus funciones desarrollando sus objetivos: ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas, determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos, establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica, formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico, prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera, seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Esta circunstancia no debe confundir la garantía de derechos general que es que, cuando nos referimos al acceso de las y los usuarios al sistema de salud mental, estamos hablando, al mismo tiempo, de las personas con o en situación de discapacidad. Es decir, es el mismo colectivo tratado desde dos ejes que no se diferencian sino se complementan y armonizan.

Es así que los Derechos Humanos aplicables a la convención entre otros son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el que garantizan el derecho a la salud, entre otros. El Protocolo fue adoptado por consenso el 10 de diciembre de 2008 por la Asamblea General de la ONU y se abrió a la ratificación el 24 de septiembre de 2009. Cuarenta y dos países lo han firmado, indicando su intención de ratificarlo. Su ratificación es necesaria para hacer que sea vinculante jurídicamente.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Pacto constituye el principal marco legal para la protección y la promoción de los derechos económicos, sociales y culturales. Estos derechos abarcan, entre otros, el derecho al trabajo, a la salud, a la educación, a la alimentación, al agua, al saneamiento, a la vivienda adecuada, a la seguridad social, y a participar en la vida cultural. Todos los Estados que son parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales tienen la obligación, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y garantizar estos derechos a todas las personas sin discriminación. El Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos: desde una aproximación general, los derechos civiles y políticos enumerados en el Pacto pueden dividirse distintas áreas:

Derechos relativos a la existencia humana y la integridad de la persona entre los que se encuentran el derecho a la vida, a no sufrir tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes, entre otros—. Estos derechos son antecedentes de la función de control y monitoreo que la Ley Nacional de Salud Mental trajo con la creación del Órgano de Revisión de Salud Mental.⁵³

53. Ver informes de Gestión 2014/2015; Resols. S.E. 05/2015 y 01/2016 Órgano de Revisión ley de Salud Mental. Argentina en: <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1514-resolucion-05-15-aprobacion-del-informe-de-gestion-2014> y <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/2642-resolucion-01-16-aprobacion-del-informe-de-gestion-2015>

Niños y niñas con discapacidad. Y salud mental la infancia en Espera

En el artículo 24 de la Convención queda establecido que: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. “Por su parte el art. 25 hace referencia a: “Los Estados partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación”.

Resulta evidente que el reconocimiento de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, están en total oposición a medidas de internamiento forzado, el tratamiento fuera del tejido comunitario, la utilización de medicación como eje rehabilitador, la separación del ámbito familiar y la esterilización recurrente, afectando el derecho actual y futuro y desafiando la implementación de ajustes razonables⁵⁴.

Hacia el cambio de paradigma de la mano del Sistema de Derechos Humanos

Hoy en día, hay numerosos movimientos, perspectivas y enfoques sanitarios, como son: la ética de intervención sanitaria, la atención primaria, la promoción de la salud, los determinantes sociales, la seguridad sanitaria, la continuidad asistencial o los de género, los de desarrollo, los biomédicos, los macroeconómicos, etc. Todos ellos son muy importantes. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud está presente en todos ellos. Es la única perspectiva que se

54. Iglesias María Graciela, *Tutela Judicial Efectiva en la Internación de niñas, niños y adolescentes*. “Para Muestra basta un botón”. En Tratado de Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes, Silvia Eugenia Fernandez, Directora, TomoIII, Editorial Abeledo Perrot, pág 2971.

sustenta en valores reconocidos universalmente y que está reforzada con obligaciones jurídicas. Si se entiende como es debido, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud puede contribuir de manera importante a la creación de sociedades más justas y de sistemas de salud equitativos. El accionar de la justicia ⁵⁵ fijando pronunciamientos que armonicen el discurso de la política sanitaria y sus prácticas con la categoría de derecho ratificados cataliza el cambio hacia una necesaria armonización entre derecho y salud mental que lleva a una conceptualización más ajustada al modelo social de la CDPD, donde el diagnóstico es una variable de una persona más nunca representa su condición de persona, ya que el derecho a la personalidad jurídica⁵⁶, está garantizado por su sola existencia, por la grandeza de ser “persona” en el sistema de Derechos Humanos.

El pronunciamiento de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Ximenes Lopes c/ Estado Basileño* de 2006 y la Nota 8 del Informe N° 63/99 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso “*Victor Rosario Congo v. Ecuador*” 13/4/1999 (caso citado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina en la Sentencia sobre Competencia N° 1511. XL. “*Tufano, Ricardo Alberto s/ internación*”. 27/12/2005) correspondiéndose con la actividad de los organismos de Derechos Humanos y salud Mental, organizaciones, la asociación de familiares y usuarios, el apoyo de la OPS en la implementación de prácticas de derechos y sanitarias.

A través de una medida cautelar adoptada en el 2003 y reafirmada en el 2008, la Comisión Interamericana adoptó otra decisión relevante en un caso relativo a pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico de Paraguay, estableciendo protecciones para las personas con discapacidad

55. Ver Palacios, Agustina, *La discapacidad mental como cuestión de derechos humanos a la luz del desarrollo de nuestra jurisprudencia constitucional*.

56. Artículo 3. Derecho al Reconocimiento de la Personalidad Jurídica. Toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica. Convención Americana Sobre Derechos Humanos Suscrita En La Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos (B-32) San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969, Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).

mental allí internadas.⁵⁷ Allí se determinó que el sistema penitenciario ecuatoriano no cumplía con los estándares internacionales sobre la asistencia médico psiquiátrica, de conformidad con los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asimismo, si bien no se cuestionó propiamente la medida del internamiento –exigencia a la luz del modelo social de discapacidad y el derecho internacional– la Comisión buscó proteger la integridad de las personas y acabar con los maltratos a los que se les sometía poniendo especial énfasis en el aislamiento celular. De esta manera, la Comisión solicitó a Paraguay que adopte todas las medidas necesarias para proteger la vida y la integridad personal de los y las pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico, en especial para prevenir la ocurrencia de nuevos actos de violencia física y sexual al interior del Hospital, y requirió que informe sobre las medidas adoptadas para investigar los presuntos abusos sexuales y hechos de violencia que habrían resultado en la muertes de varias personas, con el fin de prevenir la repetición de tales hechos.⁵⁸

Como se ha expresado en anteriores trabajos, es importante destacar que con posterioridad a la vigencia de la CDPD en el sistema universal, tanto la Comisión como la Corte han abordado la temática de discapacidad desde una perspectiva que incluye la concepción del modelo social, y pone el énfasis asimismo en el derecho de acceso a la justicia de personas con discapacidad.⁵⁹ Se hace referencia al caso “*Fur-*

57. CIDH, MC 277-07, Pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico, Paraguay. 17 de diciembre de 2003 y 29 de julio de 2008.

58. Que establecen que las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental deben recibir la mejor atención disponible de salud mental; así como con la Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, que disponen que “[l]os alienados [sic] no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales y en el caso de que deban permanecer en prisión, deben permanecer bajo la vigilancia especial de un médico.” CIDH, MC 277-07 - Pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico, Paraguay. 17 de diciembre de 2003 y 29 de julio de 2008.

59. Palacios, Agustina Salud Mental en el sistema Americano de Derechos humanos en Revista Derecho de Familia n°77, Directoras: Cecilia P. Grosman, Nora Lloveras, Aida Kemelmajer de Carlucci, Marisa Herrera, 2016.

lan y Familiares vs. Argentina”, en el que se focaliza en la determinación de la violación del derecho de acceso a la justicia y debido proceso, por las demoras injustificadas en la tramitación del proceso.⁶⁰ La Corte resolvió la controversia entre las partes a partir de una interpretación de los derechos de la CADH y las obligaciones que de estos se desprenden, a la luz de las medidas de protección que se derivan de los estándares generales de protección de derechos en materia de discapacidad. En dicho marco, se realizó un profundo desarrollo de conceptos claves relacionados con el derecho de acceso a la justicia en el contexto de personas con discapacidad.⁶¹ Afirmando la Corte Interamericana “*que las personas con discapacidad a menudo son objeto de discriminación a raíz de su condición, por lo que los Estados deben adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para que toda discriminación asociada con las discapacidades sea eliminada, y para propiciar la plena integración de esas personas en la sociedad.*”, y que en el marco de dichas medidas, “*el debido acceso*

60. Corte IDH. *Furlan y Familiares Vs. Argentina*, de 31 de agosto de 2012, párr. 133.

61. Tema que ha preocupado y ocupado a la Corte Suprema de Justicia argentina, y en el que nuestro máximo tribunal ha incorporado los estándares de derechos humanos provenientes del derecho internacional. Palacios, Agustina, “La discapacidad mental como cuestión de derechos humanos a la luz del desarrollo de nuestra jurisprudencia constitucional”, en la obra *Máximos precedentes*.

a la justicia juega un rol fundamental para enfrentar dichas formas de discriminación”.⁶²

En el caso “*Artavia Murillo y otros (‘Fecundación in vitro’) vs. Costa Rica*”, la Corte IDH recurre a los estándares generales en materia de protección de derechos de las personas con discapacidad, como ya lo había hecho en el caso *Furlan*.⁶³

La Corte Interamericana también ha tenido oportunidad de conocer situaciones relativas a la violación de los derechos de las personas con discapacidad a través de su función consultiva. Así, en la Opinión Consultiva N°17 señaló que el concepto de vida digna, se relaciona con la norma contenida en la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo artículo 23.1, relativo a los niños que presentan algún tipo de discapacidad, establece lo siguiente: “1. *Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida*

62. Caso “*Furlan y Familiares vs. Argentina*”, 31/08/2012, parr. 135 El derecho internacional ha buscado dar respuesta a la histórica exclusión de las personas con discapacidad del sistema de justicia, mediante dos normas fundamentales de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: los arts. 12 y 13. El artículo 12 consagrando la garantía de igualdad en materia de capacidad jurídica, lo que tiene enormes implicancias a la hora de poder ejercer los derechos en el sistema de justicia por parte de una persona con discapacidad mental o intelectual (y que impone una serie de obligaciones, entre ellas el reconocimiento del ejercicio de dicha capacidad durante el proceso, para lo cual se hace necesario garantizar un sistema de apoyos acompañado por salvaguardias judiciales pertinentes). El artículo 13 tiene como fin asegurar “que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares. ()”.

63. Caso “*Artavia Murillo y otros (‘Fecundación in vitro’) vs. Costa Rica*”, 28/11/2012 Destaca Villaverde que luego de las sentencias de la Corte Interamericana en los casos “*Furlan y familiares vs. Argentina*” (2012) y en “*Artavia Murillo y otros (‘Fecundación in vitro’) vs. Costa Rica*” (2012), los estándares de protección dimanantes de la CDPD forman parte del corpus iuris de protección de derechos humanos de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito universal como regional, presidido por el principio preeminente pro persona (art. 29 de la CADH y art. 4°, párrafo 4° de la CDPD). Villaverde, Maria Silvia, ¿Qué son las barreras de accesibilidad al ejercicio de los derechos?, Discapacidad, Justicia y Estado. Barreras y propuestas, Abril de 2014., Id SAIJ: DACF140223

*plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.”*⁶⁴

El 4 de abril de 2001 la CIDH aprobó en su 111° período extraordinario de sesiones celebrado en Santiago, Chile, la *Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental*. En este documento la CIDH hace recomendaciones muy concretas a los Estados, a la sociedad civil y a los usuarios y sus familiares en relación con la necesidad de proteger los derechos básicos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales, de conformidad con los estándares y normas generales de derechos humanos establecidos por el derecho internacional.

Para finalizar, y debido a las profundas implicancias que tiene el tema en relación con el ejercicio de los derechos humanos de personas con discapacidad, se hace imprescindible mencionar la Observación General del Comité para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, “*Sobre la necesidad de interpretar el artículo I.2, Inciso B) in fine de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*,”⁶⁵ en el marco del artículo 12 de la *Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*⁶⁶.

Analizando la institución de la incapacitación a la luz del art. 12 de la CDPD, el Comité advirtió sobre la contradicción existente entre las normas mencionadas, brindando profundas razones para la aplicación de la Convención Internacional, que recepta los mayores

64. Corte IDH. Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño, de 28 de agosto de 2002. Véase; Fernandez, Silvia E. (Dir.), Tratado de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2015.

65. Que establece: “(...) En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.” Art. 1.2.b. de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

66. Adoptada en la Primera Reunión Extraordinaria del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, OEA/ Ser.L/XXIV.3.1 CEDDIS/doc.12 (I-E/11) Rev.1 4 y 5 de Mayo de 2011.

estándares de protección en materia de capacidad jurídica. Asimismo, destacó la existencia de legislación civil en la región interamericana, que recepta la figura de la curatela (y similares), destacando la necesidad de una revisión y reforma consecuente.⁶⁷

Asimismo, el Comité instó a los Estados parte de la Convención Interamericana “a tomar medidas, en consonancia con el artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas, para garantizar el reconocimiento de la capacidad jurídica universal, incluyendo a todas las personas con discapacidad, independientemente de su tipo y grado de discapacidad, y en consecuencia con ello, iniciar en el más breve plazo un proceso de sustitución de la práctica de la interdicción, curatela o cualquier otra forma de representación, que afecte la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, a favor de la práctica de la toma de decisiones con apoyo.”⁶⁸

La posición del Comité Interamericano a través de la Observación General comentada se vio fuertemente respaldada en el sistema universal de protección, mediante la Observación General Nro. 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, que expresa –entre muchas otras cuestiones– *“que el hecho de que una persona tenga una discapacidad (...) no debe ser nunca motivo para negarle la capacidad jurídica ni ninguno de los derechos establecidos en el artículo 12”*.

67. “La mayoría de los Códigos Civiles, principalmente, de los Estados de la región, mantienen en sus normativas legales institutos jurídicos como la declaración de insania y la curatela como forma de representación legal de la personas con discapacidad, particularmente, personas sordas y personas con discapacidad mental o intelectual y que dichas instituciones deben ser revisadas en el marco de lo establecido por el artículo 12 de la CDPD por mandato del artículo 4.1 inciso a) y b) de dicha Convención(...)”. Resolviendo en consecuencia “Solicitar al Secretario General de la OEA disponer, a través de sus instancias jurídicas pertinentes, la revisión del artículo I.2 inciso b) in fine de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, con el objeto de armonizarlo con el artículo 12 de la Convención sobre los derechos de la persona con discapacidad de las Naciones Unidas, recomendando lo más conveniente, sea su inaplicación práctica, o su derogación.”

68. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general N° 1CRPD/C/GC/1, 19/05/2014.

Resulta oportuno destacar que en Argentina se ha vivido una reforma muy importante en materia de capacidad jurídica, que tuvo su consagración con la Unificación del Código Civil y Comercial de la Nación. Los arts. 32 y ss. obligan a cambiar el eje de la cuestión. Hoy en día el proceso no se centrará en dilucidar *si* la persona con discapacidad tiene capacidad jurídica, sino en *qué necesita* la persona para el ejercicio de la capacidad jurídica. La respuesta exige por parte del sistema judicial una serie de garantías, entre las que se destacan la condición de parte de la persona, el otorgamiento de asistencia letrada, un abordaje interdisciplinario, condiciones de accesibilidad, ajustes razonables y sobre todo, un sistema de apoyos para la toma de decisiones, acompañado por una serie de salvaguardias que lo acompañan.⁶⁹

En referencia a la ley de salud Mental Argentina ha sido contundente, lo que ha significado desde su implementación en el protagonismo activo de las personas, ubicándolas en el principio convencional de igual reconocimiento como persona ante la ley (art. 12 de la CDPD) En este sentido, la ley 26.657 de Salud Mental, en tono con los derechos humanos, inviste a la personas del respeto a su decisión, al mantener la capacidad y estar siempre a la presunción de ella, el principio de atención tiene su antecedente en el art. 26 de la CDPD respecto del abordaje para la habilitación y rehabilitación de la persona dirigido este modelo de atención a la inclusión comunitaria. La intervención de manera interdisciplinaria garantizando así una mirada integral de la persona (art.5 de la Convención de Derechos Humanos), donde el concepto de enfermedad no es unívoco para establecer su capacidad sino todo lo que alguien puede desarrollar y ser independientemente

69. Sobre el nuevo sistema de atribución de capacidad jurídica en el Derecho argentino, véase: Kemelmajer de Carlucci, Aida, Fernandez Silvia E., y Herrera, Marisa, “Bases para una relectura de la restricción a la capacidad civil en el nuevo Código”, *La Ley*, AÑO LXXIX Nro. 153, Tomo La Ley 2015-D, ISSN 0024-1636; Kraut, Alfredo, y Palacios, Agustina. “Comentarios al Código Civil y Comercial de la Nación, arts. 31 a 50”, en la obra “Código Civil y Comercial de la Nación Comentado” (Lorenzetti, Ricardo L. Director), Tomo I, pp.125 a 274, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2014; Iglesias, María Graciela, “La capacidad jurídica. El modelo de apoyo en la toma de decisiones, en la obra *Hacia un nuevo concepto de capacidad jurídica*, Zito Fontan, Otilia (Coord), AdHoc, 2014; Pagano, Luz, M. “Salud mental: el antes y después del Código Civil y Comercial”, *Revista de Derecho de Familia* 73, Marzo, 2016, Abeledo Perrot, Buenos Aires.

de un diagnóstico en la salud. En este sentido, además, la ley trae el consentimiento informado, que consideramos esencial en términos de la capacidad jurídica (art.5 de la Convención de Derechos Humanos. Toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica: este derecho está reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) en su artículo 6, por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) artículo 16, la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) artículo 3. Estas normas se encuentran formuladas de modo operativo, es decir, resultan de aplicación directa y automática, la CDPD artículo. 12.

Resulta vital el reconocimiento de la personalidad jurídica, puesto que ello lleva a considerar el derecho de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial:

- a defender su capacidad civil.
- a eliminar el proceso de interdicción.
- que la reforma contenga estos principios.

Concordando con los tratados genéricos mencionados supra, instrumentos internacionales dictados específicamente para la protección de las personas con discapacidad mental y expresan que: *“todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto internacional de derechos civiles y políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la “Declaración de los derechos de los impedidos” y el “Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”*”.⁷⁰ Es por ello que, en esta tarea de homogeneizar estándares, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que, al igual que la Convención Internacional, la Convención Interamericana tiene en cuenta el modelo social para abordar la discapacidad, lo cual implica que *“la discapacidad no se define exclusivamente por la presencia de una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, sino que se interrelaciona con las barreras o*

70. https://books.google.com.ar/books?id=7023GhQX_6MC&pg=PA261&clpg=PA261&dq=todas+las+personas+que+padezcan+una+enfermedad+mental+tendrán+derecho+a

*limitaciones que socialmente existen para que las personas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva. Los tipos de límites o barreras que comúnmente encuentran las personas con diversidad funcional en la sociedad, son, entre otras, barreras físicas o arquitectónicas, comunicativas, actitudinales o socioeconómica”*⁷¹

Hoy se impone un camino de construcción de un modelo de intervención judicial con el otro, cuando refiere al modelo social de la discapacidad y la diversidad, ya no es suficiente la justicia de acompañamiento que sabiamente enseñó el maestro Morello⁷², hoy se requiere una justicia con la persona, cada resolución ajustada a la extraordinaria dimensión de la capacidad que impone el respeto a la personalidad jurídica de la persona.

El artículo 12 de la CDPD constituye el gran desafío de garantizar la igualdad en el ámbito de la capacidad jurídica. El primer párrafo del artículo 12 prescribe el derecho a ser reconocido como persona ante la ley, es decir, el derecho a la personalidad jurídica. La cláusula inserta la locución “en cualquier lugar” en una referencia visible al ideal universalista de la norma como garantizadora de los derechos en el dominio intraestatal y como corolario de la ciudadanía. Bajo ciertas leyes latinoamericanas se reconoce la personalidad jurídica desde el nacimiento con vida y a los nacientes se les resguardan derechos desde la concepción –así determinan los códigos civiles de Argentina, México y Brasil. En el caso de Brasil, por ejemplo, también se garantiza que el certificado de nacimiento sea concedido gratuitamente a las personas carentes según sus disposiciones constitucionales (...) los derechos políticos se encuentran entre los derechos asegurados. El segundo párrafo pone de manifiesto la inconventionalidad de conductas discriminatorias adoptadas por el Estado para que personas con discapacidad puedan votar o puedan ser candidatos a cargos electivos. La autonomía de las personas se ha subvertido sistemáticamente a través de herramientas legales que permiten la usurpación de la capacidad jurídica de los actos de la vida en la sociedad. La habilidad de una persona con una discapacidad—que no tiene capacidad jurídica—para

71. Palacios Agustina, ob. cit. pág. 34.

72. Morello Augusto, eximio jurista y académico que le dio otro carácter al Derecho Procesal y refirió del Derecho de Familia como la Justicia de acompañamiento.

tomar decisiones, para lograr independencia y ser incluida plenamente en la comunidad “se encuentra fatalmente comprometida.” Por estas razones, Inclusión Internacional sostiene que “la capacidad de actuar no es sólo componente de la capacidad jurídica en el artículo 12, es la parte más definitiva: el derecho a tomar decisiones⁷³.”

Conclusión final

Luego de analizar someramente el contexto jurídico podemos afirmar que existe un universo jurídico que coloca definitivamente y después de siglos de exclusión a las personas con discapacidad en el lugar del derecho que la filosofía del derecho cimienta en la teoría dualista⁷⁴ y aun la trialista⁷⁵, hay un eje normativo y la axiología de la norma la convierte en derecho vivo, sin embargo aún persisten barreras que imponen que quienes actúan en los distintos niveles

73. Capacidad jurídica: un Nuevo Paradigma Desde la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Capacidad jurídica: un Nuevo Paradigma Desde la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad <http://digitalcommons.wcl.american.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1840&context=auilr>

74. La concepción dualista de los derechos fundamentales de Gregorio Peces-Barba Rafael de Asís Roig, Universidad Carlos III de Madrid. Igualmente para el dualismo, los derechos son instrumentos que se apoyan y que necesitan del Derecho, en el sentido de que no cabe hablar de ellos si no encontramos referentes jurídicos que los soporten o, si se prefiere, si no podemos aportar razones jurídicas que sirvan para justificarlos. Y esta relación entre los derechos y el Derecho, de nuevo, suministra complejidad al discurso de los derechos, ya que supone, al menos, defender una determinada concepción del fenómeno jurídico y asignar un papel en su interior a los derechos. Ahora bien, el modelo dualista en Peces-Barba utiliza junto a esos dos referentes otras dimensiones esenciales para su comprensión: la historia, el Poder político y el ámbito social. http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9396/concepcion_asis_2008.pdf?sequence=1

75. La Teoría Tridimensional Del Mundo Jurídico, Werner Goldschmidt desarrolla la integración de las tres dimensiones bajo la teoría del reparto como adjudicación o negación de bienes jurídicos La investigación de la justicia como valor lleva inexorablemente al análisis del objeto valorado por la justicia o sea a su material estimativo. El objeto sobre el cual recae la valoración de justo o injusto, son el orden de conductas de reparto de potencia e impotencia y las razones de las mismas <http://www.derechointernacional.net/publico/introduccion-filosofica/170-werner-goldschmidt-q-la-teoria-tridimensional-del-mundo-juridico.html>

sociales y culturales, tengan la capacidad de la constricción cultural para el reconocimiento e inclusión de las personas con discapacidad. Quizás revisar denominaciones y verdades disciplinares, experticias y modalidades, motivar la relatividad en lucha con la certeza de creencias. No hay una persona única, un usuario/a único/a, un/a paciente único/a, al igual que no existiría un diagnóstico o pronóstico que facilita restricciones, si no queda la convicción de la infinita diferencia de la existencia “Por esencia la existencia no está jamás aislada; no es más que en la comunicación y en el saber que concierne a las otras existencias. Los otros hombres no son, como en el caso de, Heidegger, un elemento necesario, es cierto, de la estructura, pero perturbador cuando se trata de ser sí mismo; todo lo contrario, sólo en la vida en conjunto de los hombres, en el mundo dado en común, la existencia puede desarrollarse. En el fondo el concepto de comunicación encierra un concepto de humanidad, no completamente desarrollado; pero sí nuevo en su posición, según el cual la humanidad es la condición de la existencia del hombre. En todo caso las personas coexisten en el interior del Ser englobante; no corren más tras el fantasma del sí-mismo, ni viven en la ilusión presupuesta del Ser en general.

Con el movimiento, esencial de la trascendencia pensante y del fracaso que afecta al pensamiento, se llega a esto: la persona en tanto que “Señor/a de sus pensamientos” no es solamente más que todo lo que piensa (lo que sería probablemente la condición fundamental de una nueva definición de la dignidad del hombre); sino que sobre todo desde el comienzo, la persona se define como un ser fracaso que afecta al pensamiento, se llega a esto: el hombre, en tanto que se define como un ser que es más que su sí-fin, mismo y que es más que su sí-mismo y aspira más que a su sí-mismo. De esta manera la filosofía de la existencia supera el período de su egotismo. Hannah Arendt se propone, al distinguir el juicio como capacidad mental específica, mostrar que a él no se llega ni por deducción ni por inducción, sino por medio de un “sentido silencioso” que siempre se ha concebido como gusto y dentro del terreno de la estética moderna de la historia. El derecho a ser juez

último de los juicios nos permite recobrar nuestra dignidad humana y retirarle a la pseudo divinidad acontecimientos.⁷⁶.

La región de Latinoamérica está en un proceso de sanción de leyes de Salud Mental⁷⁷, con distintos procesos internos pero en la misma construcción de derechos, la respuesta depende de deponer interés por el sentido silencioso que propone Arendt, construyendo una representación donde Salud Mental es la Herramienta convencional para el ejercicio y restitución de derechos de las personas con discapacidad mental.

76. Arendt, Hannah *La filosofía de la existencia*. Conferencias sobre la Filosofía Política de Kant. Introducción y edición a cargo de Roland Beiner. Buenos Aires, Paidós, 2003

77. La República de Uruguay debate entre distintos proyectos en la actualidad. Chile ha realizado la reforma sanitaria y en la actualidad con una ley de salud mental en ciernes, Perú trabaja en la reforma de capacidad legal y un proyecto de ley de salud mental, Bolivia cuenta con proyecto de ley para la zona de la ciudad de La Paz, Colombia cuenta con una ley de salud mental que debe ser confrontada con la CDPD, Brasil ha sido pionera en reforma sanitaria, Latinoamérica toda y el Caribe está reestructurando los sistemas sanitarios y buscando la normalización.

REFORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE URUGUAY Y LA REGIÓN

Nelson de León
Andrés Techera

Introducción

Los procesos de reforma en la atención a la salud mental en la Región, así como en Europa y los EEUU, datan desde hace décadas y se encuentran en revisión permanente. Las lógicas de atención manicomial, con las consecuentes relaciones de asimetría y de sometimiento que las sostienen, vienen siendo cuestionadas por movimientos y organizaciones de defensa de los derechos humanos, dada la reiteración histórica de vulneraciones que han ocasionado. Si bien la máxima expresión de esta asimetría, se produce en el encierro manicomial, las relaciones de poder en la llamada atención ambulatoria también puede producir efectos de vulneración de derechos, tanto por acción como por omisión.

Las lógicas manicomiales, así como las fuerzas instituyentes antimanicomiales y la desmanicomialización, componen acciones de las fuerzas que intervienen en los procesos de reforma en la atención a la salud mental. Estas fuerzas se mueven, inciden, chocan. En tal sentido, compartimos lo dicho,

“existe entre lo antimanicomial y la desmanicomialización una complementariedad, donde lo antimanicomial es la acción de descomposición de las relaciones de poder y la desmanicomialización la construcción sustitutiva de nuevas relaciones, donde las personas con padecimiento psicosocial no están ubicadas en relación de dependencia”. (de León, 2015 p. 9)

Los procesos de reforma, no siempre han sido acompañados de legislación en salud mental que promuevan las transformaciones. Si bien en Europa, Italia se constituyó a fines de la década del 70 en el bastión del cierre de los Manicomios y del desarrollo de la atención comunitaria, con la consolidación de la Ley 180 en 1978 (Evaristo, 2000); otros países no lograron tales resultados, instituyéndose procesos de institucionalización que llevaron a reformulaciones en lugar de transformaciones. Así es que, Castel (1986) plantea que la mayoría de las veces, en los procesos de reforma a la atención en salud mental se producen cambios seriados en lugar de metamorfosis, que sería lo que promovería verdadera transformación de los diferentes elementos que integran el sistema.

Galende (2008) coincide con estas consideraciones, mostrándose pesimista a la hora de revisar los resultados de los procesos de reforma en la atención a la salud mental, en tanto pocas veces se logran transformar las dimensiones que componen las relaciones de poder.

Mientras que en Europa y EEUU, Castel (1984) Castel, y Col. (1980), los procesos de reforma se desarrollaron en el contexto de los convulsionados y prolíferos años sesenta y setenta. Para América Latina y el Caribe –asolados por el terrorismo de Estado y Dictaduras Militares y Cívico Militares– fue recién con las reaperturas democráticas y la inclusión de la perspectiva de derechos que los procesos comenzaron a despertar. Éstos, han tenido diferencias en la región, en función de los marcos normativos y legislativos que han acompañado los cambios a realizar, a los niveles de movilización y participación de las personas usuarias y familiares, de trabajadores y organizaciones de defensa de derechos humanos, así como de los recursos económicos y de contralor que hayan sido dispuestos para operativizar y garantizar los cambios.

El actual contexto en la región y nuestro país, es escenario de estos procesos y permite analizar los diversos componentes y como juegan en estas relaciones de fuerzas. Diversos actores luchan por dar dirección a las prácticas vinculadas al sufrimiento y sus condiciones de producción, intentando construir institucionalizaciones que produzcan sentido y posiciones de poder. A modo de ejemplo, Galende (2015) establece: “La psiquiatría ha pretendido una unidad de discurso sobre la enfermedad mental, para lo cual debe lograr mostrar a

la enfermedad mental como un objeto definible conceptualmente y demostrable, lo cual daría racionalidad a sus intervenciones prácticas sobre ese Objeto” (p. 44). Esta posición, se puede ver expresada en el actual Proyecto de Ley de Salud Mental en nuestro país, con media sanción en el Senado. En su Art. 2 establece el Trastorno Mental como el objeto de intervención (Proyecto de Ley de SM, 2015).

Otras fuerzas las constituyen organizaciones sociales, como la Asamblea Instituyente, Colectivo Vilardevoz, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, IELSUR, Ciprés, Bibliobarrios, Proderechos (entre otras 50 organizaciones) y académicas; como el Grupo de Trabajo de Salud Mental Comunitaria, la Facultad de Psicología, el Programa APEX-Cerro de la UdelaR, nucleadas en la Comisión por una Ley de salud mental con perspectiva de derechos (CNLSM). Esta Comisión, entiende que una Ley de Salud Mental no debe ser del Trastorno Mental, sino de las personas. Ante lo cual se plantea, “Señalamos críticamente el hecho de que este proyecto de ley nomine a las personas usuarias como personas con “trastorno mental”. Esto no hace más que estigmatizar y patologizar el sufrimiento psíquico” (CNLSM, 2016).

Así es entonces, que el campo de la salud mental se puede concebir como un campo en disputa, atravesado y constituido por múltiples líneas y fuerzas de poder. En este sentido, se coincide con Barremblitt (1988) cuando establece el campo de la salud mental como lugar de entrecruzamiento de líneas de fuerza y de multideterminación histórica.

A continuación, se realizará un análisis de los procesos de reforma en Uruguay y de la región, los avances y retrocesos en la inclusión de la perspectiva de derechos, así como la coexistencia de concepciones e intereses contrapuestos que determinan la calidad de vida de las personas usuarias del sistema de atención en salud mental.

Uruguay hacia una Ley de Salud Mental

En octubre de 2016 la cámara de Senadores dio su aprobación a un Proyecto de Ley de Salud Mental, con el cual se busca derogar y dejar atrás la actual ley que regula la organización de la atención,

denominada “Ley del Psicópata”, vigente en Uruguay desde hace 81 años.

El Proyecto de Ley –ahora– en consideración de la cámara de Diputados que se presta para su aprobación final, es la cristalización de un proceso que tiene más de tres décadas en nuestro país. En los últimos dos años, ha adquirido relevancia y visibilidad las vulneraciones de derechos a personas internadas⁷⁸, integrándose a la consideración pública la necesidad del cambio de modelo de atención, donde una Ley de Salud Mental, cumple un papel importante. Por otra parte, el avance de la perspectiva de derechos en la última década, cuya máxima expresión lo constituye la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ha instado a la armonización y cumplimiento de las ratificaciones a Uruguay, quien viene siendo observado por la inadecuación en salud Mental a los Pactos y Tratados ratificados. Por último, las organizaciones sociales y académicas, han logrado mayor nivel de desarrollo y acumulación en la lucha por la defensa de los derechos humanos y el cambio de modelo de atención.

Retomando lo expresado en la introducción, este proceso deviene como expresión de las líneas de fuerza y poder, así como de las resistencias y tensiones que componen el campo de la salud mental hoy día. Existen algunas dimensiones fundamentales para comprender este devenir, así como las implicaciones que ubican a los actores en la lucha por transformar la atención a la salud mental y al logro de una Ley de Salud Mental desde una perspectiva real de derechos humanos.

El actual Proyecto de Ley, con media sanción en el Senado, ha desatado críticas, sobre todo de las diversas organizaciones nucleadas en la “Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental”, Comisión que promueve una ley de salud mental desde una perspectiva de derechos y que representa a más de 50 organizaciones. Los principales cuestionamientos planteados hoy día, han sido manifestados en el proceso de debate e intercambio de la Ley mantenido durante el 2015 y 2016⁷⁹. Estas posiciones expresadas por organizaciones sociales

78. Se han producido nuevas muertes –evitables– a partir del 2015 en las Colonias de Alienados, que han sensibilizado a la opinión pública.

79. Se desarrollaron diferentes instancias, en la Institución Nacional de Derechos Humanos, en el Programa Nacional de Salud Mental y en las audiencias de la Comisión de Salud del Senado.

y académicas no fueron tomadas en cuenta en la articulación del actual Proyecto, sobre todo en lo concerniente a:

- La Creación de un Órgano de Revisión y supervisión independiente y autónomo que vele y garantice los DDHH.
- El Cierre de todas las instituciones asilares y hospitales mono-valentes públicos y privados a nivel nacional, con un cronograma y plan de cierre.
- Dar garantías y plazos para internaciones involuntarias. Revisión de todas las terapéuticas iatrogénicas y coercitivas, como uso indiscriminado de electrochoques, medidas de sujeción y sobre medicación, entre otras. (CNLSM, 2016)

Estos tres aspectos, son fundamentales para entender la oposición al Proyecto de Ley en discusión y también representan la “punta de iceberg” que en su mayor dimensión, confronta dos miradas, sobretudo en cuanto a las concepciones, al establecimiento de sus prioridades y en general a la dirección que debería seguir la atención a la salud mental.

Esta tensión que se produce, entre las dos perspectivas, se podría caracterizar de la siguiente manera; una representa un modelo transformador, basado en el paradigma de la Salud Mental con perspectiva de Derechos donde la persona es la centralidad. Como sentido fundamental, promueve y defiende los derechos humanos en función de lo establecido por Tratados como la CDPD, el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y por Principios y Declaraciones OPS/OMS como los Principios de Protección para la mejora de la atención en Salud Mental (1991), la Declaración de Caracas (1990), la Declaración de Panamá (2010). La otra perspectiva, parece representar la continuidad del actual paradigma, basado fundamentalmente en la concepción de trastorno y enfermedad mental, dándose –por la vía de los hechos– la continuidad a los actuales tratamientos y modalidades de atención.

En relación a la lucha y la participación por los principios que identifican la perspectiva de derechos, en junio del año 2015, la *Asamblea Instituyente “Por Salud Mental desmanicomialización y vida digna”*, lanzó una campaña de adhesión pública, que logró el apoyo de más de 40 organizaciones sociales, académicas y culturales y de 60 personalidades del ámbito del arte, la cultura y la academia. En octubre del

2015, en ocasión de la IV Marcha “*Por salud mental desmanicomialización y vida digna*”, fueron entregadas 9.400 firmas al Pte. de la Comisión de Salud del Senado, solicitando que la Ley de Salud Mental contemplara:

“1. Que no se postergue la discusión y aprobación de una Ley de Salud Mental adecuada a los estándares internacionales y las recomendaciones internacionales emanadas de los órganos de tratados, centrada en la dignidad del sujeto, el vínculo con su familia y el vínculo con la comunidad.

2. Que se implemente un sistema de atención integral e interdisciplinaria de la salud mental, de carácter intersectorial y con una Red de Servicios de Salud Mental que funcione con coberturas territoriales (servicios comunitarios y culturales constituidos básicamente por centros de atención diurna y centros de residencia con atención diurna y nocturna, construcción de dispositivos de atención comunitaria, implementación de intervenciones psicosociales).

3. Que se establezcan unidades de atención en salud mental en los hospitales generales.

4. Que se revise el posible uso indiscriminado de medidas de fuerza, uso indiscriminado de electrochoques y uso abusivo de psicofármacos. Incluyendo la revisión y cumplimiento de los protocolos de actuación.

5. Que se elabore un cronograma para el cierre progresivo de las Colonias de Alienados Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, del Hospital Psiquiátrico Vilardebó y de las instituciones públicas y privadas de atención manicomial y monovalente en todo el territorio nacional.

6. La creación de un Órgano Revisor de los Derechos Humanos independiente y la pronta dotación de recursos para que la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo en tanto Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura desarrolle sus funciones legalmente asignadas.” (Asamblea Instituyente, 2015)

En setiembre del mismo año, fue presentado como insumo por la Asamblea Instituyente una propuesta articulada de Anteproyecto de Ley de Salud Mental, con la base de los mismos principios⁸⁰.

No obstante el proceso de acumulación y movilización de las organizaciones sociales, hoy día nucleadas en la CNLSM, de las recomendaciones y observaciones realizadas a nuestro país por la CDPD y el PIDESC⁸¹, así como los enunciados de cambio de atención; las lógicas manicomiales parecen seguir prevaleciendo y la Ley de Salud Mental en proceso parlamentario aún no ha incorporado los aspectos mencionados.

Aún con los esfuerzos realizados⁸² en Uruguay, se funciona actualmente con un modelo de atención en salud mental, de fuerte basamento en el consumo de psicofármacos y las internaciones en Clínicas y Hospitales Monovalentes. Las Colonias B. Etchepare y Santín C. Rossi, se mantienen como enclaves de una situación sin resolver, reconocida como deuda histórica hace más de una década, (MSP, 2005).

Una Ley de Salud Mental, para incidir en el cambio de modelo de atención, necesita acompañarse de recursos económicos, formación y nuevas prácticas, participación de familiares, usuarios y trabajadores y cambios culturales. Acordamos con Iglesias (2012), para que sea desde una perspectiva de derechos, “debe referir a la identidad, dignidad, no discriminación, capacidad, debido proceso, garantía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico-socio-sanitaria que se pretenda sobre ella” (p.67).

Argentina en defensa de su Ley

La República Argentina ha sido pionera en cuanto a los movimientos de reforma en la región. Los primeros movimientos reformis-

80. Ver Anteproyecto de Ley de Salud mental de la Asamblea Instituyente (2015) blogspot Asamblea instituyente.

81. Ver documento Recomendaciones Naciones Unidas y Proyecto de Ley de Salud Mental con media sanción en el senado (2017), blogspot Asamblea instituyente.

82. Creación de Equipos Comunitarios de Atención en Salud Mental, algunas Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales, el Plan de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Integrado de Salud.

tas surgen por el año 1950 y fueron interrumpidos por la dictadura cívica militar.

Según Vainer (2014) en 1957 se puede fechar el inicio del campo de la salud mental en Argentina, sobre todo por tres hechos fundantes: “la creación de las carreras de Psicología, Sociología, Ciencias de la Educación y Antropología en la UBA, el Servicio del Lanús ganado por Mauricio Goldenberg y la creación del Instituto Nacional de Salud Mental” (Vainer, 2014: 2). Si bien una década después surge el primer Plan Nacional de Salud Mental, este no pudo desarrollarse y la atención en los Hospitales Monovalentes se mantuvo básicamente signada por las estrategias psiquiátricas clásicas: encierro, medicación, electrochoques.

A la salida de la dictadura en 1983 comenzó un proceso de fuerte cuestionamiento al sistema de atención manicomial. Numerosos movimientos y experiencias alternativas a la psiquiatría tradicional surgieron en toda la Argentina.

El desarrollo de iniciativas de reforma han sido en su mayoría desmanteladas o desvirtuadas por los centros de poder: políticos, económicos, profesionales y en estos retrocesos, desmantelamientos, y ataques sistemáticos al movimiento de reforma, Vainer (2014) recuerda que durante la dictadura Argentina fueron desaparecidos 110 trabajadores de la Salud Mental.

Uno de los casos más sobresalientes en relación al movimiento de desmanicomialización en Argentina, fue el de la provincia de Río Negro. El proceso incluyó el cierre del Neurosiquiátrico y la sanción de la ley de salud mental N° 2440 en 1991. En 1985 se creó el Programa Provincial de Salud Mental; se desarrollaron equipos móviles para abordar localmente las crisis agudas, y la creación de camas psiquiátricas en hospitales generales.

A partir de la experiencia de Río Negro surgen procesos de Reforma en otras provincias de Argentina, como es el caso de Santa Fe (1991) que se concreta en la Ley N° 10.772/91 y en Entre Ríos (1994) con la Ley N° 8.806/94. Luego le suceden procesos similares en buena parte de la Argentina.

Actualmente Argentina cuenta con una Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (LNSM) sancionada en abril de 2010 y reglamentada en el 2013.

Según Ferreira y Stolkiner (2017) la implementación de la Ley requiere de diversas gestiones en distintas órbitas del estado. Sobre todo requiere de voluntad social y política para que se pueda llevar adelante su completa implementación. En este sentido los actores políticos son fundamentales. Se establece un punto de inflexión a partir del cambio de gobierno nacional. Las nuevas autoridades comienzan a posicionarse como un importante polo de resistencia al proceso de reforma.

Las autoras indican que el actual gobierno nacional, por un lado afirma defender la implementación de la LNSM, pero al mismo tiempo se realizan acciones que desmantelan o inhabilitan los diferentes instrumentos contemplados por la Ley para dar garantías y mejorar las condiciones de los usuarios del sistema.

Ferreira y Stolkiner (2017) analizan los efectos del cambio de gobierno, y afirman que una de las primeras acciones contrarias al movimiento de reforma se plasma en una importante cantidad de despidos de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Despidos que provocaron alteraciones y desmantelamiento de dispositivos asistenciales en todo el país. Asimismo consideran que ya no existe voluntad política de seguir adelante con el plan propuesto para el 2020, a saber, el cierre de todos los hospitales monovalentes. Las autoras plantean que las actuales autoridades del Ministerio de Salud están preparando un proyecto de reforma de la reglamentación de la actual LNSM,

“que impactaría directamente en la conformación y atributos del Órgano Nacional de Revisión (ORN) (...) Esta es una instancia clave, y fue ubicado intencionalmente por la LNSM en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa. El proyecto de reforma que las autoridades ministeriales preparan incluye entre otras modificaciones: el Ministerio de Salud quedará como autoridad del ORN; se elimina al plenario que actualmente lo conforma (3 representantes del ejecutivo y 3 de la sociedad civil –asociaciones interdisciplinarias de profesionales, de usuarios y familiares y de DD.HH.–); reformula dicho plenario incluyendo en su composición a 2 organizaciones de psiquiatras, diluyendo así la cuestión interdisciplinaria. Recordamos que la figura del ORN se basa en recomendaciones internacionales de estándares para el control y fiscalización del cumplimiento y aseguramiento de los derechos de las personas con problemáticas de salud mental y adicciones. Hacer pasar a esta instancia a un ámbito ministerial es facultar a un mismo

sector a ser juez y parte, lo cual se constituye en una medida ilegítima que incluso reniega de la división de poderes.” Ferreyra, J.; Stolkiner A. (2017:4)

Esta iniciativa de prosperar, incidiría en la autonomía e independencia del Órgano de Revisión y debilitaría la interdisciplinariedad y la participación de personas usuarias y familiares.

Por otra parte, si bien la LNSM prevé la creación de dispositivos alternativos al actual sistema manicomial, entre ellos: casas de medio camino, hospital de día, viviendas con apoyo, en los movimientos reformistas se ha generado preocupación por la eventual derogación de estos aspectos,

“la nueva dirección que se le está dando al proceso se centra en la disciplina médico-psiquiátrica por sobre otras disciplinas avaladas por la LNSM y su reglamentación, restringiendo el acceso a jefaturas de servicios y de otras instituciones –si en la institución se atienden usuarios con consumos problemáticos, por ej., el director a cargo debe ser médico–; deja abierta la posibilidad de que existan instituciones dedicadas solamente a consumos problemáticos (...); y crea también la figura de “institutos de salud mental”, abriendo a la posibilidad de experimentar con personas”. (Ferreyra, y Stolkiner, 2017:5)

Para las autoras, con estos cambios se asegura la continuidad y hegemonía de la psiquiatría y el desarrollo de sus corporaciones en el campo de la salud mental, asimismo se crean instituciones específicas para el tratamiento de determinadas poblaciones como es el caso de las adicciones, habilitando la creación de nuevas comunidades terapéuticas, dispositivos fuertemente cuestionados por su estructura y modalidad de tratamiento (Ferreyra y Stolkiner 2017) .

Uno de los elementos centrales que permite analizar el cambio de escenario político –hoy día– son sus repercusiones en la concreción de la reforma y la aplicación de la LNSM. Se hacen evidentes las importantes tensiones e intereses que se ponen de juego. Se pueden visualizar claramente dos grandes frentes en disputa:

“la existencia de prácticas ligadas a dispositivos en salud y de políticas públicas atravesadas por un enfoque de derechos, que tiendan a la emergencia de la singularidad, rescaten la dignidad de las personas y se posicionan abiertas a la conflictiva inherente a la vida comunitaria; o por el contrario enfoques tendientes a la objetivación, la apertura a la

vulneración de derechos y a formas de pensar el malestar en términos individuales, como déficit, y a la posibilidad de afrontarlo a través de estrategias patologizantes leídas desde el privilegio o mérito.” Ferreyra, J.; Stolkiner A. (2017:6)

Brasil antimanicomial y sus trayectorias

Según Amarante (2006) el inicio del proceso de reforma de la salud mental en Brasil podemos ubicarlo entre 1978 y 1980, destacándose como protagonistas numerosas organizaciones, entre las más relevante se encuentra el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM). Grupo que lideró el proyecto de reforma y desarrollo una frontal crítica al saber psiquiátrico tradicional. Asimismo destaca dentro de otros movimientos protagonistas, a sectores que instigaron y se opusieron a la reforma, entre los más importantes la industria farmacéutica.

Amarante (2006) plantea la necesidad de considerar el proceso de reforma como compuesto por trayectorias en vez de etapas. Para el autor, la noción de trayectorias nos permite comprender las diferentes direcciones, que en ocasiones circulan en paralelo, otras veces se cruzan o superponen, permitiéndose entender la coexistencia de diferentes tradiciones prácticas-discursivas más que el análisis de una coyuntura en particular.

En este sentido, se visualizan cuatro grandes trayectorias definidas como la trayectoria higienista, la trayectoria alternativa, la trayectoria sanitarista y la trayectoria de desinstitucionalización, (Amarante, 2006).

El autor describe como en la primera, predominó la intención de disciplinamiento social y de control político, fueron los inicios de la medicina mental en Brasil desde mediados del SXIX hasta mediados del SXX. En la segunda trayectoria, comenzaron a desarrollarse experiencias socio terapéuticas alternativas, como las comunidades terapéuticas, la psicoterapia institucional y la psiquiatría de sector. Fue el comienzo del proceso de reforma psiquiátrica, producto de consolidación de la resistencia al poder dictatorial; donde los principales referentes de la reforma fueron ocupando espacios de gestión y poder

en las instituciones del estado y en particular en el sistema de salud. Esto, en parte debido a una estrategia de los movimientos reformistas por alcanzar espacios de poder y por otro, a la estrategia del propio Estado de fagocitación de los movimientos críticos. La última trayectoria planteada por el autor, surge de una serie de encuentros nacionales y regionales que comienzan a constituir un frente crítico a la tradición sanitarista, la que fue tomando cada vez más distancia de los principales postulados del movimiento reformista. Sobre todo de las organizaciones que luchan por una transformación radical y alternativa al modelo que representa la psiquiatría tradicional.

“La estrategia de transformar el sistema de salud mental encuentra una nueva táctica: es preciso desinstitucionalizar/deconstruir/construir en la cotidianeidad de las instituciones una nueva forma de lidiar con la locura y el sufrimiento psíquico”

Amarante (2016:108)

De aquí en más surgen nuevos movimientos que tienen como protagonista a los usuarios y sus familiares que comienzan a exigir y actuar en el campo político de la salud mental. La atención del sufrimiento psíquico deja de ser exclusividad del sistema médico, de aquí en más se abre a la órbita pública y surgen una infinidad de dispositivos alternativos que tienen como protagonistas a las personas, y a su singularidad. En este período surge el lema “Por una sociedad sin manicomios” y “El día nacional de la lucha antimanicomial” que se conmemora anualmente en todo Brasil.

Es dentro de la trayectoria desinstitucionalizante que se crean los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), además se escribe el proyecto de Ley de Salud Mental N°3657/89.

Amarante (2006) plantea que la chispa que encendió el proceso de reforma se podría ubicar en 1978, con el episodio conocido como “Crisis del DINSAM” (División Nacional de Salud Mental), donde los trabajadores de las principales instituciones psiquiátricas de Río de Janeiro que estaban bajo la órbita del DINSAM comenzaron una importante huelga, teniendo como inmediata consecuencia numerosos despidos de trabajadores.

Fagundez y Col. (2016), indican que la Primera Conferencia Nacional de Salud Mental, desarrollada una década después, puede ser considerada como un punto fundamental de la reforma.

A su vez, se destaca la llegada al país de los principales referentes internacionales, críticos de la psiquiatría tradicional, entre los que se destaca Basaglia, Guattari, Castel y Goffman, en el marco de efervescencia política.

Amarante (2006), establece que el proceso de reforma en Brasil, se vinculó con una creciente oposición a la dictadura militar (1964-1985). En 1976 se comenzaron a desarrollar fuertes movilizaciones y protestas que reclamaron por la situación de desigualdad y pobreza en la que estaba sumido el país. El sector salud era uno de los más sensibles, en tanto era donde más se hacía evidente la desigualdad. Los diferentes sectores de trabajadores de la salud y las organizaciones por la defensa de los DDHH fueron protagonistas en la oposición al régimen militar. La base de la reforma tanto teórica como prácticas fueron construidas principalmente por organizaciones académicas, sobretodo por el Centro de Estudios Brasileiro de Salud (CEBES) y el Movimiento de Renovación Médica (REMES).

El MTSM se convirtió en un actor protagónico de la reforma ya que fue la organización que más públicamente se opuso al gobierno militar, realizó un sin fin de denuncias contra el gobierno, evidenciando las nefastas condiciones en las que se encontraban las personas internadas en los centros psiquiátricos públicos.

“Es sobretodo a partir de esas organizaciones que son sistematizadas las primeras denuncias de violencia, de ausencia de recursos, de negligencia, de psiquiatrización de lo social, de utilización de la psiquiatría como instrumento científico-técnico de control social y de la movilización por proyectos alternativos al modelo asilar dominante” (Amarante, 2006:102)

Una de las características distintivas del proceso de reforma de la salud mental en Brasil, es que se da en un contexto mayor, signado por las fuertes críticas a las instituciones del Estado, a la desigualdad social y al sistema político. Asimismo se asiste a un fortalecimiento de los movimientos sociales, de los sindicatos y de los sectores que luchan por los Derechos Humanos.

La reforma se consolida en la década de 1990 donde el proceso de desinstitucionalización se comienza a concretar mediante la creación de los (CAPS), dependientes del Sistema Único de Salud. Para ese entonces se hacía fuerte en Brasil el movimiento de Reforma Psiquiátrica que buscaba superar el modelo manicomial. Este proceso fue consolidado con la aprobación de la Ley N° 10.216 del 6 de abril del 2001, que establece importantes cambios en cuanto a la atención en salud mental, promoviendo la atención comunitaria, la inclusión social, y la búsqueda de autonomía de las personas.

Fagundes y Col., (2016), plantean algunos datos que se pueden considerar para dimensionar los efectos de la transformación en las últimas décadas. De 85 mil camas psiquiátricas que había en el Sistema Único de Salud a fines de la década de 1980, se pasó a menos de 26 mil para el 2014. Se crearon en todo el país 2200 CAPS y unas 700 viviendas terapéuticas para las personas que habían permanecido mayor tiempo internadas.

Para Fagundes y Col. (2016), el proceso de desinstitucionalización no se ha detenido pero enfrenta importantes desafíos. Los CAPS en todo el país demuestran buenos desempeños de atención a largo plazo de usuarios con cuadros graves y crónicos. Sin embargo enfrentan importantes dificultades en la atención en cuadros agudos y crisis. Uno de los problemas que enfrenta el sistema en su conjunto y los dispositivos sustitutivos en particular es que deben coexistir con los dispositivos tradicionales. Sobretodo con los efectos negativos de los internaciones psiquiátricas: iatrogenia, aislamiento, efectos adversos de la medicación y de la aplicación de electrochoques, esto repercute negativamente y representa retrocesos en los procesos de autonomía de los usuarios y desvinculación de los CAPS.

Si bien existe una reducción en el número de internaciones psiquiátricas, los autores observan un aumento sostenido de personas que demandan atención en los servicios de urgencias psiquiátricas. Esto repercute negativamente en la consolidación de los CAPS como centros de referencia y seguimiento a las situaciones de sufrimiento mental. Las urgencias atienden los síntomas puntuales pero finalmente representan una resolución parcial y desvinculada de proceso terapéuticos de mayor alcance.

Fagundes y Col. (2016) establecen que un gran número de personas que se atiende en el sector privado (52,5%) reciben una atención basada en las consultas individuales de psicólogos y psiquiatras y en la internación psiquiátrica sin prácticamente contar con el desarrollo de dispositivos sustitutivos o comunitarios. Esta situación afecta el avance de políticas públicas en salud mental, desarticulando el proceso de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica.

Con respecto a la atención de personas con problemas de consumo problemático de alcohol y otras drogas, se alerta respecto a un endurecimiento de las políticas represivas, dejando atrás la concepción de reducción de daños. Por otro lado tampoco existen la suficiente cantidad de dispositivos públicos (CAPS AD III) para dar respuesta a la creciente problemática de las adicciones.

Otra debilidad que se considera en la actual situación de la salud mental en Brasil es que hay una brecha entre la formación de recursos humanos y los servicios públicos de asistencia (Fagundes y Col., 2016).

El proceso de Reforma de la Salud Mental en Brasil se inscribe en el movimiento de reforma de la salud general, que ha alcanzado resultados muy importantes como el desarrollo de un Sistema Único de Salud basado en la búsqueda de la universalidad, la equidad y la integralidad. Se ha avanzado en la desinstitucionalización, pero existe evidencia de ciertos retrocesos en el proceso de reforma y en particular en el proceso de cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos (Bezerra y Benilton, 2007).

La región donde mirarnos: reformas a defender

En la introducción, se ha planteado, que mirando en la región los procesos de reforma de atención a la salud mental, se pueden establecer diferencias en función de los marcos normativos y legislativos que han acompañado los cambios a realizar, a los niveles de movilización y participación de las personas usuarias y familiares, de trabajadores y organizaciones de defensa de derechos humanos, así como de los recursos económicos y de contralor que hayan sido dispuestos para operativizar y garantizar los cambios. Tomando Uruguay, Brasil y Argentina, en este breve recorrido, se puede visualizar la incidencia

de los procesos dictatoriales y de la violencia del Estado, tanto en la supresión de actividades que componían prácticas instituyentes y de crítica a las lógicas manicomiales en la década de los sesenta y setenta; cómo de impulso de democratización y transformación a la salida de las mismas. Del ejercicio del poder y su recrudescimiento institucional, en estos períodos, no escaparon los escenarios manicomiales, y quizás en Brasil, con más determinación que en nuestro país, la lucha por la democratización incluyó revisar estas prácticas y sustituirlas. Éste envión, como fue descrito, convocó a la lucha antimanicomial a los trabajadores; lo cual acompañado por las políticas de desinstitucionalización iniciadas por el Partido de los Trabajadores a partir de los noventa, con la participación de personas usuarias y familiares y la creación de dispositivos sustitutivos, produjo cambios de relevancia. Sin embargo, no se logró el cierre definitivo de los Hospitales Psiquiátricos Monovalentes y la Ley de Salud Mental Ley N° 10.216 de 2001, no incluyó un Órgano de Supervisión de Salud Mental y DDHH; lo cuál ante el recrudescimiento de las políticas neoliberales se presenta como una debilidad y el escenario de pérdidas de conquistas de la perspectiva de derechos podría afianzarse.

Argentina, contó con leyes provinciales desde la década de los noventa y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 votada en el año 2010 y reglamentada en el 2013, con un Órgano de Revisión de derechos humanos, fecha tope de cierre de Hospitales Monovalentes el 2020. A su vez, ha contado con la expresión de concepciones alternativas a la Psiquiatría tradicional, la formación de recursos humanos desde una perspectiva de derechos; pero quizás insuficientes recursos económicos al apoyo de los procesos de desmanicomialización. En estos últimos años, los embates por los cambios en las políticas de salud mental, con la iniciativa de incremento de camas monovalentes, o de aplicación de electrochoques, entre otros retrocesos de la perspectiva de derechos; se encontró la resistencia del Órgano de Revisión de salud mental y ddhh y la creación de la red provincial de Órganos de Revisión.

Nuestro país, no ha logrado consolidar un proceso de reforma de la atención en salud mental, con cierre de Hospitales Monovalentes, apoyo legislativo y participación real de organizaciones; más allá de la consulta no tomada en cuenta, que hemos detallado. A su vez, los tra-

bajadores han expresado resistencias al cambio de modelo de atención con cierre de Manicomios y Colonias de Alienados, y la formación no incluye aún con fortaleza la perspectiva de derechos. Si bien la academia, en los últimos años, ha fortalecido su posición y masa crítica, y el tema se ha ubicado en la agenda de los medios de comunicación; no se ha logrado incidir en el imaginario social y los procesos de estigmatización vinculados al sufrimiento.

Como se ha establecido, retomando a Vilas (2011) las formas de ejecución y producción de las políticas y los recursos que se le destinan, son referibles al régimen político. Por lo tanto, si se considera que una Ley de Salud Mental, debe ser desde una perspectiva de derechos, tiene que componerse como tal. Reafirmando el cumplimiento de Tratados, Principios y Declaraciones que indican el cierre de los Hospitales Monovalentes, la creación de un Órgano de Revisión con independencia y autonomía, recursos económicos y formación para la creación de dispositivos sustitutivos con la participación activa de personas usuarias y familiares.

Bibliografía

- Amarante, P. (2006) *Locos por la Vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires. Ed. Madres de Plaza de Mayo.
- Asamblea Constituyente (2015). *Declaración y campaña de adhesión pública*.
- Barembliitt, G. (1988) *Saber poder quehacer y deseo*. Bs As: Ed. Nueva Visión.
- Bezerra Jr., Benilton. (2007). *Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>
- Cámara de Senadores de la ROU. (2016). *Proyecto de Ley de Salud Mental*.
- Castel, F, Lovell, A, Pérez N, Castel R. (1980) *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R (1986). *El orden psiquiátrico*. Madrid: Ed. La Piqueta
- Cohen, H; Natella G. (2013) *Como desmanicomializar*. Recuperado el 02 de marzo de 2017 en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>
- Comisión Nacional Ley de Salud Mental. (2016) *Comunicado a la opinión pública, 10 de octubre*.

- Comisión Nacional Ley de Salud Mental. (2016) *Plataforma*, 30 de junio.
- De León, N. (2015). *Rayados estamos todos. Por una nueva ley de salud mental y vida digna*. En Revista en Dialogo extensión universitaria, N19 Año 7, SCEAM: Montevideo.
- Evaristo, P. (2000). *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste: Ed. Asterios.
- Fagundes Júnior, Hugo Marques, Desviat, Manuel, & Silva, Paulo Roberto Fagundes da. (2016). *Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1449-1460. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016>
- Ferreira, J.; Stolkner A. (2017) *El cambio es el retroceso*. Recuperado el 03 de marzo de 2017 en: <https://www.pagina12.com.ar/13718-el-cambio-es-el-retroceso>.
- Galende, E (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Bs. As.: Ed. Lugar.
- Galende, E. (2016) *Conocimientos y prácticas en salud mental*. Bs. As.: Ed. Lugar.
- Iglesias, G. (2012) *La reforma al Código Civil Argentino. Mirando y mirada. Por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental*. En *Salud Mental y Comunidad Año 2 N 2*. Bs As: Ed. de la UNLA.
- Ministerio de Salud Pública. (2005). *Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. Documento programático de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental*. Uruguay: DIGESA, MSP.
- Vainer, A. (2014) *Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización*. Recuperado el 03 de marzo de 2017 en: <https://www.topia.com.ar/articulos/pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud-mental-reforma-psiqui%C3%A1trica-y-desmanicomializaci%C3%B3n>
- Vilas, C. (2011) *¿Política Social: hacia un nuevo paradigma?*. Recuperado de <http://cmvilas.com.ar/index.php/articulos/12-politicas-publicas/77-politica-social-hacia-un-nuevo-paradigma>.

PERSPECTIVA BIOÉTICA Y SUS APORTES PARA EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Lucía de Pena
Cecilia Silva

“Desde hace siglos –prácticamente desde Kant–, la ética parecía convertirse en una disciplina cada vez más académica, pariente pobre de la filosofía o materia de catecismo religioso. (...) Sin embargo, desde hace unos veinte años asistimos a un retorno aparentemente ofensivo de un discurso que se reclama ético. Por lo pronto, el término discurso es excesivo. En el peor de los casos, la palabra ética se utiliza como un eslogan y en el mejor no indica más que un malestar y una interrogación.”
(Castoriadis, 2017)

Introducción

El desarrollo que planteamos aquí, por una parte tiene por objetivo el profundizar en algunos tópicos del campo de la salud mental que consideramos centrales para la comprensión de los movimientos actuales en materia de salud mental en nuestro país. Por otra parte, se propone avanzar en el estudio de ciertos componentes de la disciplina bioética que dialogan directamente con algunos de los problemas particulares del campo de la salud mental, problemas estos de larga data y otros que emergen a partir de la actual coyuntura vinculada a la salud mental en el Uruguay.

Siguiendo estos objetivos, realizaremos un recorrido que inicia situando conceptualmente el término bioética, identificando sus puntos de origen y su devenir para comprender qué entendemos hoy por bioética, por qué y cómo se fundamenta su articulación con los temas de salud mental.

Puntualizaremos además las diversas lecturas en las que la bioética se interesa para la generación de aportes y propuestas orientadoras para la intervención concreta con énfasis en las particularidades del campo de la salud mental. Para ello explicitaremos desde qué corriente del pensamiento bioético realizaremos la lectura analítica sobre las principales preocupaciones que en nuestra labor académica diaria nos motivan a investigar.

La Bioética, en sus orígenes, se define en relación a los problemas morales en el campo de las ciencias de la vida y la salud, involucrando desde una perspectiva global, no sólo aspectos vinculados a los procesos de salud-enfermedad, sino también la dimensión medioambiental.

No obstante rápidamente como campo disciplinar queda cooptado por las ciencias médicas, teniendo escaso desarrollo por fuera de éstas y por ende, homologándose la bioética con la ética médica.

Aún así, el hiperdesarrollo de la bioética en relación a la medicina no ha alcanzado a la psiquiatría como especialidad, encontrándose escasa producción al respecto, replicando aquí también la histórica invisibilidad de las personas con padecimiento psíquico. Por su parte, la producción teórica más reciente en campo de la salud mental tampoco ha dialogado profundamente con la bioética. Por tanto, nos interesa aquí desplegar algunas lecturas posibles: políticas públicas, ámbito clínico e investigación con seres humanos.

Bioética: una perspectiva desde América Latina

En general existe consenso en situar los orígenes de la Bioética en Estados Unidos, en la década del 70⁸³ destacándose tres vertientes que confluyen en el advenimiento y consolidación de la disciplina.

Por un lado Van Rensselaer Potter, oncólogo norteamericano que en su célebre texto “Bioética: un puente hacia el futuro” sienta las bases para el impulso disciplinar, definiendo un objeto de estudio bas-

83. Si bien se ha reconocido ampliamente a Van Rensselaer Potter como el pionero en la utilización del neologismo “bioética”, es de destacar que su uso había sido previo, por parte del filósofo alemán Fritz Jahr. Se cree que el contexto socio-histórico en el que se desempeñó Jahr no fue fértil para que la bioética lograra el impulso necesario para su desarrollo académico.

tante más amplio de lo que devino luego.⁸⁴ Dice Potter “...si hay dos culturas que parecen incapaces de hablar una a la otra (ciencias y humanidades), y si esto es parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces posiblemente deberíamos tender un puente hacia el futuro construyendo la disciplina bioética como un puente entre las dos culturas” (en Alessio, 2007: 57). El discurso acerca de la neutralidad moral de la ciencia iba ganando cada vez más adeptos, pero las consecuencias del uso indiscriminado del avance científico ponían a la humanidad en jaque. Potter propone a través del diálogo entre las ciencias y las humanidades, dotar a la ciencia de reflexión ética y a partir de allí gestionar su camino.

Por otra parte, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, André Hellegers consolida a la Bioética en el ámbito académico, lo cual resulta en un gran salto cualitativo por comenzar a partir de allí a nutrir las currículas de formación de los profesionales de la medicina, y más delante de otros profesionales de la salud.

Finalmente, Daniel Callahan y Willard Gaylin emprenden el Hastings Centre o Instituto de Sociedad, Ética y Ciencias de la Vida, con amplia influencia para el desarrollo teórico de la disciplina. Rápidamente, a partir de sus orígenes, la bioética queda cooptada por la ética médica, con escaso desarrollo por fuera de las ciencias médicas.

Por otra parte, Beauchamp y Childress, también norteamericanos, a partir de 1979 y continuando con el espíritu del Informe Belmont⁸⁵, desarrollan una teoría bioética denominada Principialismo, caracterizada por la resolución de los conflictos éticos en el campo de la salud a través del análisis de cuatro principios *prima facie*: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

84. Actualmente, el aumento de los problemas éticos derivados del avance tecnocientífico y su impacto medioambiental, así como el reconocimiento en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO (2005) de la importancia de considerar “la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad”, así como “la protección de las generaciones futuras”, ha producido un nuevo impulso para la Bioética medioambiental.

85. Informe titulado: “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, elaborado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, en respuesta al estado público que asume el escándalo del experimento de Tuskegee.

El Principialismo rápidamente se extiende a nivel mundial, produciéndose una asimilación de la Bioética al él y utilizándose como sinónimos. Se hegemoniza la reflexión bioética y se invisibilizan otros desarrollos teóricos que más que hablar de principios *prima facie* (sin jerarquización a priori entre ellos) erigen a la justicia como valor medular. Tal como señala Tealdi (2009: 29)

“El *ethos* norteamericano consiste en su moralismo, individualismo y progresismo. Pero el error de extrapolación del *ethos* angloamericano a otras regiones del mundo como América Latina tiene su debilidad en que el moralismo, individualismo y progresismo del mismo poco tienen que ver con la realidad histórica y social de la moralidad en otras comunidades. Por eso es que si todos los elementos que van constituyendo históricamente la comunidad y su contexto son suficientes para distinguir un *ethos* latinoamericano de otros *ethos* posibles, entonces no resultará absurdo denominar “latinoamericana a una bioética” que tome como reflexión a ese *ethos*. Aquellos que han pretendido negar esta alternativa no se han abierto a comprender la posibilidad de una bioética que pueda tener a la vez contenidos universalistas –desde la moral común y compartida de los derechos humanos– y comunitaristas –desde una tradición regional histórico-social y cultural común.”

Es así que el desarrollo de la bioética en América Latina transcurre con ciertas particularidades que definen una identidad ético-política. Ese contexto de surgimiento se caracteriza por la falta de respuestas de la bioética hegemónica a los problemas morales que se suscitan en el campo de la salud en nuestro continente. América Latina es el continente donde la desigualdad asume su máxima expresión, y de allí se derivan históricas y profundas dificultades para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

La injusticia social, la liberalización del Estado y la mercantilización de la salud, emprendida ya en los gobiernos dictatoriales y profundizada por los siguientes gobiernos conservadores, van redimensionando estos conflictos. El movimiento latinoamericano en materia de bioética, fundamentalmente representado por referentes de la academia y en particular de la disciplina médica, coloca en la agenda de los Estados latinoamericanos estos conflictos expresándose por primera vez de forma colectiva a través de la “Carta de Buenos Aires” en el año 2004.

La Carta de Buenos Aires fue elaborada por varios países de la región, entre ellos Uruguay, y en su texto expresa preocupación por

“...los problemas bioéticos originados en las condiciones sociales persistentes vinculadas con la pobreza, el hambre y la desnutrición, la injusticia y la exclusión social que afectan a la mayoría de la población mundial, entre las cuales se encuentran las mayorías populares de América Latina y el Caribe, Asia y África, así como los pobres y excluidos de los países desarrollados. Por las actitudes, conductas y posiciones de círculos políticos y académicos a nivel nacional e internacional, que pretenden excluir a las situaciones injustas de pobreza, indigencia y exclusión social de los contenidos de una bioética universal o que pretenden reducir esas situaciones a problemas particulares de los países pobres negando el carácter universalizable y, por lo tanto, ético de los reclamos de justicia ante las mismas; y asimismo por la ausencia de participación comunitaria en la resolución de los problemas que la bioética permite formular, quedando estas graves cuestiones en manos de “expertos” no siempre compenetrados con las necesidades de los sectores mayoritarios de la sociedad...”

Esta carta constituye un antecedente inmediato para la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDDHH, UNESCO, 2005), en tanto documento político producido en América Latina en el marco de las consultas regionales para la posterior Declaración. La Declaración resalta al Estado como agente regulador de las variables centrales en la justicia social, aludiendo con claridad un modelo de Estado social con involucramiento directo en la gestión de las condiciones de igualdad social. Esto se expresa en los principios establecidos en la DUBDDHH, especialmente en el Principio de Responsabilidad Social, el cual asume las siguientes características:

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.
2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien

social y humano; b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas; c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo y, e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.”

El movimiento latinoamericano de producción teórica de esta corriente bioética será quien coloque en discusión la dimensión política de la intervención y la producción de conocimiento científico de las disciplinas ligadas directamente a la vida humana.

Intersección de campos: política pública, salud mental y bioética

*“Ay, qué soledad, la libertad viene en frasquito,
comenta el Uruguay: mientras sonríe ahoga un grito.”
(La Mojigata, 2005)*

Incorporamos ahora la intersección entre política pública y la salud mental en el entendido que es el espacio en el cual se dirime el reconocimiento de las condiciones materiales de vida de los individuos y sus dificultades para efectivizar el goce pleno de su condición de sujetos de derecho.

En este plano se pone en juego la construcción del otro como un par en términos de dignidad humana e igualdad social, política y económica. No obstante en la gestión política de la elite gobernante es la dimensión ideológica la que atraviesa y determina la jerarquización de los valores morales.

La noción de “enfermo psiquiátrico” aún encuentra un arraigo ideológico y cultural que hace de contrapeso para lograr superar una política asistencial paternalista y concentrada en el sector asistencial. La noción de enfermedad mental copta e invisibiliza la complejidad de la noción de salud mental, por lo cual limita la programación de políticas desestigmatizantes que fortalezcan el goce de la condición de sujeto de derechos.

La revisión de los valores morales respecto a la diferenciación de las personas según su condición de salud-enfermedad mental no ha sido promovida aún desde los organismos públicos competentes. Ello

es uno de los nudos críticos a la hora de visualizar alternativas factibles y efectivas al aún modelo asilar y psiquiátrico-céntrico en uso.

Para comprender el accionar del Estado en términos de responsabilidad política y social es imprescindible identificar las características que cada Estado asume según la ideología de gobierno. Puede realizarse a muy grosso modo una primera distinción entre ideologías de gobierno más conservadoras en la política económica inclinadas a la doctrina del liberalismo económico lo que conlleva Estados con un rol mínimo en la regulación de la igualdad/equidad social y con modelos de políticas sociales de predominio focalizado. E ideologías de gobiernos con inclinación al progresismo económico con énfasis en la intervención sobre el mercado a modo de regulación de las condiciones de igualdad/equidad. Estos últimos identificados históricamente con los modelos de Estados Sociales o Estados de Bienestar, con énfasis en la universalidad de las políticas.

En lo que refiere particularmente al campo de la salud y en éste al proceso de salud-enfermedad, son diversos los posicionamientos teóricos y políticos sobre en quién o en qué recae la responsabilidad en la generación de enfermedad y la generación de salud. En la producción bioética, las posturas vinculadas a perspectivas economicistas y liberales orientan la responsabilidad en el proceso de salud-enfermedad a la “lotería de lo natural y lo social” (Engelhardt, 1986). Lo cual en términos de justicia e igualdad social, despolitiza el lugar de las decisiones de planificación de política pública dirigida a producir los medios de satisfacción de la necesidad de atención en salud-enfermedad.

Asimismo, en términos de derechos, el azar o la “lotería de lo natural o social” individualiza a modo de pensamiento mágico las condiciones de vida de sujetos “agraciados” o “des-graciados” por el azar, sacándolos de la condición de sujetos sociales y políticos, producto y productores de condiciones de vida y de las posibilidades de transformación y superación de tales condiciones de vida.

Por su parte, la bioética latinoamericana, desde una perspectiva de bienestar social y de salud colectiva, recupera los macro determinantes del proceso salud-enfermedad incorporando como analizadores las dimensiones económicas, sociales y ambientales. Desde esta lectura de las condiciones puestas en juego para la generación de equidad y justicia en el campo de la salud y los proceso de salud-enfermedad, se

recupera el lugar de lo colectivo, de lo público, del gasto país y de la responsabilidad de los gobernantes y planificadores de la política pública (Breilh, 2013). Se deconstruye la noción de azar, de “agraciado” y “des-graciado”, por tanto la responsabilidad individualizada respecto a la condición de salud y de enfermedad.

En este sentido, la noción de justicia no es entendida desde la doctrina principialista de la producción bioética, sino que, como explica Tealdi (2002: 1)

“...sin negar la existencia de principios éticos, no es el sujeto en ejercicio de su autonomía el que da fundamento al deber ser sino que es la conciencia que capta los valores humanos como cualidades materiales del mundo que nos rodea la que nos señala donde está lo bueno y nos pide que actuemos para realizar esa bondad o esa justicia.”

Por tanto, el análisis bioético sobre el ejercicio y goce de la igualdad y la justicia en el campo de la salud pone énfasis en el estudio del posicionamiento del Estado en la generación de condiciones que propicien ese ejercicio y goce. Se traduce en términos de derechos, la autonomía de los sujetos en diálogo con el contexto social, económico y político que los determina.

La justicia distributiva desde este enfoque, toma un plano individual para la concreción de los derechos individuales, el uso de servicios de atención a la salud-enfermedad con niveles óptimos de calidad, en su calidad de sujetos de derechos. Lo cual trascienden el lugar de sujetos de asistencia. Al mismo tiempo toma un plano programático que se traduce concretamente en el posicionamiento ideológico de gobierno y en el modelo de economía política que regirá en la planificación de la política de salud.

Si retomamos el planteo de Rawls (2002), la igualdad como valor moral se vincula a una posición original (hipotética) en la que todos los sujetos parten de un mismo plano de igualdad, no obstante, también Rawls identifica una dimensión material de la igualdad en la que se ponen en juego acciones de las instituciones y pautas de relacionamiento de los sujetos en el colectivo social. La matriz de política social reproduce estas dimensiones moral y material de la igualdad. Justicia, equidad y política pública se imbrican en el plano de los valores del conjunto social y su traducción en la ideología de gobierno.

La clase política toma la responsabilidad de traducir los valores de justicia e igualdad del conjunto social en las decisiones técnico-políticas para la meta de equidad y justicia social. Uruguay mantiene en el imaginario social y como parte de su identidad colectiva, su consolidación como Estado Moderno desde una ideología de Estado social o Estado de Bienestar, traducido fundamentalmente en una matriz de políticas públicas y de seguridad social universales. A la vez que acompañó a la consolidación de la clase trabajadora como el principal actor en la conquista de derechos concretados en ese modelo de políticas sociales.

El devenir de la sociedad capitalista y el declive del Estado protector o Estado social, muestra hoy un contexto ecléctico en el que el gobierno progresista gestiona las contradicciones capitalistas en movimientos pendulares entre la liberalización de los “derechos” y el mantenimiento del ideal de igualdad, equidad y justicia social de lo que supo ser un Estado social. En términos de justicia distributiva en el campo de la salud, este contexto pone en jaque esos valores de igualdad y justicia universales aún en el imaginario de la sociedad uruguaya, debiendo atender a fuertes grupos de presión que en el mercado de la salud y la enfermedad desarrollan una gama muy diversa de estrategias de juego, en términos bourdianos.

Actualmente el Uruguay se dirime entre diversas consideraciones respecto a los contenidos que deberá tener una ley de salud mental. El instrumento de la ley concretiza el esfuerzo por legitimar en ejercicio de goce de los derechos de las personas con referencia al paradigma de los derechos humanos materializado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Esta declaración como base y la legislación que adhiere y se inspira en ella ejerce un peso indiscutible como instrumentos ético-jurídicos.

Estos instrumentos, entendidos como productos socio-históricos deben acompañar los cambios sociales y culturales de las sociedades. En el campo de la salud mental es una realidad que se evidencia sin esfuerzo la obsolescencia del marco normativo vigente y de las prácticas institucionales y profesionales que de él se derivan. Al respecto resulta iluminador el análisis que realiza Kakuk (2013: 82)

“Los derechos humanos no pueden restringirse, ni ser percibidos, como meras categorías enunciativas. Para su respeto y ejercicio pleno, los de-

rechos humanos requieren la ratificación de los instrumentos internacionales en la materia, así como su adecuada incorporación y armonización en el orden jurídico de cada país, los cuales pasa también por la adopción de políticas públicas inclusivas, integrales y eficaces, que garanticen su cumplimiento y aseguren la consonancia con las obligaciones internacionales contraídas, en cual deben participar las personas directamente involucradas, en este caso las personas con algún diagnóstico de discapacidad mental.”

La política pública opera como mecanismo de reconocimiento y efectivización de derechos en la medida que acompaña los avances de la normativa en la medida claro que estos recogen la demanda de transformación que a nivel social se plantea y para la cual trabaja y propone el movimiento social. A su vez, la política pública dice del compromiso del Estado y la clase gobernante para con las conquistas en términos de superación de las condiciones de vida de todo el conjunto social.

Lectura bioética de las particularidades de la clínica en el campo de la salud mental

“Las singularidades no son objetividades dispuestas para el conocimiento de un sujeto puesto enfrente –en trascendencia– sino intervenciones subjetivas que producen una novedad en la inmanencia de la situación”
(Lewkowicz, 2015: 62)

El campo clínico presenta una gran diversidad de situaciones complejas desde el punto de vista ético, efecto de determinaciones universales al campo de lo humano: cómo se construyen las relaciones en el marco de la sociedad capitalista, economía, política, ideología, y determinaciones particulares al campo de la salud mental: cómo deviene la locura, cómo ésta se construye como problema de intervención, cómo se construyen las profesiones.

La articulación de las determinaciones universales y las particulares delimitan varios ejes dilemáticos, en este trabajo decidimos hacer un recorte y transitar por la reflexión de dos ejes: la complejidad diagnóstica en torno a los padecimientos en salud mental, las intervenciones en salud mental, su valorización-desvalorización en relación a

representación que se tiene de las prácticas técnico-profesionales y el lugar del poder de los discursos.⁸⁶

En primer lugar, respecto a los diagnósticos, es claro que ellos no constituyen la realidad en sí misma, sino la construcción de un modo de mirar, lo cual deriva en la importancia de explicitar la perspectiva teórica, metodológica, ética y política desde donde miramos. La ausencia de marcadores biológicos en gran mayoría los padecimientos de salud mental ha sido uno de los grandes escollos de la psiquiatría como especialidad médica, la legitimación proviene de las correlación más o menos evidente que pudiese hacerse entre soporte orgánico y conductas más o menos desviadas. Expresa Galende (2015: 166):

“En la actualidad, los aportes de la neurobiología al conocimiento del funcionamiento del cerebro, y especialmente de la transmisión sináptica, ha producido innovaciones ligadas a la producción de nuevas moléculas capaces de interferir en estos procesos, potenciando o inhibiendo a determinados neurotransmisores. Pero este conocimiento científico puede explicar la función del psicofármaco en relación con el sustrato neurofisiológico del síntoma, pero no explica ninguna causa de la producción del trastorno. Entendemos que la causa, o más bien, la determinación del sufrimiento mental, debe buscarse en el sujeto, en su existencia, esto es una totalidad de cuerpo subjetivado, como enseñó G. Canguilhem.”

Los profundos procesos de medicalización por los que atravesamos, en tanto sociedad capitalista, asociados a la concepción de la salud como un bien de consumo y al empuje de la industria farmacéutica van legitimando un discurso hegemónico que restringe el campo de la salud mental al de la enfermedad mental y coadyuva con el poder del orden psiquiátrico.

El diagnóstico de un padecimiento mental, por los efectos que conlleva en el proceso de subjetivación, determina una nominación que opera como fijeza y cristaliza a la persona, lo cual obtura seriamente sus posibilidades de reconfigurar el campo vincular y promueve los procesos de cronificación constatados sistemáticamente.

86. Estos ejes han sido destacados por las autoras en conocimiento de que existen otros de gran interés para la articulación de bioética clínica y salud mental como ser el consentimiento-asentimiento informado.

La interdisciplina constituye entonces una respuesta compleja que redimensiona la red de relaciones de poder entre los discursos técnico-disciplinarios, parafraseando a Stolkiner (1987). En acuerdo con la autora, el esfuerzo de disciplinar, ordenar para comprender, la realidad caótica singular de la salud mental, la complementariedad de saberes resulta imprescindible. Al respecto refiere Amarante (2009: 17) “Es importante señalar que pocos campos de conocimiento y actuación en salud son tan vigorosamente complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes”. Asimismo, es un esfuerzo teórico-conceptual el desandar lecturas totalizantes del objeto de conocimiento.

Un segundo eje de reflexión lo constituyen las intervenciones. Cuando hablamos de intervenciones terapéuticas necesariamente nos remitimos a la etimología de la palabra *terapia*, que proviene del griego y alude a cuidar, atender, aliviar. Sosteniendo éste concepto es que entendemos que no todo encuentro clínico define el cuidado. Las intervenciones terapéuticas basadas en prácticas que favorecen la fijeza del diagnóstico parecen implementarse con ajenidad al otro que demanda el cuidado.

Por tanto, el análisis de las intervenciones terapéuticas no debería restringirse a las prácticas visibles, sino a la identificación de los contextos que derivan en argumentaciones absolutamente polares alentando o desestimando una u otra técnica, resultando en técnicas endiosadas o endemoniadas, según sea la perspectiva del que las juzga.

En una primera instancia se pueden distinguir intervenciones terapéuticas más o menos invasivas, de hecho algunas de ellas pueden ser catalogadas como altamente invasivas por los efectos que producen en la persona, en la esfera orgánica pero también fuertemente en la dimensión subjetiva. Claramente toda intervención en el cuerpo tiene efectos materiales y efectos simbólicos, de hecho, justamente el electroshock se asocia a nivel del imaginario con el uso de la picana como instrumento de la tortura. No debemos olvidar que además, en el Uruguay, el Hospital psiquiátrico también fue utilizado por el gobierno dictatorial como lugar de reclusión de presos políticos, con lo cual la asociación se hace más evidente.

Lo que nos interesa destacar aquí, desde una perspectiva bioética, es que las intervenciones terapéuticas deben ser necesariamente argu-

mentadas en relación al balance costo-beneficio y posibilidades a partir del ejercicio de la autonomía de la persona, es decir, que el costo-beneficio no es universalizable ni definido a priori, sino que se deriva de un proceso en el que la persona pondera los efectos de la terapéutica en el marco de su proyecto vital.

La eventualidad de una práctica invasiva per se no define la indicación, esto es, la elección de una terapéutica debe dialogar afinadamente con las características singulares de la persona y con su contexto particular y universal. Ello está condicionado, una vez más, por cómo se define la salud mental, desde qué paradigma de conocimiento y práctica sobre este campo se desglose la terapéutica. La construcción de manuales para la elección de la terapéutica colabora con el mecanismo de fijeza al que referimos anteriormente. Siguiendo la línea de análisis de autores ya citados –Amarante, Galende, Stolkiner– entre otros, comprendiendo a la salud mental como conjugación de campos diversos, es posible crear la terapéutica adecuada a cada sujeto y mundo de vida en el que se ejercerá el cuidado.

Respecto a la terapéutica identificamos otra situación dilemática vinculada a la disponibilidad de dispositivos ¿cuáles son los que la actual política en salud mental legitima? ¿cuáles son los dispositivos de los que se dispone rápidamente? Identificamos aquí aquellos que se desarrollan en el espacio comunitario y aquellos que predominan generalmente en condiciones de encierro. Un nudo crítico en relación a los dispositivos está determinado por el hecho de asimilar la salud mental a la enfermedad mental y por ende suponer que dispositivos destinados al abordaje de situaciones graves tienen los mismos efectos que destinar recursos a la salud mental.

La ambigüedad en la definición de la política asistencial colabora en la contradicción existente en programas de asistencia orientados a la salud mental como complejo superador de la enfermedad mental como punto exclusivo de intervención. Esto se traduce que esos recursos al momento de ser distribuidos siguen direccionándose a los dispositivos psiquiátricos.

Investigación científica: dilemas, preocupaciones y observaciones en el campo de la salud mental

“Ciertas palabras sabias, mucho tiempo confinadas en los diccionarios y la prosa académica, tienen la suerte, o la mala suerte —como una solterona resignada que se transforma, sin comprender por qué, en estrella de una fiesta— de salir de repente al aire libre de los tiempos, de ser plebis y publicitada, impresa, televisada, mencionada hasta en los discursos gubernamentales. La palabra ética, que huele tanto a griego, o a curso de filosofía, que evoca a Aristóteles (la Ética a Nicómaco, ¡un best-seller famoso!) está hoy bajo las luces de la escena.”
(Badiou, 1995: 97)

La ética de la investigación con seres humanos es reciente, Diego Gracia (2008) como historiador de la Medicina y de la Bioética identifica el período post Segunda Guerra Mundial como el de “la Era de las Regulaciones” en ética de la investigación, destacándose la emergencia de directivas internacionales que procuran regular la creciente investigación con seres humanos a nivel mundial. Estas directivas internacionales asumen en los países formas diferentes, en Uruguay la adhesión y el reconocimiento de la importancia de regular se traduce en el Decreto 379/08 de Investigación con seres humanos.

Es muy frecuente que la ética de la investigación quede reducida al tema del consentimiento informado, y por ende al principio de autonomía, que justamente es el que viene a legitimarlo. Este reduccionismo es riesgoso, ya que por solapar dimensiones éticas vitales termina siendo funcional a la industria farmacéutica, reforzando la dimensión mercantil y por ende opacando la dimensión social de la investigación.

Esta perspectiva es la que pone de relieve Ezekiel Emanuel (s/f) al plantear que los requisitos éticos de una investigación son siete y que tienen un ordenamiento que es lógico y cronológico a la vez. Ellos son —en orden— el valor social de la investigación, la validez científica, la selección equitativa de los sujetos de investigación, la proporción favorable riesgo-beneficio, la evaluación independiente (Comités de ética de la investigación), el consentimiento informado y el respeto a los sujetos inscriptos.

El valor social de la investigación adquiere en el campo de la salud mental algunas particularidades. En este sentido nos interesa destacar

el reduccionismo de las investigaciones en el campo de la salud mental a las investigaciones en el campo de la psiquiatría. Es fundamental definir el problema de investigación en relación al valor social de las investigaciones y no en relación a la dimensión mercantil vinculada a las utilidades posteriores.

La industria farmacéutica –segunda potencia económica mundial luego de la industria armamentística, o “joya de la corona capitalista” según Pignarre (2003)– pugna por profundizar los procesos de medicalización de la vida, de la cual la medicación constituye tan sólo una arista. Como un ejemplo, basta destacar las observaciones sistemáticas que el Comité de Derechos del Niño viene haciendo sobre Uruguay acerca del altísimo número de niños y niñas uruguayos/as que son medicados/as con psicofármacos. Podríamos plantear una deuda científica y académica respecto a la comprensión de los múltiples malestares psíquicos en la infancia, así como una investigación en relación a los dispositivos terapéuticos que podrían dar cierto nivel de respuesta a esos malestares.

Expresa Galende (2015:185),

“(…) los supuestos epistemológicos que guían la investigación, los efectos reales de la misma, no son entendibles si no ampliamos la mirada a su sentido político y ético. Investigar la problemática de la salud mental desde la perspectiva crítica y transdisciplinaria es actuar abriendo el debate ético, político y también epistemológico, que nos permita enfrentar esta nueva avanzada del positivismo, nuevamente lanzado a la pretensión de ubicar en el funcionamiento cerebral lo normal y lo patológico del sufrimiento mental.”

La definición del problema de investigación en el campo de la salud mental requiere entonces de una precisión respecto a la construcción del objeto de conocimiento, la salud mental. Ello exige la revisión de los modelos unidisciplinarios y producir conocimiento complejo que recupere la integralidad disciplinar. Es iluminador el análisis que realiza Pignarre (2003: 76)

“La vieja entidad llamada ‘psiquismo’, en apariencia muy sólida y muy bien establecida, no se adecuaba en lo más mínimo a la nueva psiquiatría organizada en torno a los ensayos clínicos. Desapareció así por completo de todas las grandes revistas de psiquiatría (que son de lengua inglesa) tanto como de los manuales de referencia, sin que nadie le

brindara siquiera un entierro digno de este nombre... Ni siquiera resultaba útil refutarla, tan rápidamente se tomó distancia respecto de ella”. ¿Con qué se la reemplazó? Con una pragmática constituida por un conjunto de comportamientos observables y presuntamente mensurables, caracterizados todos por permitir formar grupos de pacientes para los ensayos clínicos, con independencia del contenido de su experiencia subjetiva y de su pasado individual, (...)”

El lugar de la industria farmacéutica en la investigación ha ido relevando poco a poco el lugar de la investigación académica, mutándose los valores en juego, del valor social al valor mercantil, del valor de la producción de conocimiento al valor de la utilidad económica del conocimiento. Es por ello que planteábamos el reduccionismo que opera al momento de definir el problema de investigación y por ende la metodología con que se pretende dar cuenta de él. El problema de investigación se ciñe a la perspectiva biológica y la respuesta farmacológica del sufrimiento psíquico por lo que el ensayo clínico se constituye en la “vedette”.

Retomar el impulso académico⁸⁷ en la investigación para el campo de la salud mental, podría ser un camino hacia la recuperación del valor social de la investigación. Galende expresa con claridad que “Podemos decir de un modo amplio que el objeto de la Salud Mental es el sujeto en su existencia real, esto es, en su tiempo, su sociedad, su cultura. Un conocimiento racional sobre el sufrimiento mental debe abarcar estas dimensiones de la existencia humana.” (2015: 173)

87. La Universidad de la República en su Ley Orgánica (Ley N° 12549) expresa que:

“Le incumbe asimismo, a través de todos sus órganos, en sus respectivas competencias, acrecentar, difundir y defender la cultura; impulsar y proteger la investigación científica y las actividades artísticas y contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública; defender los valores morales y los principios de justicia, libertad, bienestar social, los derechos de la persona humana y la forma democrático-republicana de gobierno.”

Es importante destacar la tradición latinoamericana de la UdelaR y el compromiso social asumido, condición que no es compartida per se con otras universidades de la región y del mundo.

Consideraciones finales

“... *Cómo demoran las mudanzas en la cabeza*”
Murga La Mojigata (Bajada 2005)

En el presente trabajo realizamos especial énfasis en comprender por qué el campo de la salud mental trata de un complejo entramado en el que la mirada transdisciplinaria ocupa un lugar destacado para afinar las lecturas del mismo. La Bioética encuentra aquí un terreno de gran densidad para realizar su aporte conceptual y operativo orientador de las prácticas que se desarrollan.

Consideramos el objetivo cumplido para este documento cumplido si a través del mismo logramos trasladar nuestra preocupación –y ocupación– en los que consideramos algunos de los puntos de mayor estado crítico actualmente en el campo de la salud mental.

En este sentido, hemos esbozado el eje conceptual referido a la bioética con especial referencia a la corriente latinoamericana y su diálogo con el paradigma de los derechos humanos. Este –diálogo– no se desvanece en retórica sino que propicia acciones concretas para el logro de una bioética aplicada en pos de resolver los asuntos de injusticia y desigualdad social con el rol que a la ciencia le ocupa en los mismos.

Referimos, en coherencia con lo plantado desde la bioética latinoamericana, al lugar de la política pública en el campo de la salud mental. En términos de justicia e igualdad social, la política pública ocupa un rol central para la transformación de las condiciones materiales de vida. Aunque no solamente, también construye una forma de mirar los problemas, una lectura y una respuesta sobre los mismos. Es por tanto un espacio imprescindible en el proceso de cambio de paradigma en la medida que según su direccionamiento habilitará relaciones de poder más o menos concentradas en los grupos de interés del campo de la salud mental.

Como otro de los ejes de centralidad, referimos a algunos temas de la clínica en el campo de la salud mental. Hacemos énfasis en los atravesamientos ideológicos y culturales que permean la relación clínica en el campo de la salud mental. Consideramos que aún en los tiempos actuales la salud mental como complejo se ve cooptada sistemáticamente por la noción y las prácticas psiquiátricas. Desandar el concepto de

salud mental para redefinirlo desde la complejidad del proceso salud-enfermedad, desanudarlo del discurso y la práctica psiquiátrica como dispositivo totalizador, requiere de una dimensión ético-política que sustancie el lugar de los puntos de vista puestos en juego.

Hemos referido también al eje vinculado a la investigación científica en el campo de la salud mental. El mismo no escapa a atravesamientos de preocupaciones ya planteadas en los demás puntos trabajados, no obstante, adquiere particularidad al preguntarnos por la relevancia que adquiere la investigación científica como tal, a su vinculación con la realidad concreta y su valor social. De fondo al cuestionarnos por la validez ética en tanto práctica también histórica y política.

Bibliografía

- Amarante, P. (2009) *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Badiou, A. (1995). *La ética. Ensayo sobre la conciencia del Mal*. En Batallas éticas. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Brailh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de Salud Colectiva*, UNLa. Lanus.
- Castoriadis, C. El taparrabos de la ética. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47701/2/eltaparrabos.pdf>
- Cecchetto, S; Pfeiffer, M. L.; Estévez, A. (2009) *Peligros y riesgos en las investigaciones*. Bs. As.: Ed. Antropofagia.
- Kakuk, J. (2013). Derechos Humanos: un tránsito necesario. En de León, N. (coord.) *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: Ed. Psicolibros-Waslala.
- Fantin, F y Fridman, P. (2009) *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Bs. As.: Ed. Polemos.
- Galende, E. *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Bs. As.: Ed. Lugar.
- Gracia, D. *Investigaciones: balances y perspectivas*.
- González Álvarez, O. *Sobre ética y psiquiatría: una relación controvertida*. Portularia [en línea] 2007, VII (Sin mes): [Fecha de consulta: 12 de marzo de 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161017323011> > ISSN 1578-0236
- Kottow, M. (2005) *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo.

- Pignarre, P. (2005) *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Rawls, J. (2002). *La justicia como equidad: una reformulación*. Barcelona: Paidós.
- Rivera, S. (comp.) (2008) *Ética y gestión de la investigación biomédica*. Bs. As.: Ed. Paidós.
- Stolkiner, A. (1987). De Interdisciplinas e indisciplinas. En Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SALUD MENTAL⁸⁸

Lucía de Pena
Sebastián Lema
Cecilia Silva

Introducción

Se abordan los aspectos principales a considerar sobre el consentimiento informado en situaciones particulares enmarcadas en el campo de la salud mental. Para ello se analizan nociones centrales como las de: paciente psiquiátrico, trastorno mental y salud mental. Estas nociones son universalizantes de las prácticas que cotidianamente se desarrollan por los distintos profesionales interactuantes en ese campo, en tanto su conceptualización marcan el punto de partida para profundizar en la presentación y el análisis de conceptos específicos como: consentimiento, asentimiento, capacidad-incapacidad, paternalismo.

Las personas que transitan por padecimientos mentales pueden presentar situaciones de especial vulnerabilidad en lo referente al ejercicio de su autonomía dado las dificultades para determinar su capacidad de consentir o asentir. Es necesario, por ejemplo, realizar una primera delimitación entre aquellas personas con declaración de incapacidad jurídica y aquellas que no la presentan. En esta trabajo en particular, se analizará el consentimiento en un grupo poblacional

88. Este trabajo fue elaborado en octubre de 2015 en el marco de la Jornada Académica sobre Consentimiento Informado en la Facultad de Medicina, organizada por la Unidad Académica de Bioética (UAB) de tal Facultad. En ese momento las dos autoras también compartían con el autor, funciones docentes como Asistentes de la UAB.

específico: personas con trastornos mentales que no presentan declaración de incapacidad jurídica.

La denominación de “paciente psiquiátrico”

Denominar es lo que nos permite, en la forma en que se ha modelado nuestro ser social, el vínculo con otros y con el medio, referirnos a los objetos, a las cosas y nuestro relacionamiento con esas cosas. Cuando denominamos, cargamos de significado, no sólo estamos diciendo lo que es, sino además, qué significado tiene.

La referencia a “paciente psiquiátrico” es una denominación. Nos dice lo que es: un individuo devenido “paciente”, lo cual puede ser erróneamente interpretado como alguien apacible, sujeto de espera, sujeto de órdenes. Lo enmarca en un ámbito específico, es pasible de ser manipulado en el ámbito psi. Esto le otorga especificidad para el desarrollo de prácticas que circulan en torno a la identificación de los rasgos que permiten ajustarse a la denominación “paciente psiquiátrico”.

Con claridad podemos decir hoy que esta denominación remite directamente al ámbito sanitario y a la especificidad de lo médico-psiquiátrico. Ahora, también sabemos que no se trata de un ámbito aislado, a resguardo de los atravesamientos de la estructura social, sus dimensiones cultural, política, económica, histórica. Se incorporan determinaciones estructurales propias del proceso de modernización de la sociedad en la práctica denominativa, le otorgan a su vez sentido y legitimidad social, en la medida que la especificidad del ámbito que la produce se pierde cooptado por la funcionalidad de esa estructura socio-política. Los Estados modernos occidentales, a través del Derecho y la Medicina han sido estructurantes y dadores de significado (Foucault, 2008).

Asimismo, la producción de conocimiento moderno se ha fundado en la instalación de una lógica de categorización de problemas e individuos para convertirlos en problemas teóricos a partir de los cuales desarrollar la especificidad disciplinaria. La medicina moderna, basada en la descripción de la enfermedad y los procesos patológicos, debió decodificar los sucesos de la vida concreta según estándares de lo patológico. Galende, profundiza en sus estudios respecto a la produc-

ción del sufrimiento mental y su reconversión patológica en el siglo XIX, a partir de lo cual afirma que:

“[Para la inclusión de la Psiquiatría en las especialidades médicas] el sufrimiento mental debía ser ‘enfermedad mental’, al igual que las patologías del cuerpo”, también debían tener una psicopatología propia, con la clasificación de cada entidad para construir una nosografía específica de lo mental. Observación, semiología, diagnóstico específico y diferencial, clasificación nosográfica” (Galende, 2015).

Devenido el siglo XX la Psiquiatría procesa otro giro, en el cual la “enfermedad mental” como categoría necesaria en términos de la medicina biológica, es reubicada en un campo más amplio, el de la salud mental, en instancias propias de la Asociación Mundial de Medicina. El espectro de abordaje psiquiátrico del sufrimiento mental se abre entonces a miradas antropológicas, sociológicas, psicológicas (Galende, 2015).

No obstante, este proceso particular de la producción de conocimiento se inserta en procesos sociales más amplios que remiten a la construcción de la sociabilidad moderna. Estos procesos ampliamente estudiados por múltiples autores, remiten a la matriz de medicalización social y la lógica eugenésica propia de los Estados modernos (Frankel, 2015; Ortega, 2003; Mitjavila, 1988; Mitjavila, 1992; Barrán, Bayce, Cheroni, de Mattos, Labisch & Moreira, 1993)

El Uruguay que hoy transitamos es producto de aquel profundo cambio social, cultural y político que marcó el ser y hacer de una idiosincrasia que coopta el saber disciplinar específico del ámbito de los biomédico para traducirlo en prácticas sociales (Barrán, Bayce, Cheroni, de Mattos, Labisch & Moreira, 1993).

La denominación “paciente psiquiátrico” nos convoca hoy a una categorización de parte de la población usuaria del sistema de atención en salud, aunque la cooptación sociopolítica de esta denominación la extiende a cualquier persona que pudiera mostrarse con rasgos componentes de lo que se entiende por “paciente psiquiátrico”. Esto ha cristalizado un “tipo ideal”, no sólo en rotulación de ciertas formas de expresión –de ser y hacer–, sino de actuar sobre ella.

Por tanto, a lo largo del trabajo remitimos a “paciente psiquiátrico” con la finalidad de desandar las nociones que subyacen a esta denominación y que conllevan prácticas de sustitución de esa persona

“paciente” y con su capacidad de raciocinio, toma de decisiones y uso de autonomía “comprometida” a su situación “psiquiátrica”. Con igual sentido lo hacemos en la precisión de otras categorías de análisis específicas para el campo psi como lo es el “trastorno mental”.

Trastorno mental

Una persona que consulta en un centro de salud mental no presenta necesariamente un trastorno o patología mental. Las razones por las cuales se realiza una consulta en salud mental, o más específicamente en psiquiatría, son variadas, y dentro de ellas se enmarcan síntomas reactivos a diversas situaciones estresantes que no configuran necesariamente un trastorno mental.

Si bien el diagnóstico de trastorno mental es una tarea que corresponde a las especialidades dentro del área de la salud mental, es necesario reflexionar sobre su significado y sobre los métodos actuales para su identificación y clasificación, ya que el diagnóstico es el punto inicial que lleva a los cuestionamientos de competencia y raciocinio.

Existe una variedad de manuales diagnósticos que deben ser concebidos como herramientas para facilitar el diagnóstico y la comparación (con fines particularmente en investigación) de trastornos mentales, pero que no suplantán la experiencia clínica ni la capacidad profesional que se desarrolla durante la práctica a la hora de determinar cuál es el estado de situación de la persona que consulta.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association, en su quinta edición (APA, 1995), define a un trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”, destacando la importancia de que los trastornos se configuran a través de una constelación de síntomas que llevan a una alteración debido a una disfunción mental, lo que conduce a un “estrés significativo”, haciendo mención a la repercusión en la actividad global de la persona.

Como hemos mencionado, se hace hincapié en que pueden existir consultas relacionadas a sintomatología del ámbito de la salud mental,

pero que “una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, no constituye un trastorno mental” (8). Por último, en lo que respecta a la temática que nos compete, se aclara que “habitualmente se necesita más información que la que contienen los criterios diagnósticos para hacer juicios legales sobre temas tales como responsabilidad criminal, elegibilidad para recibir una compensación por discapacidad y competencia.” (APA, 1995)

A este respecto, y considerando que los trastornos mentales según su gravedad y cronicidad, pueden comprometer la competencia de un individuo, en cuanto a la comprensión de la información brindada y el actuar de manera racional (hecho que dificulta la capacidad de ejercer su autonomía), es que debemos aproximarnos a su denominación desde un abordaje complejo de sus componentes (Frontera Roura, 2009).

Partimos de la base de que existe una variedad de trastornos mentales que afectan en diferente grado la calidad de vida y el raciocinio (que desorganizan de distinta manera la conciencia y la personalidad), de esta forma nos encontramos con la clasificación clásica entre neurosis que desorganizan menos profundamente la conciencia y psicosis que presentan una alteración más profunda, e incluso las demencias u oligofrenias que presentan un profundo deterioro de la actividad psíquica (Ey, Bernard & Brisset, 1978).

Si se piensa además la especificidad del trastorno mental a partir de la perspectiva de salud mental, debe tenerse en cuenta la complejidad de la que es producto tal trastorno, lo cual no implica solamente a la persona afectada sino también a quienes mantienen un vínculo de cercanía con ella. Por otra parte se abre un núcleo de generación de demandas de atención en el que la relación entre persona consultante y trastorno mental no siempre es directa ni siempre existe sino que se consulta con una finalidad preventiva.

Autonomía: capacidad y competencia

La autonomía se ha erigido como uno de los principios rectores de la bioética clínica en respuesta a modelos de relación clínica de corte paternalista que dominaron la escena durante siglos. Es un principio que parte del reconocimiento del usuario de los servicios de

salud como un sujeto de derechos y como un agente moral, capaz de decidir por sí y para sí. Etimológicamente, autonomía proviene del griego, autos y nomos, y refiere a la capacidad de dictarse la norma a uno mismo.

Beauchamp y Childress refieren respecto a la autonomía que:

“El principio de respeto de la autonomía puede formularse negativamente: las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros. (...) deriva el derecho de autodeterminación, que defiende una serie de derechos de autonomía, incluyendo los de confidencialidad e intimidad. Para que este principio sirva de guía práctica para la conducta tiene que ser especificado en función de contexto, y si la especificación es apropiada señalará cuáles son las excepciones válidas. Este proceso de especificación dará lugar a derechos y obligaciones de libertad, intimidad, confidencialidad, sinceridad y consentimiento.” (Beauchamp & Childress, 1979)

Costa plantea que la autonomía, lejos de considerarse como una propiedad global de la persona, que le permitiría elaborar un proyecto de vida, se considera generalmente como una propiedad de ciertas acciones puntuales que posibilitan la aceptación o el rechazo de una intervención diagnóstica, terapéutica o la participación en una investigación (Costa, 1996).

En este sentido, como acción puntual, Beauchamp y Childress proponen valorarla en función del cumplimiento de una serie de requisitos. Estos requisitos son la información, la competencia y la ausencia de coacción. Tienen la cualidad de no ser absolutos ni permanentes en un mismo individuo, lo que complejiza su valoración, y particularmente en el proceso de toma de decisiones en salud mental.

Información

El ejercicio de la autonomía refiere al proceso de toma de decisiones realizado con comprensión o conocimiento. Es así que la cantidad y la calidad de información ofrecida pasa a ser un elemento central, y puede de cierto modo ser cuantificado. Pero la información ofrecida es sólo un eje, ya que la recepción o comprensión de dicha información es la que permite efectivamente la autodeterminación del individuo. La comprensión de dicha información requiere de una compleja valo-

ración clínica que sólo puede darse en el marco de una relación clínica de respeto.

Toda relación clínica se caracteriza por la asimetría, la que se funda en los roles que se ejercen en esa relación. Por un lado, el equipo de salud porta un conocimiento específico desde el cual acciona en los procesos de salud-enfermedad. Por otro lado, el consultante porta un saber sentido en relación a su padecimiento. En el ejercicio de estos roles, profesionales-consultantes, la relación asimétrica gira en torno a la emergencia de una enfermedad o a su eventualidad.

En el campo de la salud mental esta asimetría reviste características particulares. Aquí, la semiología, entrevista clínica, empatía, reflexión y subjetividad asumen una relevancia particular, considerando la escasa disponibilidad de estudios paraclínicos diagnósticos confirmatorios. Esto determina modos particulares de abordarlo, poniéndose en juego cómo cada sujeto actuante en la relación supone a la realidad.

Al respecto, Galende (2006) menciona:

Salud mental es brindar atención y prestar cuidados a quienes padecen alguna forma de sufrimiento mental. Hemos situado a la relación terapéutica como el vínculo asimétrico entre quien brinda el cuidado y quien lo ha demandado, se trata de un aspecto de la relación con el otro que debemos entender, incluye valores éticos y morales que regulan, en esta asimetría, las dimensiones del amor, la dependencia y el poder. No debemos descuidar que la herramienta, y hasta la técnica, si es que esta palabra cabe en una relación terapéutica, es siempre nuestra propia persona operando en esa relación, tanto en el diálogo psicoterapéutico como cuando formulamos diagnósticos o prescribimos tratamiento farmacológico, o formulamos propuestas que tienden a orientar la conducta o decisiones particulares del paciente. (Galende & Kraut, 2006)

Competencia

En este punto es capital distinguir dos conceptos que tienen aristas en común pero de cuyas diferencias se derivan intervenciones clínicas. Estos conceptos son el de incapacidad e incompetencia. La incapacidad es una condición jurídica y la incompetencia es una valoración estrictamente clínica. Podríamos decir que la declaración de

incapacidad se sustenta en una valoración clínica de incompetencia, pero que no toda incompetencia conlleva una incapacidad.

Debemos comenzar destacando una división entre capacidad de derecho, la cual es inherente a toda persona por el solo hecho de serlo, y la capacidad de obrar, la cual indica la capacidad del sujeto de ser titular de derecho y asumir obligaciones, presuponiendo la capacidad jurídica. A este entender, si bien toda persona tiene capacidad de derecho (aptitud para ser titular de una relación jurídica), la capacidad de obrar surge para establecer de qué manera se logra o se instrumentaliza esa titularidad en el diario vivir. En definitiva, la capacidad de obrar es la que “divide” (jurídicamente) a los sujetos entre aquellos capaces e incapaces de obrar, o sea, aquellos para los cuales se debe definir un representante que actuará en nombre e interés del incapaz para que éste no quede al margen de la vida jurídica y pueda gozar de sus derechos. (Gamarra, 1977)

La incapacidad de obrar entonces, dificulta la asunción de responsabilidades, por lo que la autodeterminación se encuentra fragilizada. Pero el proceso de toma de decisiones en el marco de la relación clínica, en el ámbito sanitario, refiere a decisiones en extremo diversas en relación a las temáticas involucradas, a la gravedad de las situaciones y a la magnitud de las decisiones. Es decir, que a priori, la declaración de incapacidad no debería dejar a la persona por fuera de las decisiones que la impliquen, sino que debería ser valorada en cada situación singular, quizás invirtiendo las premisas. Dejaríamos atrás la premisa de “la persona declarada incapaz no puede decidir sobre sí misma” a “la persona declarada incapaz puede decidir sobre sí misma la mayoría de las veces”.

Para dilucidar este punto nos referiremos a dos principios que trabaja Gracia y que dejan en claro la necesidad de romper con pre-conceptos rígidos que se antepongan en la relación clínica, para dar paso a lo que allí deviene y desde ahí valorar la situación (Vidal, 1999). Estos principios son el de gradualidad y el de proporcionalidad.

Con respecto al principio de gradualidad se establece que es un concepto dinámico que presenta tres niveles: mínima capacidad, mediana capacidad y capacidad plena (aquel que vive y decide en forma autónoma). De esta manera, existe una gradualidad en la capacidad-incapacidad, es decir que lo que es catalogado como el bloque mono-

lítico de “pacientes psiquiátricos” es un grupo de personas de enorme diversidad a los que por consultar en el campo de la salud mental se les presupone incompetencia, y desde allí, en general, se organizan todas las intervenciones. La diversidad a la que hacíamos referencia se vincula con la variabilidad en la presentación, en la evolución, en la adherencia y respuesta a los tratamientos. Es así que una persona competente puede tomar una decisión irracional y una persona incompetente puede tomar una decisión racional, dependiendo de la articulación de los elementos en juego.

Por otra parte, refiriéndose al principio de proporcionalidad, se entiende que la capacidad que hay que valorar es proporcional a la decisión que debe tomar, es decir, no todas las decisiones definen las mismas consecuencias. Al respecto, La Asociación Médica Mundial, en la Declaración de Lisboa (1981), en el Manual de Declaraciones sobre los Derechos de los Pacientes, refiere con respecto al paciente legalmente incapacitado que:

“El paciente legalmente incapacitado:

- a) Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- b) Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.
- c) Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.”

La competencia es uno de los requisitos considerados centrales en el proceso de toma de decisiones en general, pero lo es especialmente en las consultas en salud mental. Esto se debe a que la incompetencia es la condición que se le endilga por lo general a los consultantes en salud mental, por fuera de toda valoración clínica. La competencia refiere a la posibilidad por parte del consultante de valorar adecuadamente la información que se le aporta para iniciar a partir de allí un proceso de evaluación de su situación de salud, de los cursos de acción

posibles y seleccionar entre ellos el que responde a sus motivaciones personales.

La incompetencia por lo tanto refiere a las personas que no logran llevar adelante ese complejo proceso de toma de decisiones, básicamente por alteraciones cognitivas o volitivas. De esta manera, Costa (1996) distingue entre incompetentes cognitivos e incompetentes volitivos. Los incompetentes cognitivos son aquellos que presentan fragilidad en las funciones intelectuales y por ende no logran valorar la complejidad de la situación que se les presenta. Los incompetentes volitivos son aquellos que, sin tener dificultades intelectuales, presentan alteraciones de la esfera afectiva (temor, ansiedad, angustia) que les impide valorar correctamente la situación. (Costa, 1996)

Para la valoración de la competencia cognitiva, el equipo de salud cuenta con el recurso clínico de la escucha y del intercambio acerca de información y de valores, lo que generalmente aporta datos muy relevantes. En caso de presentar dudas, es posible apelar a paraclínica que valore la capacidad intelectual según criterios ampliamente aceptados, aunque también cuestionables. En general, cuando es la incompetencia cognitiva la que está en juego, esta incompetencia (en tanto inhabilidad para dar cuenta de la implicancia en un proceso) excede ampliamente la toma de decisiones puntuales en el ámbito clínico. Es así que en general detectamos niveles de dependencia importantes, que conllevan una dificultad para concretar un proyecto vital sin apoyo considerable.

Los casos de incompetencia volitiva son más difíciles de valorar porque son altamente variables, ligados a la presencia o no de un trastorno mental, y muchas veces ligados a la implicancia de la persona en el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, la angustia o el temor que suscita la aceptación de un diagnóstico o la incertidumbre que genera un pronóstico. Podemos pensar en una incompetencia volitiva transitoria y estrictamente al espacio-tiempo de relación clínica en el proceso de toma de decisiones, pero no por qué, dificultando la toma de decisiones en otros ámbitos ni en la concreción de un proyecto vital.

Ausencia de Coacción

Refiere a que las decisiones serán consideradas autónomas en tanto sean tomadas sin influencia o control externo. Este aspecto es muy difícil de precisar, ya que en nuestro carácter de seres sociales, la influencia del entorno en nuestras decisiones es frecuente e incluso deseable, ya que nos permitirá calibrar nuestras propias decisiones y eventualmente valorar otros cursos de acción posibles. Cuando la coacción es explícita y tiende a avasallar al otro en sus decisiones es más fácil de precisar, pero los distintos niveles de coacción sutiles que se podrían dar producto del intercambio deliberativo entre dos personas no es tan sencillo. Más aún, en personas con alta sugestibilidad, la búsqueda de la opinión del otro puede ser un modo de encubrir la propia dificultad para tomar decisiones.

Lo que es claro es que la coacción explícita es en mayor o menor medida posible de valorar, pero a veces no es la que define la decisión. Es por eso que algunos autores incluyen entre los elementos de coacción, a la coacción interna, ligada al padecimiento psíquico como efecto de algunas compulsiones o adicciones, por ejemplo. Entendemos que la coacción interna puede ser otro modo de referirse a la falta de competencia para tomar una decisión adecuada para sí. De esta manera queda en evidencia la complejidad de la valoración de la autonomía ya que los indicadores no son cuantificables ni absolutos.

Paternalismo justificado

Podemos pensar que el modelo de relación clínica de corte paternalista no ha cedido su lugar definitivamente, sino que se perpetúa arraigado en diversas prácticas en salud. Este punto requiere cierta reflexión en el campo que nos interesa, ya que no se trata de condenar toda acción paternalista de plano, ni bregar por acciones autonomistas, sino más bien analizar qué lógicas subyacen a una u otra acción.

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO (2005) se refiere en su Artículo 8 a la vulnerabilidad:

“Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal. Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana.

Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.” (UNESCO. 2005).

En este sentido, los consultantes en servicios de salud mental suelen ser definidos como población vulnerable, debido fundamentalmente a su homologación como incompetentes. Este aspecto tiende a generar en el equipo de salud intervenciones consideradas paternalistas, en el sentido en que se duda de la capacidad de autodeterminación de la persona.

El desafío radica en analizar si la vulnerabilidad es real o adjudicada. Este punto es de gran relevancia porque como vemos, la protección de los “vulnerables” debería ser el principio rector, ligado a la beneficencia. La limitación de la autonomía debería tener como único objetivo la protección de la persona, que de otro modo profundizaría su vulnerabilidad.

El paternalismo se plantea como antagónico del autonomismo. Desde el momento en que se erige la autonomía como principio, basado en el valor de la autodeterminación, el paternalismo en primera instancia aparece como una práctica en desuso, desvalorizada, e incluso condenada explícitamente. En definitiva, para ejercer una acción paternalista, esta debe justificarse. Es así que surgen distintos modos de nominar la conducta paternalista: paternalismo justificado-injustificado, paternalismo justo-injusto, paternalismo débil-fuerte.

Para valorar la justificación del paternalismo debemos considerar su definición y sus alcances. Una acción es paternalista cuando afecta la libertad de una persona pero con la intención de hacer un bien. Para distinguir entre paternalismo justo e injusto (otros autores utilizan el término de débil o fuerte, respectivamente) se debe considerar la competencia de la persona. Algunos autores consideran que el paternalismo justificado, no es propiamente paternalismo, dejando este término para las acciones de paternalismo injustificado, estableciendo un sentido peyorativo.

El paternalismo justificado, se establece cuando existe un deber de proteger al otro y la motivación es el bien de este individuo. Si bien existe un “recorte” de la libertad del individuo, éste es justificado, basado en un grado de incompetencia orientado a la protección de una persona en estado de vulnerabilidad.

El paternalismo injustificado, existe cuando se limita la libertad del individuo bajo la apariencia de protección, cuando existe la competencia y la posibilidad de elección por parte de éste. De esta manera se atribuye al otro una incompetencia desprovista de fundamento para “justificar” la acción (Camps, 1998). En este paternalismo injustificado se engloban las acciones que limitan la toma de decisiones de individuos con trastornos mentales, simplemente por el hecho de padecerlos, sin la relación o reflexión sobre la competencia de éstos para tomar decisiones.

Asentimiento

Considerar la opinión y la voluntad de las personas jurídicamente incapaces en la toma de decisiones referidas a la práctica clínica debe ser un instrumento para fomentar su participación. Esta forma es una manera de permitir la máxima expresión posible de la autonomía en función de los niveles de competencia valorados singularmente en cada relación clínica, atendiendo a los conceptos de proporcionalidad, variabilidad y gradualidad ya mencionados. Esta manera de participación puede ser definida como asentimiento (aspecto muy utilizado en la práctica clínica y en la investigación con niños, niñas y adolescentes). (Berro Rovira, 2013)

El asentimiento presenta una dimensión estrictamente ética, ya que permite la expresión de voluntad de una persona declarada incapaz, que jurídicamente ha perdido la capacidad de consentir. Sumado a la importancia de esta herramienta para respetar la autonomía, se debe mencionar la mayor adhesión en el proceso terapéutico de las personas que son estimuladas a participar en la toma de decisiones en la medida de sus posibilidades y considerando las decisiones particulares y sus implicancias, sin desconsiderar el rol de los representantes legales.

Esta mayor adherencia se entiende debido a la intención de brindar mayor información, estimulando una mayor responsabilidad que implica profundizar en la comprensión de su proceso de salud-enfermedad y sus respectivas implicancias. (Fridman, 2003) En consonancia con el paradigma de salud mental, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sugiere que los

países transiten en sus marcos normativos por el pasaje de un modelo de sustitución de la persona –figura de incapacidad jurídica– hacia un modelo de apoyo en la toma de decisiones (ONU, 2006). Este modelo de apoyos se fundamenta en el reconocimiento sin equanon de todas las personas en su calidad de tales sin detrimento de ésta por cualquier condición de vida.

Nuestro país ha ratificado en el año 2008 la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y actualmente se encuentra en diversos ámbitos académicos, políticos y sociales, analizando el planteo de la Convención en relación a un marco jurídico nacional fuertemente restrictivo del goce de la capacidad jurídica para personas en las que se considere comprometida su autonomía para la toma de decisiones. Si bien el modelo de sustitución de la capacidad jurídica aún está en vigencia se progresa en los hechos y en el análisis político-social hacia el modelo de apoyos. En este contexto sociopolítico, el asentimiento es una herramienta sustancial a la hora de trabajar en salud mental desde la perspectiva de derechos.

Consideraciones finales

En este trabajo nos ha convocado el repensar algunos componentes del campo de la salud mental, en un momento histórico actual en el que el avance en la generación de mecanismos e instrumentos para asegurar el ejercicio de derechos de las personas es notorio y aliciente.

Hemos abordado el concepto de salud mental desde una perspectiva amplia, incorporando los elementos teórico-reflexivos de la corriente de salud mental comunitaria, con fuerte anclaje en el paradigma de derechos humanos.

Los conceptos de “paciente psiquiátrico” y “trastorno mental” integran el campo de la salud mental pero no lo totalizan, sino que este campo es multidimensional. Lo cual necesariamente lleva a lecturas interdisciplinarias provenientes de diversos campos del conocimiento (sociología, antropología, psicología, psiquiatría, ciencias políticas y bioética, entre otras).

El énfasis está en resituar la calidad de sujeto de derechos, rescatando la centralidad de la persona en el proceso de toma de decisiones. Desde una perspectiva bioética podemos aportar a ese proceso de

resignificación de las personas en el proceso de toma de decisiones en el campo clínico, repensando las nociones de competencia-incompetencia, capacidad-incapacidad.

Los principios de proporcionalidad y gradualidad son un aporte conceptual concreto y necesario para efectivizar una relación clínica que favorece la toma de decisiones. Asimismo el consentimiento y el asentimiento son instrumentos imprescindibles para garantizar el respeto por la persona y autonomía.

Desandando el “bloque monolítico de paciente psiquiátrico”, se producen nuevas miradas en relación al valor del encuentro clínico. Un encuentro que es nuevo en cada instancia en la medida que pone en juego lo que cada uno en su rol de profesional de la salud mental y consultante trae consigo. Nos referimos a desandar en lo cotidiano los constructos sociales y culturales arraigados a las nociones de enfermedad mental, trastorno mental, incompetencia e incapacidad que pueden estar determinando la resolución del encuentro clínico.

Desde esta perspectiva, el transitar en conjunto por la búsqueda de consentimientos y asentimientos, o no consentimientos o no asentimientos, fortalece la relación clínica y por ende genera mayor adherencia a las alternativas terapéuticas y transforma el tránsito por el proceso de salud-enfermedad mental a través del empoderamiento.

Bibliografía

- Berro Rovira, G. (2013) Consentimiento Informado. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28:17-31.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Asociación Médica Mundial. (1981). *Declaración sobre los Derechos de los Pacientes. Declaración de Lisboa*.
- Barrán, JP., Bayce, R., Cheroni, A., de Mattos T., Labisch, A. & Moreira, H., et al. (1993) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan: Goethe-Institut.
- Beauchamp, TL. & Childress, JF. (1979) El Respeto a la Autonomía. En *Principios de Ética Biomédica*. (pp.113-178) (Primera ed) Barcelona: Masson.
- Camps, V. (1998) Paternalismo y Bien Común. *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, (5):195-202.

- Costa, MV. (1996). El Concepto de Autonomía en la Ética Médica: Problemas de Fundamentación y Aplicación. *Perspectivas Bioéticas en las Américas*. 1(2):89-116.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C. (1978). Estudio Clínico de las Enfermedades Mentales. En *Tratado de Psiquiatría*. (pp.199-203) (Octava ed) Barcelona: Masson.
- Foucault, M. (2008). La evolución de la noción de “individuo peligroso” en la psiquiatría legal. En *La Vida de los Hombres Infames*. (pp.103-117) (Primera ed) Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Frankel, D. (2015). *Eugenesis Social. Configuraciones de poder en tiempos de muerte en vida*. El ágora. Buenos Aires: El Ágora.
- Fridman, P. (2003) Discusión acerca del consentimiento informado en psicoterapias. *Perspectivas Bioéticas*, 8(15):77-82.
- Frontera Roura, E. (2009). Salud Mental y Bioética: Relación Simbiótica. *Acta Bioethica*, 15(2):139-147.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y Prácticas en Salud Mental*. (Primera ed). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. & Kraut, AJ. (2006) El Sufrimiento Mental: el poder, la ley y los derechos. (Primera ed) Buenos Aires: Lugar Editorial
- Gamarra, J. (1977). *Tratado de Derecho Civil Uruguayo*. Tomo 10
- Mitjavila, M. (1988) *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Montevideo: Universidad de la República. Montevideo.
- Mitjavila M. (1992). *Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización*. *Cuadernos del CLAEH*, 17(62):37-46
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
- Ortega, E. (2003). *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Universidad de la República. Montevideo.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2005) *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*.
- Vidal, S. (1999) Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. *Jurisprudencia Argentina*, 6166:58-68.

¿ENFERMEDAD MENTAL O SUFRIMIENTO PSÍQUICO?

LA DISPUTA POR LA NOCIÓN DE SUJETO Y SUBJETIVIDAD⁸⁹

Robert Pérez Fernández

I - Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha difundido algunas cifras realmente impactantes respecto a las enfermedades mentales en el mundo. Sólo en el caso de la depresión, “se calcula que afecta a más de 300 millones de personas” (2017 s/p). Esta cifra no deja de sorprender, sobre todo porque duplica las cifras que la propia OMS estimaba en su reporte del año 2001. ¿Esto qué quiere decir? ¿que en los últimos 15 años hay el doble de personas con depresión en el mundo? ¿que ya existía una cantidad similar pero no se “conocía” de la existencia de la mitad de ellas? ¿que las técnicas diagnósticas han mejorado y por tanto se puede detectar mejor? ¿O que es un diagnóstico integrado a la cultura actual de occidente? ¿o que el diagnóstico de estos trastornos los multiplica, encontrando depresión en situaciones que antes se pensaban de otra forma?

Varias preguntas y líneas de análisis se podrían desprender de ese dato descriptivo, al menos para tratar de entender esa cifra en sus condiciones de producción. Una de ellas podría ser analizar el estatuto

89. El presente artículo constituye un adelanto de mi tesis doctoral en salud mental comunitaria “las dolencias de la mente. Prácticas atención y cuidado de personas con demencia en Uruguay”, desarrollada en la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

científico de la categoría “trastorno depresivo mayor” y cómo la misma se constituyó históricamente en la década de 1980 a partir de una acción política de un grupo de psiquiatras de la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) y no a partir de estudios científicos o de evidencia empírica que presentaran una nueva enfermedad⁹⁰. Otra línea podría ser tratar de comprender qué es la depresión, más allá de la descripción sintomática de los manuales de referencia. O sea, tratar de entender en una persona situada social e históricamente, qué implica tener una pérdida de interés en su vida y la de los que lo rodean, qué implica no poder poner en juego la capacidad de disfrutar, cómo se siente subjetivamente la desesperanza o la sensación de no futuro, etc. Otra línea podría ser tratar de entender las condiciones de vida de las personas con ese grado de sufrimiento y como se relaciona con el mismo. Si bien la OMS ha señalado que este trastorno afecta a los diferentes sectores sociales y grupos de occidente, no puedo dejar de formularme la pregunta de cuántos de estos 300 millones de personas están directamente vinculadas con otras cifras que nos aportan cotidianamente los periódicos y los noticieros de TV: que la UNESCO estima que hay un millón de niños en riesgo de muerte por desnutrición, o que cada semana mueren ahogados en el mediterráneo cientos de inmigrantes, o con las noticias de los “errores técnicos” de algún avión o misil que despedaza poblaciones civiles en un bombardeo, o con la persecución política y riesgo de muerte al que están sometidas millones de personas en el mundo, sólo por citar algunos ejemplos. O si se quiere en otra línea de ejemplos, ¿como estas cifras se vinculan con los miles de personas del mundo occidental capitalista que han montado su identidad sobre un ideal imaginario de tener o de consumir, y pierden esa capacidad o directamente no pueden acceder a ella? ¿estará relacionado? ¿qué sería entonces la depresión?. Más allá de esa discusión académica, lo que nunca debería perderse de vista es que detrás de cada número y de cada etiqueta diagnóstica, existe al menos una persona “de carne y hueso” que presenta un sufrimiento psíquico (Augsburger, 2004; Stolkiner, 2013), que la

90. Al respecto, remitimos al trabajo de Allan Horwitz (2011) que ilustra muy bien esto, a la vez que señala que desde que se creó categoría, su diagnóstico ha ido aumentando en el mundo.

ubica en una posición de vulnerabilidad en relación a sí misma y su entorno familiar, social y comunitario.

Vivimos en un mundo dónde, muy de la mano de los avances en las tecnologías de la comunicación, asistimos a importantes cambios en las producciones de subjetividad y en la noción del sí mismo y de los otros. Un mundo cada vez más globalizado y con poderosos efectos de homogeneización, saturado de datos y opiniones individuales que se difunden masivamente con poco o nulo fundamento, es un campo propicio para encontrar explicaciones lineales y simples a fenómenos complejos. Un mundo en dónde abundan los reduccionismos en diferentes campos, incluido el de la salud mental. Pues bien, tomando el caso de la depresión como ejemplo inicial, el presente trabajo tiene como objetivo central desarrollar algunas líneas de reflexión a partir de la pregunta, ¿qué son las enfermedades mentales?

II - Los determinantes de la salud mental

Hablar de enfermedad mental nos ubica directamente en el tema de la concepción de salud y enfermedad y sus condiciones de producción. Al respecto, la mayoría de los países del mundo han adherido a la definición de la OMS, que ubica a la salud mental como una dimensión de la salud general, refiriendo a un estado de bienestar en el que la persona puede poner en juego sus capacidades, superar los eventos estresantes y adversos de la vida, así como trabajar y aportar a su comunidad. En relación a los trastornos mentales, se señala que son diversos, aunque en general tienen en común síntomas vinculados a “pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales” (2013: 42), dejando abierto el significado conceptual del término normal a la capacidad de la persona para gestionar sus pensamientos, afectos, conductas y comportamientos consigo mismo y con los demás. A su vez, se plantea que la salud y los trastornos mentales estarán estrechamente relacionados a ciertos determinantes, entre los que se destacan aspectos singulares de la historia de la persona y “factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad” (OMS, 2013: 7).

Estos determinantes ubican el problema de la salud y enfermedad mental en el plano social y político. Este entorno, o para ser más preciso, este medio social que marca las condiciones de existencia, habilitará y delimitará determinadas condiciones de producción y forma de expresión del sufrimiento psíquico. Por tanto, las modalidades de abordaje de estas problemáticas y los tratamientos que se implementen, deberían ser congruentes con estas formulaciones, principalmente en lo que hace a los llamados “determinantes”. De lograrse esa congruencia, podrían ser realmente efectivos y relevantes para garantizar los derechos humanos de las personas, elevar su calidad de vida y favorecer el desarrollo de sus potenciales (OMS, 2013). Estamos aquí en la dimensión de los dispositivos y prácticas de atención y cuidado.

Michel Foucault, una de las pocas veces que a lo largo de su obra delimita el alcance del término dispositivo, lo presenta como,

“... un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo [...] He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos” (resumido y citado por Agamben, 2011: 250).

Así, la noción de dispositivo remite a un aparato político estratégico que diagrama las formaciones subjetivas. Refiere al conjunto de acciones, creencias, conocimientos, afectos y significados –conscientes e inconscientes– que offician políticamente como productores de sentido, construyendo la realidad, que en el caso de los trastornos mentales, se expresa en prácticas discursivas y extradiscursivas de cuidado y atención.

Dialogando estrechamente con esta perspectiva, varios trabajos (por ej. Goffman, 1963; Galende, 2008; ADI, 2012; Pescosolido,

2013; Papadopoulos, Foster y Caldwell, 2013) han identificado al estigma y la discriminación como dos prácticas sociales estrechamente vinculadas a la producción de los trastornos mentales y a la violación de los derechos humanos de estas personas. Para Bernice Pescosolido (2013) el estigma es un fenómeno arraigado en la estructura social que tiene sus raíces en la cultura y se reproduce en las relaciones sociales. El resultado del estigma es la discriminación del diferente, en este caso, la persona con un trastorno mental. Como reconoce la OMS,

“... a muchas [personas con trastornos mentales] se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se les imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Pueden sufrir también condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. A menudo se les niegan derechos civiles y políticos, tales como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, la libertad personal, el derecho de voto y de participación plena y efectiva en la vida pública, y el derecho a ejercer su capacidad jurídica en otros aspectos que les afecten, en particular el tratamiento y la atención. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales”. (2013: 8)

Como documenta este texto de la OMS, en nuestras sociedades occidentales es común el desarrollo de dispositivos y prácticas deshumanizantes, que atentan contra a dignidad de la persona. La dignidad, es definida por la propia OMS como el “mérito y el valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias” (2015: s/p).

Hasta aquí, las concepciones de salud y enfermedad mental y sus determinantes sociales que aceptan la mayoría de los gobiernos del mundo a través de la OMS. También un panorama sobre la distancia que media entre estas concepciones teóricas y las políticas que se implementan en gran parte de los países, que permiten mantener el estigma y la discriminación, no pudiendo garantizar el respeto de

los derechos humanos de las personas con trastornos mentales severos. Esta situación marca una tensión entre lo que se debería hacer y los dispositivos y prácticas que efectivamente se implementan, las que –como han señalado diversos autores– en general responden a un modelo “objetivo-natural” de enfermedad mental que está en la base de los dispositivos de atención montados tradicionalmente (González y Pérez, 2007; Galende, 2008; Stolkiner, 2013).

Pues bien, ¿cómo se han abordado tradicionalmente los trastornos mentales?. En el mundo occidental, durante siglos la modalidad habitual de tratamiento se ha basado en el aislamiento social a través del manicomio (Foucault, 1964). Este abordaje ya está ampliamente demostrado que no sólo no produce mejoras en el estado de salud, sino que tiende a empeorar la misma, cronificando a las personas (OMS, 2001; Levav, 2003). Debido a esto, en los últimos 70 años se ha avanzado en una serie de propuestas conceptuales y prácticas respecto a los padecimientos mentales, contrarias a la reclusión y enfocadas desde una perspectiva de Derechos Humanos. Actualmente el estudio y tratamiento de estos padecimientos se ubica dentro del campo de la “salud mental”.

Las problemáticas que aborda y que constituyen este campo de acción hunden sus raíces en un antiguo debate respecto a la cualidad de la salud y la enfermedad, y de “lo mental” que se mantiene hasta el día de hoy. Este debate ha estado históricamente marcado por dos posturas epistemológicas y científicas respecto a si el problema de la salud y enfermedad mental es de orden “objetivo-natural” o “subjetivo-histórico/social” (González y Pérez, 2007; Galende, 2008; Stolkiner, 2013). Cada una de estas concepciones define y constituye en sus prácticas sujetos y objetos de estudio e intervención diferentes y, por tanto, diferentes dispositivos de atención, cuidado y tratamiento.

La perspectiva “objetivo-natural” de la enfermedad mental se basa en un modelo que tiene como ideal el establecer relaciones causales que permitan controlar los padecimientos mentales. Para ello en general ha jerarquizado la pregnancia biológica de los fenómenos psíquicos –ya que son más factibles de estudiar con este método– por lo que se concibe a la patología como una enfermedad cerebral que debe ser abordada tomando ese plano de intervención como el central. Desde este enfoque, las diferentes funciones y componentes psíquicos

se espera que en algún momento puedan ser conocidas en su base biológica, por lo que el desafío metodológico principal es encontrar las variables explicativas adecuadas para realizar diferentes experimentos con humanos o animales.

Por su parte, desde el modelo “subjetivo-histórico/social” se postula que no existen “enfermedades puras” que puedan ser abordadas desde un único plano, sino que en todo caso los “trastornos mentales” son modalidades de respuestas a diferentes exigencias del medio, donde intervienen elementos socio-históricos que interactúan con el plano biológico. La forma de estudio es ampliar las variables, abrir los datos para comprenderlos en la complejidad de una persona y su contexto de expresión y producción social e histórica.

Ambos enfoques difieren radicalmente respecto al lugar que le asignan al sujeto y su historia en el proceso de salud-enfermedad-cuidado, remitiendo a diferentes paradigmas científicos. En términos epistemológicos, mientras la primer posición remite a la vieja ambición de las ciencias naturales y del positivismo de “encontrar” relaciones causales, constantes y universales que pre-existen y son independientes de la experiencia, la segunda responde a un paradigma complejo propio de las ciencias humanas, que parte de la noción de procesos abiertos y modificables que se construyen continuamente en diferentes dimensiones a partir de las prácticas instaladas (Foucault, 1996). Estas diferencias reflejan distintas concepciones de lo que implica el ser humano. En el primer caso se trata de un ser humano biológico “mecanicista”, donde cada proceso de la conducta puede ser explicado desde la perspectiva biológica-cerebral. En el otro, se plantea un ser humano singular e histórico (ontogenéticamente y filogenéticamente), cuya conducta tiene múltiples fuentes de construcción en un determinado tiempo y territorio, en una determinada trama de significaciones y sentidos sociales que producirán subjetividad.

Vinculado con la noción de sujeto y subjetividad en el campo de la salud mental, ambas perspectivas difieren radicalmente en la conceptualización de “lo mental”, diferencia que remite a la también vieja discusión sobre la relación entre el cerebro y el psiquismo. Para entender esta dimensión del problema, resulta interesante el planteo que realizan Solms y Turnbull (2004), quienes retomando una anterior propuesta de David Chalmers, señalan que conocer esta relación

entre el cerebro y la mente tiene un aspecto “fácil” de estudiar y otro “difícil”⁹¹. El aspecto “fácil” refiere a la posibilidad actual de conocer los correlatos neuroanatómicos y químicos de las funciones mentales, que actualmente es posible de investigar y comprender con relativa precisión, al disponer de tecnología y técnicas adecuadas para eso. A su vez, el aspecto “difícil” remite a la cualidad de la conciencia y a la imposibilidad de conocer cómo un “determinado patrón particular de hechos fisiológicos nos hace conscientes” de nosotros mismos (p. 48). Estos autores, luego de analizar diferentes respuestas que se han dado a este problema desde la filosofía y las neurociencias, concluyen que la noción de mente implica la construcción simultánea de dos perspectivas diferentes: “primero como un objeto material y segundo como conciencia subjetiva” (p. 78). Cada perspectiva debe ser abordada desde modalidades teóricas y técnicas específicas.

Si relacionamos esta discusión con el planteo de la OMS respecto a la enfermedad mental, ¿dónde ubicamos la misma? ¿En el objeto material de la mente? ¿en la conciencia subjetiva?. Y yendo un poco más allá, ¿qué sería la conciencia subjetiva? ¿algo propio del individuo, innato? ¿construido socialmente? ¿cómo juega el lenguaje y la capacidad de simbolización en esta conciencia?

Las principales investigaciones sobre “el objeto material de la mente”, o sea el cerebro –al menos desde esa concepción– dan cuenta que este órgano responde a una lógica biológica de activación de redes neuronales que no son sistemas cerrados, sino que por el contrario, son sistemas abiertos por excelencia, que se van constituyendo a lo largo de su historia en función de los intercambios con el medio que jamás se da de forma lineal. El cerebro es un sistema abierto y adaptativo por excelencia (Samaja, 1997), un sistema de transformación de energía y de transmisión de señales eléctricas y químicas moldeado por el ambiente en una continua retroalimentación de estímulos que se han ido dando en el tiempo. Los procesos de pensamiento inteligente y las categorías que utilizamos para su formulación, la memoria expresada

91. Por supuesto que la calificación “fácil” o “difícil” es formulada de forma provocadora por Chalmers, para señalar aspectos del problema que pueden ser conocidos con la metodología actual de estudio y otros que no es posible discernirlos con la misma. De ahí las comillas.

como narrativa o como acción, los afectos y las emociones; en definitiva, todos los mecanismos de producción de significados y sentidos que implican construcción de subjetividad, remiten a funciones simbólicas forjadas en el medio social y cultural en constante contacto con otras personas que nos permitirán crear y recrear nuestra identidad a partir de un proceso de identificación-diferenciación. Estos procesos se inscriben a modo de redes semánticas, produciendo efectos performativos de reacción en los canales de transmisión bioquímica de las redes neuronales, que a su vez dan sustrato orgánico a esas redes simbólicas y las relanzan en conductas, pensamientos, acciones, etc.

Ahora bien, si aceptamos lo anterior, entonces, ¿qué sería una enfermedad mental? ¿una alteración en los circuitos neuroquímicos? ¿una forma de producir significados y sentidos a través de las redes semánticas? ¿una determinada producción de subjetividad y por tanto de estar en el mundo? En este punto, mi propuesta es que por la propia interconexión performativa de ambas lógicas de funcionamiento, esto que podemos nombrar como una modalidad de producir y sentir sufrimiento psíquico, circula por ambos circuitos y se potencia, y es relanzando en conductas, en signo y síntomas que socialmente pueden ser interpretados como un trastorno o una enfermedad mental. A su vez, en el mundo occidental, la propia nominación de “enfermedad” o “trastorno” mental tiene un poder social performativo muy fuerte, constituyendo una patologización en sí mismo de la persona ubicada en este lugar social.

Algún lector algo distraído podrá preguntarse entonces, pero con ésto, ¿se está negando la existencia de la enfermedad mental?. Ante esta legítima pregunta, tal vez sea mejor re-ubicar el tema. No se trata de desarrollar un juego de palabras o una puja entre enfermedad sí o enfermedad no. Por supuesto que existen múltiples formas de sufrimiento psíquico, como parte de las reacciones que produce una persona ante los desafíos del vivir. Negar esto, además de ser totalmente insostenible científicamente, sería realmente una profunda falta de respeto para quiénes cotidianamente se encuentran en estas situaciones o sus seres queridos. Seguramente en este momento existen en el mundo millones de personas que no pueden vislumbrar un futuro ni un proyecto, que están sufriendo una terrible desesperanza y desvalorización del sí mismo, que sienten que su vida no vale la pena o que

están aterrorizadas ante situaciones de persecución (sean reales o imaginarias) o ante no poder recordar o reconstruir su sentir con palabras, por nombrar sólo algunas de las formas que toman los sufrimientos psíquicos. Ahora bien, pensar que estas producciones psíquicas son un hecho universal a-histórico y a-temporal, y nombrarlo como “enfermedad mental”, ubica (convierte se podría decir) performativamente a la persona en eso⁹². Otra perspectiva terapéutica se abriría si los dispositivos y prácticas de atención y cuidado intentaran contactarse con la persona y su sufrimiento psíquico, y no con “la enfermedad”.

No obstante, debo reconocer que con el grado de conocimiento actual, este tema es un campo de discusión abierto, aunque aún dominado por la perspectiva y creencias del “*statu quo*” científico que, en este campo de disputa por los significados y sentidos, se ha apropiado simbólicamente del concepto *salud mental*. Esto es muy fácil de fundamentar, pues actualmente, cuándo se realiza una búsqueda de la literatura científica publicada en las principales revistas sobre los trastornos mentales, es muy claro que el modelo objetivo-natural es el que publica más artículos y tiene más investigaciones acumuladas. Este modelo tuvo una avanzada política importante en la última década del siglo pasado, la llamada *década del cerebro*, que fue apoyada por sectores económicos muy poderosos (como la industria farmacéutica y afines). Esto ha implicado una gran inversión e impulso a los estudios biológicos y genéticos sobre el cerebro en los principales centros de investigación del mundo. Como consecuencia, se produce una gran influencia política e ideológica de las teorías y técnicas que intentan subordinar la mente o lo psíquico a la lógica biológica del cerebro. A pesar de la inexistencia de evidencia científica contundente que fundamente la reducción del psiquismo y la subjetividad al cerebro, luego de ese avance técnico y político de las neurociencias en los años 90, éste es el paradigma habitual de abordaje en el que se invierte la mayoría de los recursos de investigación. Se busca de esta forma, comprender, explicar e intervenir en el psiquismo y en la subjetividad humana des-

92. En otro lugar hemos fundamentado esto aportando evidencia empírica respecto a la situación de las personas con demencia en Uruguay: en el estudio sobre los dispositivos de atención y cuidado surge como tema central que los mismos facilitan la pérdida de la cualidad de ser persona en quiénes padecen estas afecciones (Pérez, 2014 y 2015).

de el estudio e intervención en el plano del Sistema Nervioso Central, hecho que constituye el corazón del modelo objetivo-natural de enfermedad mental. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad mental en última instancia podría ser reducida a un cúmulo de funciones neuroquímicas y fisiológicas, por lo que la intervención pasará por modificar mecánicamente las mismas. Sin embargo, al no existir evidencia empírica concluyente, esta perspectiva sólo puede ser mantenida en la retórica de las relaciones de dominación científica, a través de regímenes de verdad, al decir de Foucault (1988).

III - La estrategia política y la producción de formaciones subjetivas

En las primeras dos décadas del siglo XXI asistimos a una importante ofensiva de las propuestas biológicas de tipo lineal para encontrar *las bases* neuroquímicas y genéticas de los trastornos mentales (p.e.: Insel & Quirion, 2005; Kapur, et. al, 2012). Un claro ejemplo de esto es el proyecto *Research Domain Criteria (RDoC)* que ha lanzado el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (*National Institute of Mental Health - NIMH*), una de las principales agencias mundiales de financiación de investigación en el campo de la salud mental. Este proyecto busca obtener datos experimentales de campos como la genética, la neuroimagen, las ciencias fisiológicas y cognitivas, que permitan identificar ese tipo de componentes en la enfermedad mental (Insel, 2013). Esta orientación del NIMH, implica que una parte importante de los recursos del mundo para investigar los trastornos mentales se van a orientar en esta dirección. Asistimos así a otra práctica y modalidad de expresión actual del dispositivo biopolítico de las primeras décadas del siglo XXI.

A su vez, no se puede soslayar que esta perspectiva de estudios, ubicada hoy en día en un mundo regido por un sistema de producción capitalista mundial, ha permitido desarrollar una de las industrias más florecientes de este sistema, como la industria farmacéutica, que se constituye en un actor importante de ese dispositivo biopolítico. Como plantea Alicia Stolkiner, “existe una inmensa maquinaria productora de sentido alrededor de las prácticas en salud, y en cuánto

tal productora de subjetividad” (2013: 2). Si bien esa concepción de lo biológico ha permitido a la industria farmacéutica desarrollar una serie de fármacos y técnicas que en la mayoría de los casos actúan eficazmente en los procesos patológicos clásicos –como los de tipo inflamatorio o infeccioso– también ha producido muchos daños al aplicar esta lógica de manera hegemónica al tratamiento de los trastornos mentales (González y Pérez, 2007; Galende, 2008). Una nueva faceta dentro de las prácticas de este dispositivo, es el cambio que ha tenido esta industria en los últimos tiempos. Contrariamente a lo que se cree popularmente, la mayor inversión que actualmente realiza esta industria no es en la investigación de nuevas moléculas, sino en publicidad. Como plantean Novoa, Gérvas y Ponte,

“Las industrias farmacéuticas han perdido capacidad de innovar porque se han especializado en desarrollar y vender medicamentos muy parecidos a moléculas antiguas (los denominados fármacos *yo-también* o *me-too*) en los que el riesgo y la inversión en investigación resultan mínimos (...) este tipo de medicamentos *yo-también*, dirigidos principalmente a enfermedades crónicas (diabetes, artrosis, síntomas mentales, etc.) o a factores de riesgo (hipertensión, colesterol, osteoporosis, etc.) se convierten en *super-ventas* (*blockbuster*) gracias a la intensidad de la publicidad, que es tanto directa –actividades de los visitantes médicos, anuncios en revistas científicas, folletos, etc. (...), como indirecta –alteración de toda la cadena del conocimiento médico, generación, regulación, difusión y aplicación, para ponerla al servicio de la venta de productos...” (2014: 375)

Ante esta situación, estos autores plantean un tema de alta relevancia ética, advirtiendo respecto a cómo las estrategias de venta de esta industria están comenzando a mellar las tradicionales salvaguardas que ha tenido la medicina, “para prevenir la posible interferencia de los intereses privados (industriales y otros) sobre los intereses generales de pacientes y poblaciones” (p. 374).

Esas prácticas de la industria, a su vez genera – y es retroalimentada – por nuevas prácticas biopolíticas en el mundo académico y científico (González y Pérez, 2007). Al respecto, resulta conmovedor el sentido alegato que John Ioannidis realiza denunciando cómo la perspectiva de la Medicina Basada en Evidencia y sus principales herramientas metodológicas –los ensayos clínicos aleatorios y los meta-análisis– han

sido capturados por la industria farmacéutica. Retomando un tema que este respetado investigador había tratado en un trabajo anterior (Ioannidis, 2005), señala ahora el hecho que,

“La industria farmacéutica patrocina los ensayos clínicos más influyentes. Y lo hace muy bien, obteniendo los mejores resultados en las listas de comprobación que miden la “calidad metodológica”, y publicando sus trabajos más rápidamente que los ensayos independientes. Es solo que con frecuencia preguntan las cuestiones equivocadas, utilizan las peores variables subrogadas, hacen los análisis más erróneos, usan los criterios de efectividad menos adecuados y realizan las inferencias más inexactas (...) La industria también está patrocinando un gran número de meta-análisis de la actualidad”⁹³ (2016: 2-3)

Ante esta situación, Ioannidis se pregunta irónicamente, “pero, ¿a quién le importan estos pequeños detalles?”⁹⁴.

Estos “pequeños detalles”, son parte de las prácticas académicas y científicas que sostienen el dispositivo biopolítico y el modelo objetivo – natural de enfermedad mental. Son uno de los principales productores de subjetividad que replica el modelo biologicista lineal como verdad que se construye performativamente, generando subjetividad y deseo, principalmente a nivel popular. De ahí que no sorprenda que las personas con múltiples padecimientos psíquicos y sus propios familiares, depositen la esperanza de alivio para su sufrimiento en soluciones químicas que, a pesar de su baja eficacia y eficiencia, tienen muy buen marketing (Stolkiner, 2012). A su vez, estos “pequeños detalles” son invisibilizados por la publicidad, incluso en las campañas de formación médica continua que realizan las industrias farmacéuticas, como claramente señalan González y Pérez (2007).

93. Texto original en inglés: “The industry runs a large share of the most influential randomized trials. They do them very well, they score better on “quality” checklists, and they are more prompt than on industry trials to post or publish results. It is just that they often ask the wrong questions with the wrong short-term surrogate outcomes, the wrong analyses, the wrong criteria for success (e.g., large margins for noninferiority), and the wrong inferences (...) The industry is also sponsoring a large number of meta-analyses currently”. Traducción de Abel Novoa, disponible en internet: <http://www.nogracias.eu/2016/03/20/la-mbe-secuestrada-por-john-ioannidis/> (recuperado en marzo de 2017)

94. “but who cares about these minor glitches?” (op. cit., p. 2)

En forma subsidiaria, una de las principales prácticas que sostienen este dispositivo objetivo-natural de salud mental refiere al hegemónico y excluyente valor de verdad y realidad que se le otorga a las etiquetas diagnósticas, de las que se derivan prácticas medicalizadas en las que fácilmente se pierde el sujeto.

Aquí nuevamente, un lector escéptico con esta crítica que venimos desarrollando se podrá preguntar, ¿pero se está negando la posibilidad de definir un determinado fenómeno, de diagnosticarlo para poder definir tratamientos de calidad?. Desde mi perspectiva, el problema aquí no es la existencia y utilización de un sistema funcional de clasificación y etiquetas en sí mismo. Por el contrario, los sistemas de clasificación tienen la enorme virtud de permitir definir entidades globales de afección, y por tanto definir políticas y delimitar modalidades de intervención adecuadas⁹⁵. La dificultad surge cuando se le adjudica a esa taxonomía global, un estatuto de realidad propio y por fuera de las condiciones de producción y sostén de la situación –los determinantes en términos de la OMS–. La forma en que se utilizan estas etiquetas en las prácticas habituales de atención sanitaria en la mayoría de los países, producen fácilmente un desplazamiento y sustitución del sujeto por la enfermedad, lo que produce el efecto de que a muchas personas con sufrimiento psíquico se les termine desconociendo su propia cualidad de persona y violando todos sus derechos⁹⁶. Así, quién hasta antes de la etiqueta podía ser una persona con historia y roles diversos –padre-madre, hermano/a, esposo/a, trabajador/a, amigo/a, vecino/a, etc.– pasa casi automáticamente a ser un demente, un depresivo, un psicótico, u otra categoría según el caso. Ubicado en este lugar, es muy difícil escapar de que todas las conductas pasen a ser

95. Por ejemplo, ante una persona de edad avanzada que presente dificultades en la memoria, apraxias y alteraciones temporales u otras alteraciones cognitivas que impliquen una dependencia y una disminución de su funcionamiento previo, se deberá definir si estos trastornos son consecuencia de una enfermedad neurodegenerativa primaria, de una depresión, de un tumor, un déficit metabólico o de otro cuadro. En estos casos, tanto el tratamiento como el pronóstico será diferente según el proceso patológico de base, por lo que es necesario ubicar el cuadro dentro de alguna categoría conceptual de clasificación.

96. El caso de las personas con demencia es paradigmático de esto.

interpretadas por el entorno a partir de la nueva realidad diagnóstica⁹⁷. A esto se refiere Alicia Stolkiner (2013) cuando señala la hegemonía discursiva que deviene instalando prácticas derivadas de la categorización. De esta forma, una situación compleja es reducida a una etiqueta que provee la tranquilidad de una explicación lineal del trastorno por fuera de la persona y sus condiciones de vida. Cuanto más severo sea este trastorno, más fuerte será este etiquetaje y las prácticas alrededor del mismo, que en general llevará a un camino de objetivación y deshumanización y, por tanto, de violación de sus derechos humanos, tal como señalaba la OMS⁹⁸.

Este etiquetaje, ha llevado a una hiper-clasificación y patologización de la vida cotidiana. Los dos sistemas principales de clasificación usados en el mundo –el *Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*⁹⁹ utilizado por la OMS, actualmente en la 10ma. versión (CIE-10), y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*¹⁰⁰, actualmente en su quinta versión (DSM-5)– son un claro ejemplo de esta patologización de la vida cotidiana y de cómo estas entidades clasificadoras producen realidad en sí misma (González y Pérez, 2007; Horwitz, 2011; British Psychological Society, 2013).

IV – Conclusiones

Por la propia definición de salud y enfermedad mental que promueve la OMS, no parece adecuado considerar estos términos como entidades absolutas y excluyentes, sino como procesos complejos y con diferentes modalidades de expresión y coexistencia en una misma persona. Dicho de otra forma, no parece posible sostener que una persona es totalmente sana o totalmente enferma. Esto que es una máxima para la salud en general (Canguilhem, 1966), cobra especial relevancia cuando se habla de salud mental. Parecería más adecuado

97. El clásico “experimento Rosenhan” es un buen ejemplo de cómo la etiqueta construye su propia realidad (Rosenhan, 1973).

98. Que dicho sea de paso, como Organización no es ajena a estas prácticas y contradicciones que se expresan en su interior.

99. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

100. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

decir que una persona tiene aspectos mentales más saludables y otros más patológicos, que pueden coexistir y expresarse de diferente forma como respuesta a diferentes situaciones del diario vivir. Pensar de esta forma esos aspectos, implica poner a jugar un paradigma complejo dónde procesos contrarios pueden coexistir, generando una nueva realidad según su articulación y expresión (Gallegos, 2005). A su vez, permite producir estrategias de intervención adecuadas que habiliten el desarrollo de los procesos saludables de las personas, como forma de ponerle límite a los patológicos. De esta forma, si conceptualizamos a la salud y la enfermedad mental ya no como entidades objetivas y totales, sino como procesos que coexisten en una misma persona y que se constituyen socio-históricamente, el desarrollo de estos procesos no podrán entenderse por fuera de las prácticas que les dan sentido, principalmente las prácticas de atención y cuidado, ubicadas en diálogo con otras prácticas sociales constituidas históricamente.

Desde la perspectiva socio/histórica de la subjetividad, Emiliano Galende ha planteado que “reducir lo humano a un cuerpo o a un cerebro sin subjetividad es la nueva presentación del positivismo” (2008: 88). Comparto plenamente esta afirmación, pues mientras el psiquismo remite a la dimensión deseante, a las producciones subjetivas de significados y sentidos (categorías socio-históricas), el cerebro remite al funcionamiento biológico, una parte importante de estos procesos, pero no la única, ni mucho menos independiente.

En el campo de las enfermedades en general, pero particularmente en el campo de las denominadas enfermedades mentales, esta discusión implica la pregunta respecto a si las mismas pueden existir por fuera de un “sujeto”. Esta pregunta nos remite a una concepción el sujeto, a la vez que nos permite introducir el concepto de Salud Mental como campo de problemas. También nos permite cuestionar la propia categoría de “enfermedad” por el efecto performativo que tiene. Parecería más adecuado hablar de procesos de sufrimiento psíquico.

Finalmente, quisiera plantear unos comentarios respecto a la investigación en salud mental. Actualmente la principal dificultad para el avance de un conocimiento científico efectivo en el plano de la salud mental que permita mejorar la calidad de vida de las personas y disminuir el sufrimiento psicológico, no está en los aspectos técnicos de la investigación orientada desde el paradigma positivista (en estos

casos, investigación biomédica o genética principalmente). Muy por el contrario, este enfoque ha permitido comprender varios aspectos biológicos que intervienen en diferentes patologías o modalidades de sufrimiento. El obstáculo lo ubicamos en el plano epistemológico y de la acción política de estas perspectivas, pues al presentarse el paradigma positivista como única forma de ciencia –hegemónico y excluyente– se produce un tipo de pensamiento simple y de reducción que empobrece y obstaculiza el avance del verdadero conocimiento científico crítico (Gallegos, 2005). Dicho de otra forma, el obstáculo que el paradigma positivista genera al avance en salud mental es su pretensión y práctica de verdad hegemónica y absoluta. Así, la dificultad no estaría en el plano técnico, sino en el plano epistemológico y político.

Utilizo el término hegemónico para referirme a un dispositivo de fuerzas y relaciones de poder que delimita una realidad a priori, la construye de forma tautológica y autojustificativa, sin dejar ningún tipo de espacio real o simbólico para pensar la misma desde otra perspectiva o producir cambios que la cuestionen. Cuando este modelo objetivo-natural se transforma en mensaje social, produce subjetividad en la vida cotidiana de las personas, violentando fácilmente su dignidad.

Sin embargo, cuando trabajamos con seres humanos, si queremos comprender algunas de sus problemáticas desde una visión social e histórica, estas propuestas hegemónicas, reduccionistas y ahistóricas de la realidad –y por lo tanto, funcionales a las relaciones de dominación propias del sistema de producción y del mercado– dejan de tener un valor comprensivo para convertirse en simples dogmas, paradójicamente contrarios al verdadero pensamiento científico que pretenden representar.

El ser humano no existe aislado. Por el contrario, se construye en una situación de continuo encuentro con los otros. Por tanto, es necesario una re-apropiación del campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria, como forma de cambio del paradigma objetivo-natural y sus efectos de deshumanización de la atención, para poder producir intervenciones y prácticas subjetivantes.

Referencias bibliográficas

- ADI - Alzheimer's Disease International (2012) *World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia*. London: Alzheimer's Disease International. Disponible en internet: www.alz.co.uk/research/ mundo - informe – 2012 (citado en marzo de 2016)
- Agamben, G. (2011) ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica*, mayo-agosto de 2011, 26 (73): 249-264
- Augsburger, A.C. (2004) La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la Epidemiología. *Psicología & Sociedade*; maio/agos. 2004. 16 (2): 71-80
- British Psychological Society (2013) *Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift*. Disponible en internet: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf> [recuperado en mayo de 2016]
- Canguilhem, G. ([1966] 2009) *Lo normal y lo patológico* (Traducción de R. Potschart). México: Siglo XXI
- Foucault, M (1996) *La vida de los hombres infames*. Bs. As.: Altamira
- (1988) *Un diálogo sobre el poder*. (3ra. edición). Madrid: Alianza.
- ([1964] 1993) *Historia de la locura en la época clásica*. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. (Primera Edic.) Buenos Aires: Lugar
- Gallegos, M. (2005) Algunas consideraciones epistemológicas sobre las teorías del caos y la complejidad En: *Memorias de XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: Avances, nuevos desarrollos e integración regional*. (T. III, pp. 347 – 350) Bs. As.: Facultad de Psicología de la UBA.
- Goffman, E. ([1963] 2010) *Estigma. La identidad deteriorada*. 2da. Edic., 1ra. Reimpr. Bs. As.: Amorrortu
- González Pardo, H., y Pérez Álvarez, M (2007) *La invención de los trastornos mentales. ¿escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza
- Horwitz, A. (2011) Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis. *Society and Mental Health* 1(1): 41–54
- Insel, T. (2013) *Director's Blog: Transforming Diagnosis*. Publicación editorial realizada en el blog del NIMH, el 23 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtm> (recuperado en marzo de 2016)

- Insel, T., & Quirion, R. (2005) Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. *JAMA*. 2005 November 2; 294(17): 2221–2224
- Ioannidis, JPA (2005) Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2(8): 696-701. Disponible en internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1182327/pdf/pmed.0020124.pdf> (recuperado en marzo de 2016)
- (2016) Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *Journal of Clinical Epidemiology*. In Press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.02.012>
- Kapur, S., Phillips, AG., and Insel, TR. (2012) Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it?. *Mol Psychiatry*. 2012 Dec; 17(12):1174-9. doi: 10.1038/mp.2012.105.
- Levav, I. (2003) Salud mental: una prioridad de la salud pública. *Revista de la Maestría en Salud Pública*. Diciembre 2003. 1 (2): 1-25.
- Novoa, AJ., Gervas, J., y Ponte, C. (2014) Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas. *Actualización en Medicina de Familia*; 10(7):373-382. Disponible en internet: <http://www.pensamientocritico.org/abenov0914.pdf> (recuperado en marzo de 2016)
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2017) Depresión. Nota descriptiva de febrero de 2017. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> (Recuperado en marzo de 2017)
- (2015) Día Mundial de la Salud Mental 2015: Dignidad y Salud Mental. 10 de octubre de 2015. Disponible en internet: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/ [recuperado en mayo de 2016]
- (2013) *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1 [recuperado en mayo de 2016]
- (2001) *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en internet: <http://www.who.int/whr/2001/es/> [recuperado en mayo de 2016]
- Papadopoulos, C., Foster, J., & Caldwell, K. (2013) ‘Individualism-Collectivism’ as an Explanatory Device for Mental Illness Stigma. *Community Mental Health Journal*. June 2013, 49 (3): 270-280
- Pérez, R (2015) Los rituales de degradación en demencias degenerativas primarias. El caso del sistema de salud de Uruguay. En: *Memorias del VI*

- Congreso Iberoamericano de Psicogerontología* (pp. 71-82). La Paz, Bolivia: REDIP
- Pérez, R. (2014) Demoras, diagnósticos y tratamientos para las personas con demencia en el sistema de salud de Uruguay: un análisis de situación. En: INMAYORES (Coord., 2014) *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes del INMAYORES para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados* (pp. 95-130). Montevideo: INMAYORES-MIDES
- Pescosolido, B. (2013) The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54 (1): 1-21
- Rosenhan, D. (1973) On being sane in insane place. *Science*, 179: 250-258
- Samaja, J. (1997) *Fundamentos Epistemológicos de las Ciencias de la Salud. [Tesis de Doctorado]*. Río de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Solms, M., y Turnbull, O. (2004) *El cerebro y el mundo interior. Una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva*. (Traducc. De Dora Jaramillo). Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Stolkiner, A. (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Capítulo de libro en prensa. Texto disponible en internet: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida___sufrimiento_subjetiv_2014.pdf [recuperado en abril de 2016]
- (2012) Nuevos actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi. Revista Electrónica*, Septiembre de 2012. 2 (4): 27-31. Disponible en internet: http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_4.pdf (recuperada en marzo de 2016)

SALUD MENTAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNAS NOTAS¹⁰¹

Beatriz Fernández

“Sólo quienes sean capaces de encarnar la utopía
serán aptos para el combate decisivo,
el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido”
Ernesto Sábato

Introducción

Históricamente el cuidado de los problemas mentales se ha centrado básicamente en el diagnóstico de trastorno mental y el accionar psiquiátrico. Esto involucra un entramado conceptual complejo sobre la condición y el desarrollo humano. Importa también desde qué paradigma se diseñan los cuidados y qué se entiende al hablar de Salud Mental dado que es un terreno que ha estado fuertemente impregnado por la medicalización de la vida cotidiana; culpabilización individual y/o familiar de los conflictos, sobre-indicación de tratamiento (fármacos o electro) y una respuesta generalmente hospital céntrica con excepcional resolución de alta y tratamiento prolongados en forma injustificada.

En cuanto al concepto de Salud Mental, nuestro punto de partida coincide con la perspectiva de la Salud Colectiva en tanto construcción socio histórica de los fenómenos mentales sujeta a las condiciones que provee el Estado y la comunidad de pertenencia, que puede ubicarse en la intersección de saberes entre la Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud. El recorte se inscribe en el restringido espacio

101. La presente comunicación toma fragmentos de otros artículos y de la tesis doctoral realizada desde Uruguay para obtener el título en el Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

de la interdisciplina con mayor énfasis en los procesos de la producción y reproducción social que en los de construcción de subjetividad. (Granda, 2004:17).

Coincidimos con Galende al decir que el objeto del cual se ocupa la Salud Mental “no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad” (Galende, 1997:8)

A continuación en base a notas, intentaremos hacer algunas precisiones sobre el campo controversial de la Salud Mental en la interface de las políticas públicas y de los procesos de diseño y evaluación que suponen su implementación. Finalmente, se tratara de analizar las políticas del sector en nuestro país.

Algunas notas sobre Salud Mental y desarrollo social

Desde nuestra perspectiva la Salud Mental no es sinónimo de enfermedad mental y tampoco se ubica en el escenario individual. El objeto de la Salud Mental se construye como constructo complejo, interdisciplinario, interprofesional, interinstitucional e intersectorial.

Si coincidimos en que el sufrimiento humano no es sólo producto del orden biológico sino también de un orden socio-cultural-histórico definido, coincidiremos también en que no serían herramientas de análisis suficientes los sistemas clasificatorios diagnósticos que no comprendan estas dimensiones.

Las clasificaciones de enfermedades como el DSM y CIE 10¹⁰² suelen ser instrumentos que promueven el modelo biopsicosocial de extendida utilización que intentan realizar una evaluación diagnóstica completa y sistemática de los trastornos mentales a través de distintos ejes. En el caso del DSM por ejemplo las variables consignadas refieren a: trastornos clínicos; trastornos de la personalidad y retardo mental; enfermedades orgánicas; problemas psicosociales y ambientales y una

102. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales –DSM– y la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión –CIE10–, se nombran solo a título de ejemplo por tratarse de guías de extendida utilización en nuestro medio. Si bien ambos instrumentos han sido consultados con frecuencia, no es el propósito de este trabajo debatir sobre ellos.

evaluación de la actividad global. Su aplicación ha resultado útil para rápidamente captar la complejidad de los fenómenos y además permite realizar análisis comparativos. El inconveniente ha sido que estas clasificaciones han pasado de ser una guía que ordena la observación, a ser un manual dónde se fuerza a incluir los fenómenos observados dentro de categorías pre establecidas, con la dificultad añadida de tipificarlos en el orden de los trastornos. En general en estas clasificaciones, desde una visión mono causal del sanar y enfermar, no son considerados los determinantes sociales ni subjetivos de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en Salud Mental. En el terreno de las prácticas, la aplicación desprolija de estas guías diagnósticas, conlleva el riesgo de simplificar conceptos complejos que refuerzan la imprecisión de conceptos, el estigma y los prejuicios sociales.

Esta perspectiva se inscribe en la línea de la epidemiología tradicional cuyo objeto de estudio es la ocurrencia, distribución y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones pero centrado en el individuo, sobre la base de variables cuantificadas en asociaciones estadísticas, donde lo social es solo un factor de riesgo más, (como los usualmente llamados “factores socioeconómico”). Este reduccionismo de lo social subordinado a los procesos biológicos utiliza instrumentos estandarizados y escalas de difícil acceso por la inversión económica que se exige en contrapartida. .

Estos estudios en general, sólo se limitan a describir eventos y relacionarlos estadísticamente. Sus resultados simplemente explican los fenómenos en una relación de causa-efecto donde las variables del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, son tratadas como de diferentes sistemas (Breilh, 2013). Las conclusiones suelen ser medicalizadas, sobre todo cuando insisten en reclamar estudios longitudinales en virtud de que los llamados “trastornos mentales”, son uniformemente identificados como graves y con tendencia a la cronificación.

Por otra parte la perspectiva de la Epidemiología Crítica sostiene que la Epidemiología es siempre pensamiento social si se ocupa del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en los colectivos, como construcción social donde el determinante para enfermar y morir lo constituyen las condiciones de existencia en que viven las poblaciones. (Samaja, 2002; Breilh, 2013)

Desde este enfoque, la estructura social y en particular las relaciones de producción, están en el origen mismos de los riesgos para la salud y en las alteraciones de los equilibrios ecológicos y sociales que los determinan. Las transformaciones en la estructura capitalista, han profundizado el proceso acumulativo y se ha incrementado la desigualdad que se expresa en feminización, infantilización y juvenalización de la pobreza; transformaciones profundas en el mercado de trabajo, cambios en la estructura de los hogares, que han modificado el perfil epidemiológico generando nuevos problemas de salud y la vivencia subjetiva de desesperanza, etc. (Fernández Castrillo, 2009)

Sin duda el componente social es decisivo para comprender los procesos de salud-enfermedad y han sido muchos los aportes de las Ciencias Sociales a la discusión epidemiológica, en especial incorporar los conceptos de transición demográfica y transición epidemiológica.

Según Cabella y Pellegrino (2010), el modelo de transición demográfica, se define como el proceso por el cual las poblaciones pasan de estructuras sociales organizadas en pequeños centros urbanos con alta mortalidad y natalidad y baja esperanza de vida; a la situación opuesta de creciente urbanización organizada en grandes ciudades con baja mortalidad y natalidad y aumento de la esperanza de vida, producto del crecimiento demográfico, migración desde el campo a la ciudad, y fenómenos de industrialización y urbanización crecientes. La consecuencia de esto en el terreno sanitario es la transición epidemiológica que se expresa en el aumento de ancianos, de discapacitados y enfermos crónicos y la emergencia de nuevos problemas de salud mental asociados a factores ambientales y a estilos de vida (farmacodependencia, conductas de auto y heteroagresión tales como intentos de autoeliminación y suicidios, homicidios y violencia, etc.)

En efecto, las transformaciones en el perfil epidemiológico también incluyen el aumento de personas con sufrimiento mental o emocional, situación explicable a partir de las abrumadoras cargas sociales y psicológicas a que se encuentra expuesta la población como consecuencia de los procesos de modernización, de deterioro en la calidad de vida, de superpoblación urbana y de precarización de las condiciones de trabajo, que constituyen fuertes fuentes de estresores.

Este proceso de profundas transformaciones, estuvo acompañado por un cambio en el modelo de desarrollo social con el pasaje desde el Estado de Bienestar hacia el Estado Neoliberal, que compromete la capacidad de la estructura social y económica mediante la cual se sustenta el sistema de protección social y sanitario, en virtud de que las políticas difieren según el modelo de desarrollo imperante y de la matriz de protección social sustentada desde el Estado.

La forma de Estado preponderante en la modernidad occidental ha sido el Estado de Bienestar caracterizado por protección de la masa asalariada con desarrollo progresivo de políticas universalistas, (seguro de desempleo, asignaciones familiares, jubilaciones y pensiones, entre otras tantas). Más allá de las distintas perspectivas de análisis, existe consenso en que el propósito del Estado de Bienestar es garantizar la seguridad de la sociedad transfiriendo recursos, bienes y servicios, mediante la administración de políticas reguladoras generales y sectoriales. Estas garantías legitimadas en derechos para categorías definidas de personas establecen un ordenamiento adicional en términos de ciudadanía social que difiere de la ciudadanía civil y política.

A fines de los 80' a nivel mundial, con la influencia del Consenso de Washington y de la llamada Escuela de Chicago se flexibilizan los mercados de trabajo, se privatizan las empresas públicas y el capital ya no tiene nación en un proceso creciente y vertiginoso de globalización.

Avanzada la década de los 90' se produce un giro ideológico desde lo colectivo hacia lo individual que, junto a la retracción del Estado y la incursión del sector privado en la provisión de bienestar en los sistemas sanitarios, educativos y de previsión social, debilitan la protección social a la vez que se re orientan otras políticas convencionales. Estos cambios en las políticas podrían interpretarse como un cambio estructural desde un estado protector a otro productivista, consolidado en una ideología neoliberal que entiende que la pobreza se concentra en las poblaciones que no acceden al empleo como los hogares con jefe mujer y con hijos a cargo, jóvenes que no estudian ni trabajan y ciudadanos de la tercera edad. (Adelantado y Calderón, 2005). Nosotros agregaríamos a las personas discapacitadas y en especial aquellas con padecimiento mental grave y persistente.

Ya en el siglo XXI el enfoque parece ser el de las condicionalidades, todo se dirime en el mercado y quienes no puedan participar deberán demostrar ser merecedor de beneficios gestionados desde la asistencia social del Estado. Ya sea demostrar ser suficientemente pobre o discapacitado para acceder a una pensión, haber trabajado durante cierto período para acceder al seguro de desempleo o bien demostrar mérito suficiente en la búsqueda de trabajo o en el seguimiento de la indicación técnica, prescrita en general por médicos y trabajadores sociales.

Hoy por hoy, la matriz de bienestar difícilmente responde a una sola persona o a una sola nación, más bien se trata de un complejo de estrategias institucionales y gubernamentales con contenido ideológico en el contexto de la globalización. Su ámbito es necesariamente el sector de los procedimientos, instituciones y organizaciones gubernamentales nacionales e internacionales antecedidos de alguna normativa legal, por más que en dichos procedimientos participen actores privados.

El bienestar social refiere al resultado final en las condiciones de individuos y grupos de aquellas políticas. La medida más común del bienestar es a través de la estimación de la igualdad y la desigualdad social.

Para Rawls (1990) un punto de vista individualista, considera igualdad dar a cada uno lo que corresponda según su esfuerzo después de haber garantizado que cada uno acceda a bienes materiales e inmateriales a través de la familia o la comunidad, y una determinada dotación natural intelectual y física; todo lo que potenciaría o retrasaría el logro de resultados fruto del esfuerzo personal. En el otro extremo conceptual, desde una perspectiva comunitaria inclusiva, la igualdad consistiría en distribuir a cada cual según sus necesidades, más allá del esfuerzo personal. En este caso ha de haberse determinado previamente si las necesidades a satisfacer responden a un parámetro común de necesidades del ser humano y tener asegurado los bienes suficientes para satisfacer esas necesidades. Los aportes de Rawls ubican entre ambos extremos la cuestión ética de las políticas públicas que tiene que establecer si se deben igualar a los individuos en las circunstancias externas a ellos, o si también considerar lo que el autor llama la “lotería natural” para aludir a las capacidades y discapacidades intelectuales y

físicas de las que el sujeto, no debería ser responsable. En este extremo se ubicaría necesariamente el cuidado humano.

En el terreno de las problemáticas mentales, la búsqueda del bienestar social necesariamente involucra al Estado como garante que asegure el ejercicio de los derechos y el fomento de nuevas prácticas y nuevos servicios, que se acompañen del conocimiento actualizado sobre el sufrimiento mental desde la perspectiva de la transición epidemiológica de la que ya hemos hablado.

No debemos olvidar, que la normativa que rige en el Uruguay como marco de política pública vigente, se remonta a la Ley N° 9.581 de “Asistencia a Psicópatas” del 8 de agosto de 1936 que organiza la asistencia psiquiátrica y sus formas. Esta ley de neto corte médico jurídico, es la que se pretende sustituir con el proyecto de Ley de Salud Mental, el cual según dice en el primer párrafo, “tiene por objeto garantizar en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud el derecho a la protección a la salud mental de los habitantes residentes en el país”. Este proyecto que parece conservar el mismo corte que la ley del 36’ y que por ello habría generado gran polémica a nivel de distintos sectores de nuestra sociedad, se encuentra desde octubre de 2016 en la Cámara de Representantes del Parlamento Nacional para su inminente sanción.

Algunas notas sobre el concepto de políticas públicas

En forma cotidiana se hace alusión a las políticas sin precisar bien a que se refiere con esta expresión. Como decíamos antes, tanto la perspectiva de análisis como los instrumentos que sean utilizados, determinan y a su vez son determinados por las concepciones respecto a la condición humana, el bienestar y el desarrollo social que se sustenten y a partir de esa matriz es que se diseñan las políticas. Su diseño supone un proceso riguroso sobre bases conceptuales sólidas de identificación de problemas, toma de decisiones, discusión e involucramiento de actores e implementación en la práctica. Un Estado es básicamente un conjunto de políticas que persiguen el objetivo del bienestar humano con el compromiso de garantizar los derechos de los ciudadanos y sus reclamos y sostenerlo para toda la comunidad. (Pallarés, 1988).

Para Habermas, (2005), la política consiste en un conjunto de acciones como ciencia y arte de gobernar que trata de la organización y administración de un Estado en sus asuntos e intereses configurando un escenario complejo de tensiones.

En general se entiende por políticas públicas al conjunto de acciones articuladas y coherentes para el cumplimiento de ciertos fines y objetivos en el marco público de programas e instituciones. La política entonces, consiste en la acción de organizar y administrar desde la gestión del Estado, en función de los intereses implicados en tal gestión en un escenario en permanente tensión.

Para Adelantado (2010) las políticas públicas se ocupan del bienestar social; de los problemas y necesidades sociales en procura de la igualdad de derechos y la justicia social, relacionando conceptos de ciudadanía, derechos y proceso democrático. El Estado, el mercado, la familia y la comunidad son las cuatro fuentes principales de provisión de las políticas públicas.

Para Pallarés (1988) existen diferentes tipos de políticas públicas según el ámbito de gestión del Estado de que se trate: política económica, política sanitaria, políticas educativas, etc. Existen otras formas nominativas más específicas que predefinen un propósito más determinado como las políticas fiscales que son intervenciones en la esfera de la producción y las políticas sociales que son formas de intervención estatal en la esfera de la reproducción de la fuerza de trabajo y la familia.

En líneas generales existe consenso en distinguir tres tipos de modelos analíticos básicos entre tantos que se han desarrollado desde las Ciencias Sociales. Los funcionalistas entienden que es el Estado, quien debe atender todas las demandas sociales desde la perspectiva de la racionalidad y la optimización de las decisiones colectivas. Otro modelo basado en la teoría marxista, sostiene que el Estado responde a los intereses de una clase social y en consecuencia dispone de escaso margen en su gestión pública por cuanto las políticas que desde ese Estado se diseñen responden necesariamente a los intereses de la clase dominante. Una tercera perspectiva se concentra en la distribución del poder entre distintos actores que representan intereses sectoriales.

Las políticas públicas entonces, consisten en aquellas cuestiones de la gestión estatal que intentan dar respuesta a los problemas de la

sociedad, en tanto uso estratégico de recursos desde una visión articulada para atender las demandas sociales, algo difícil de hacer en el caso de las poblaciones vulnerables donde hay que vencer prejuicios que desacreditan la capacidad de participación y de opinión de quienes serían beneficiarios de estas mismas política.

Más allá de los aspectos netamente teóricos, es dable considerar que cualquier política de cuidado humano en especial de Salud y de Salud Mental puede ubicarse en cualquier punto del gradiente que existe entre una posición mercantilista y otra basada en la igualdad de oportunidades sociales. Obviamente que se trata de decisiones que tienen que ver con el acceso a bienes y servicios por parte de la población y de cuánto esta puede y es capaz de participar en tales decisiones, por lo que se vuelve un campo de tensiones en permanente conflicto.

Para Lowi (1964) el carácter conflictivo de las políticas públicas varía según sean políticas distributivas, reguladoras, auto-reguladoras o redistributivas. Serían políticas distributivas aquellas que procuran beneficios focalizados para cierto grupo social sin alterar aparentemente la disposición de recursos del resto de la población, por cuanto en general suelen contar con el apoyo social necesario para su implementación. Para este autor, tampoco generarían conflicto las políticas denominadas reguladoras que procuran establecer límites en el ámbito de acción de determinados colectivos. Al ser restringido el alcance de estas políticas no llaman la atención de los demás grupos, aunque hay veces en que surgen conflictos entre afectados y agentes normativos. Las nominadas por Lowi como políticas de auto regulación refieren a aquellas acciones sistemáticas tendientes a controlar los intereses al interior de las organizaciones públicas con el propósito de disminuir al mínimo las presiones de grupos de interés divergentes dentro de la propia organización. Las más controversiales serían para Lowi, las políticas públicas redistributivas que corresponden a una acción intencional deliberada, por parte de los agentes decisores a efectos de alterar el orden distributivo del ingreso o de la renta. Al afectar la economía de individuos y grupos, provocan confrontaciones sociales intensas y es el caso por ejemplo de las políticas sociales ya sean de transferencia de renta condicionada o no condicionada. (Midaglia y Silveira, 2011)

El análisis de las políticas públicas plantea la necesidad de identificar la complejidad, multidimensionalidad, tamaño e importancia

de estas acciones. En consecuencia plantea, la necesidad de un conocimiento sistemático respecto a qué políticas desarrolla el Estado en los diferentes ámbitos de su actividad, cómo se elaboran y desarrollan y cómo se evalúan y cambian estas acciones (Pallarés, 1988).

Algunas notas sobre el proceso de diseño de las políticas

Es clave el proceso de construcción de las políticas para que puedan transformar la situación problema identificada. Se habla de proceso de construcción porque consiste en una actividad planificada que articula distintos momentos del diseño, los cuales, solo a efectos de su estudio, se separan como si fueran etapas consecutivas.

Conviene recordar que en el diseño de políticas públicas por lo general no es un único problema el que se debe afrontar, sino un conjunto de problemas que suelen estar en interdependencia y que la jerarquización de problemas suele estar influenciada por la subjetividad de quienes así lo definen. De la misma forma de que no hay un solo problema, suelen haber muchas soluciones para un mismo problema, teniendo en cuenta que la visión del problema es relativa a la posición del actor. También podría ser identificado como problema el diferencial existente entre el ser y el deber ser, entre la situación del problema tal cual se presenta y como se cree que debiera darse la situación ideal, hecho que está determinado por los saberes, creencias y valores morales o éticos de quienes hacen la toma las decisiones.

Identificar los problemas implica definir la situación, observar sus causas y las causas de sus causas. Describirlo implica explicarlo como problema y definir sus componentes e identificar los actores intervinientes y aquellos otros que solamente están involucrados dentro de un contexto determinado. Conocer las causas y su evolución histórica nos puede trazar las tendencias futuras si es que no se interviene. A su vez nos permite jerarquizar los problemas y establecer prioridades y estrategias de intervención política en función de los recursos disponibles. Este conocimiento sistemático previo permite realizar un diagnóstico social más preciso de modo de estimar de antemano la viabilidad de la política que se esté diseñando. A partir de la formulación del problema

y del diagnóstico social se pueden pensar los objetivos o características generales del futuro deseado que se persigue alcanzar con el diseño de políticas públicas.

También resulta compleja y decisiva la selección de indicadores a utilizar como base del diagnóstico de la situación problema que se quiere solucionar. Su aprovechamiento será mayor a la hora de la medición del impacto y de la evaluación de la política implementada. Un indicador es la dimensión observable de la variable teórica o concepto, sinónimo de indicio, signo o señal. Aunque por si solos no explican los fenómenos, son instrumentos de medición muy valiosos para el diseño de políticas públicas y para la evaluación de las intervenciones macro sociales. Ofrecen información concisa, selectiva y sistemática pasible de ser comparable en el tiempo y en el espacio, aunque a veces su significado sea ambiguo o bien la comparación se realice en base a diferentes fuentes porque pocas veces se dispone de datos homogéneos.

Aunque en la práctica, durante el proceso de elaboración de una política pública resulta difícil separar la formulación de la implementación, esta última merece especial atención porque tiene un valor estratégico decisivo en el camino hacia logro de resultados. Como decíamos anteriormente si el terreno de definición de políticas es complejo y lleno de tensiones es relevante el papel que juegan los distintos actores y en especial aquellos que resultan beneficiarios y los que de algún modo quedan involucrados. Es consenso el hecho de que aquellas decisiones políticas que cuenten con sustento ideológico y apoyo popular tienen más posibilidades de eficiencia, eficacia¹⁰³ en el logro de objetivos.

Esta suerte de sucesión procesual desde la definición del problema, elaboración de la política pública y acción política está acompañada por la negociación entre los actores implicados que pretenden ponerla en práctica, entre quienes son responsables de su implementación y quienes se oponen u ofrecen resistencias a los cambios, ya sea por intereses sectoriales, por cuestiones ideológicas o teórico metodológicas.

103. Eficiencia y eficacia son dos términos muy utilizados que con frecuencia son considerados sinónimos. Interesa señalar que por eficiencia se entiende el logro de los objetivos planteados mientras que eficacia expresa la optimización de los medios seleccionados que hacen un mejor uso de los recursos disponibles.

Carlos Matus (1987) entiende por actor social, a todo aquel que en forma individual, colectiva o institucional tiene capacidad de acumular fortalezas, defender intereses o reclamar la satisfacción de necesidades en forma organizada, de modo de producir cambios en una situación dada. Existen distintos tipos de actores, están aquellos que denuncian un problema, están los encargados de proponer soluciones a través del diseño de programas, planes y políticas. También, como ya hemos comentado, existen otros grupos de actores dentro de los cuales se encuentran los afectados, los involucrados y los beneficiarios de una política pública. Y es importante esto de identificar los actores intervinientes en una situación problema a efectos de prever sus posicionamientos, expectativas y resistencias a la hora de poner en marcha las acciones planificadas y consolidar los cambios. Muy probablemente sea un terreno de tensión y conflicto entre actores el ámbito de negociación respecto, por ejemplo, a la restricción de la cobertura mutual a treinta días de las internaciones psiquiátricas.

La consideración de los actores permite evaluar la correlación de fuerzas existentes entre los grupos de actores y estimar las fortalezas y debilidades a que se enfrenta la implementación de una política pública. A su vez es necesario identificar la posición del actor planificador así como la visión que de ello tienen el resto de los actores, (especialmente los otros actores con capacidad de decisión y de establecer cambios legales y normativos). En muchos casos quienes debieran sentirse beneficiarios de una determinada política en opinión del actor que planifica, se sienten damnificados. Eso nos lleva a otra importante consideración respecto cuales son las necesidades sentidas y cuáles son las necesidades reales, dado que luego las mismas se presentarán como tensiones y posibles alianzas al momento de implementar los cambios.

Según Pallarés el fracaso de una política podría responder a: errores en las decisiones tomadas durante su diseño; errores en el desempeño de los actores responsables de la implementación o a cambios impredecibles en las variables comprometidas sobretodo aquellas que son externas a la situación problema que la política pretende solucionar.

De algún modo subyace en estos conceptos la noción de evaluación que parecería ser imprescindible para el logro de transformaciones sustanciales en la solución de los problemas y necesidades sociales,

aunque en los hechos la evaluación no suele ser considerada como parte ineludible del proceso. Según Pallarés la evaluación de las políticas se realiza a través del logro de objetivos y a su vez a través de los resultados alcanzados también llamados mediciones del impacto utilizando metodología pre-post.

“En su forma más simple y esquemática, la evaluación consistiría, pues, en el proceso necesario para medir el grado en el que se están alcanzando las finalidades deseadas y sugerir los cambios que puedan situar las realizaciones de la política más en la línea esperada.” (Pallarés, 1988, pág. 158)

Siguiendo a Pallarés, para evaluar, han de superarse tres obstáculos presentes en todo proceso de implementación de políticas públicas. Uno es la dificultad de identificación de los objetivos los cuales al tratarse de un proceso dinámico suelen irse modificando a lo largo de la propia puesta en marcha de las políticas por los efectos de las transformaciones producidas en los contextos en que esta tiene lugar. Otras dificultades refieren a la flexibilidad de los instrumentos de medición de resultados o indicadores previstos a tales efectos. Por último también es frecuente que aparezcan problemas ideológicos sobre lo que se considera en un momento dado eficaz y que es lo eficiente de una política por ejemplo en lo que refiere al período preestablecido para la obtención de logros que con frecuencia, se prolonga en el tiempo más allá de lo que se esperaba durante el diseño.

El componente ideológico de los cambios, parece imprescindible para el logro de objetivos. Que los propios beneficiarios de los cambios participen y estén comprometidos con la política propuesta puede llegar a ser decisivo en la gestión de resultados.

Algunas notas sobre políticas sanitarias en el Uruguay

Como ya fue comentado, el pasaje del modelo de desarrollo social desde el Estado de Bienestar hacia el Estado Neoliberal, ha comprometido la estructura social y económica del país mediante la cual se sostiene la matriz de protección social y el sistema sanitario. Las funciones tradicionalmente asumidas por el Estado, se van transfiriendo progresivamente al terreno social para ser depositadas en la responsa-

bilidad individual y familiar y reguladas por las leyes del libre mercado bajo las reglas de la oferta y la demanda sometida a la iniciativa de una medicina liberal que asociada al poder supervisa la salud de una colectividad. (Foucault, 1979:193). En este entrelazamiento de significados sociales, la compartimentación de los actores implicados agrupados en el Estado, en el sector privado y en los corporativos técnicos, ha sido socialmente funcional.

Este reordenamiento de las relaciones sociales a nivel del mercado y la reorientación de las políticas de los últimos años, comprometen las prácticas especialmente en el sector Salud. Con frecuencia, la identificación de las demandas en el sector, generan respuestas de atención improvisadas que son realizadas con escasos recursos y de forma voluntaria o aislada. En estas condiciones, es habitual que se aborden los problemas socio sanitario mediante la tramitación de fragilidades individuales a través de tratamientos personales. Los efectos de estas mediaciones, suelen concentrarse en el cumplimiento de las normas de reproducción social, al pretender controlar las divergencias por medio de la medicalización, judicialización y/o psicologización del conflicto y de los programas de gestión asistencial que garantizan que cada caso sea considerado por separado. (de Swaan, 1992).

El advenimiento de las Reformas del Estado en el Uruguay coincide con el primer gobierno de izquierda del Frente Amplio cuya propuesta en materia de protección social fue dar cobertura a una franja básica de la población como forma de superar las consecuencias de las políticas neoliberales y avanzar hacia el desarrollo de la ciudadanía. Esa propuesta, enumera una serie de asuntos de atención urgente en el terreno de la justicia social, el trabajo, la vivienda, la educación, la salud y la seguridad social, etc. La vocación reformista del primer gobierno progresista en el país se encuadra en grupo de medidas que junto con la reforma tributaria, social y educativa, buscan alcanzar un mayor grado de equidad social, con políticas que le han dado visibilidad internacional al país.

Este proceso de reorientación de la política comienza con el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES) y en una segunda etapa plantea la implementación de una serie de planes específicos y sectoriales, marco en el cual se establece como prioridad pro-

gramática la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se sanciona en 2008.

En 2009 el Frente Amplio gana nuevamente las elecciones y profundizando la reforma de las políticas sanitarias define las acciones en Salud Mental como programa prioritario de la agenda política nacional. Se retoman los lineamientos políticos de la Declaración de Caracas de 1990 y de una secuencia de tratados internacionales, en especial el documento Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) para dar origen al decreto N° 305/011 “Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” para la incorporación de prestaciones innovadoras, a efectos de disminuir, según dice en el propio texto, “la brecha significativa de necesidades terapéuticas de la población y los servicios a los que puede acceder para satisfacerlas”.

Este Plan ha sido el objeto de estudio de nuestra tesis doctoral¹⁰⁴, donde, en todos los niveles relevados, se observa la diversidad de significados asignados al constructo Salud Mental en tanto concepto polisémico que no ha merecido el debido debate, no solo en el ámbito académico y político sino a nivel de la sociedad como para operar cambios sustentables en el sector. La Salud Mental parece seguir siendo sinónimo de enfermedad y disfunción personal entre malestar y trastorno, donde el sujeto parece ya no más necesitar implicarse en su propio sufrimiento.

A nuestro entender, desde el punto de vista del diseño formal de la propia política, el Plan contempla áreas que le darían viabilidad y sustentabilidad al sistema. Establece de forma clara el funcionamiento global, los derechos y obligaciones de los usuarios, la conformación de los equipos y la forma de contratación de los trabajadores, las prestaciones y la forma de financiamiento. No obstante los servicios integrales privados, en general, parecen restringirse a las mínimas prestaciones exigidas, como disponer de medicación antipsicótica, de-

104. Nos referimos a la Tesis Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay 2012-2013 realizada bajo la tutoría de la Prof. Alicia Stolkiner y la dirección del Prof. Emiliano Galende, título académico obtenido en diciembre de 2014 en el marco del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, UNLa Argentina.

signar un Coordinador y al menos un Referente según problemática, implementar alguna intervención de psicoterapia grupal, crear algún tipo de dispositivo al que llaman Comité de Recepción aunque poco se informa sobre su integración y funcionamiento.

Lo que al parecer el Plan no ha logrado evitar, son las tensiones y conflictos a nivel de sus protagonistas. El colectivo profesional se encuentra confundido en medio de un entramado de intereses contrapuestos. A los psiquiatras y psicólogos acostumbrados al trabajo de consultorio privado, se les abre un espacio laboral en los servicios de Salud que por una parte los controla con reglamentos y por otra les restringe la libertad de ejercicio profesional con tareas que, según expresan, les ofrecen reparos éticos en las prácticas, como por ejemplo la limitación del tiempo de los tratamientos.

A su vez, estas prestaciones ubicadas a nivel comunitario sumado al activismo por la desmanicomialización de los movimientos sociales, hacen que el corporativo de los psiquiatras sienta amenazada la fortaleza que les da a las prácticas médicas, el desempeño protegido en el hospital. El caso de los psicólogos es distinto porque a pesar de los contratos precarios, la flexibilidad y la inequidad salarial comparada con los psiquiatras, por primera vez tienen la posibilidad de acceso a un trabajo formal en las instituciones de Salud en cargos relativamente estables con cobertura de la seguridad social como nunca antes en el país habían tenido.

A nuestro entender, dado que el Plan tiene como objetivo disminuir la brecha de acceso a los recursos psicoterapéuticos por parte de la población, son los usuarios el grupo de actores de mayor importancia. Según nuestro relevamiento, los usuarios en tanto movimiento social parecen tener dificultades de participación y representatividad. El análisis de estas dificultades desborda los propósitos de esta comunicación, no obstante interesa resaltar que hemos comprobado un alto grado de desconocimiento sobre los cometidos, fines y funcionamiento de este Plan, que va en detrimento de la calidad de la participación de los representantes de los usuarios en las decisiones políticas y de gestión. Además los propios indagados se han mostrado especialmente sensibilizados por los problemas en la esfera psiquiátrica, lo que podría estar asociado al restringido concepto de Salud Mental que se observa en todos los niveles. En el caso de estos informantes se advierte cierta

contradicción en sus planteamientos públicos. Al tiempo que se pronuncian por la desmanicomialización, reclaman al Estado que se amplíen los treinta días de internación que cubren los servicios privados. La percepción de los usuarios tanto del sector público como privado, parece señalar que los cambios operados por el Plan de nuevas prestaciones en Salud Mental, aún no serían observables o medianamente visibles y se expresan decepcionados y con altos índices de desconformidad.

Sin duda este Plan no ha significado un proceso de reforma de la matriz de bienestar en el Uruguay, sino una reorientación de las prácticas sanitarias de tipo focalizado. En efecto, el sistema de atención psiquiátrica preexistente ha quedado intacto y con el decreto del Plan solo se obliga a adosar una serie de cuidados básicos en Salud Mental, delegando acciones en el primer nivel de atención e incorporando personal de otras profesiones en general menos remuneradas.

Para finalizar

En forma cotidiana se hace alusión a las políticas públicas sin precisar bien a que se refiere con esta expresión. La imprecisión conceptual de una cuestión tan relevante como las políticas públicas, puede tener consecuencias negativas, ya que constituyen uno de los instrumentos socialmente disponibles para atender las necesidades de la población. Su diseño supone un proceso riguroso sobre bases conceptuales sólidas de identificación de problemas, toma de decisiones, discusión e involucramiento de actores e implementación en la práctica.

Desconocer la existencia de una barrera político-social que transversaliza las instituciones sociales y también las subjetividades, vuelve insuficientes las políticas de protección social generadas por el Estado de Bienestar donde las formas tradicionales no alcanzan para superar las desigualdades. Tampoco la lógica de mercado del modelo neoliberal parece corregir esto, dado que se requiere de nuevas políticas públicas que contengan en sí funciones integrativas y redistributivas más que reproducir y profundizar su carácter segmentado y excluyente.

Concretamente en el ámbito de la Salud Mental y en el de la Salud en general, parecen confundirse las nociones de sistema de Salud y políticas de Salud al igual que se utilizan indistintamente los términos

planes y programas, siendo que existe consenso que estos, son instrumentos de intervención de las políticas y los sistemas. Mientras los sistemas plantean el funcionamiento y financiamiento de los servicios, las políticas refieren a la direccionalidad de aquel conjunto de acciones y procedimientos socio sanitarios que se articulan en forma multidimensional, interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.

En Salud Mental el espectro es multidimensional porque abarca todos los intersticios de la condición humana y de los vínculos sociales y por ello mismo también requiere de múltiples saberes y abordajes interdisciplinarios. Si es política, requiere la intervención del Estado que es quien puede regular y dar los marcos normativos a través de todos los instrumentos nacionales e internacionales, los ministerios e instituciones porque requiere de la participación de los organismos de salud, pero también de vivienda, de trabajo, de educación, de seguridad social, etc., que sin perder de vista la eficiencia y la eficacia de las decisiones y sus resultados, intervengan desde la perspectiva de la intersectorialidad y de derechos garantidos.

Es unánime el consenso sobre los atrasos históricos que aun hoy registra nuestro país en el campo de la Salud Mental. Recordemos tan solo, que la normativa legal vigente fue sancionada a principios del siglo XX como la Ley N°. 9.581 de “Asistencia a Psicópatas” de 1936.

Recién en 1986, durante el período de recuperación democrática del país y luego de un intenso debate entre distintos actores (políticos, gestores, académicos, profesionales, sindicatos y organizaciones de la sociedad civil), se aprueba por parte del Ministerio de Salud Pública el Plan de Salud Mental, proceso en el cual se fueron fortaleciendo los planteamientos de reforma del sector y ampliando el espectro de las prácticas asistenciales.

Luego el decreto que dio origen en 2011 al Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental. Entendemos que este ha sido un intento de política pública que procura romper con el modelo asilar. No obstante en sí mismo, no constituiría una política pública integral sino tan solo un instrumento generado desde el Estado que obliga a incorporar algunas intervenciones de sesgo comunitario a tiempo acotado para una determinada población objetivo en el catálogo de prestaciones de los servicios integrales de Salud públicos y privados. Este Plan no constituiría una reforma del modelo preexistente, sino

que más bien a él se le han adosado algunas estrategias socio sanitarias específicas de carácter preventivo, de promoción y rehabilitación.

Ha sido intenso el debate a lo largo del tiempo, a veces en la convergencia y otras veces en pugna confrontando propuestas de cambios sustanciales. Hoy el proceso se intensifica y los temas de Salud Mental van tomando protagonismo en la agenda pública uruguaya a raíz de nuevas evidencias de flagrante violación de derechos por parte del sistema.

Consideramos que este es el contexto en que nos encontramos debatiendo desde distintos sectores sobre una Ley de Salud Mental que cuenta con media sanción. En este artículo no discutimos la ley propuesta, aunque vale destacar que ofrece reparos la escasa consulta y participación de los actores implicados para su elaboración, (en especial de usuarios y familiares); así como que no está prevista la existencia de un órgano independiente y autónomo que garantice los derechos, según y cómo se ha establecido en múltiples tratados internacionales firmados por Uruguay y en los que Uruguay se encuentra observado por el incumplimiento de los pactos ratificados.

En esta suerte de capitalismo progresista en que parece que se mueven las políticas públicas del sector en el país, la urgencia de que los cambios se procesen no solo pasa por romper progresivamente con la práctica asilar y algo más.

Tal vez para terminar, después de haber expuesto una serie de notas que ojalá contribuyan para profundizar la reflexión, podríamos retomar las palabras de Sábato “Sólo quienes sean capaces de encarnar la utopía serán aptos para el combate decisivo, el de recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido”

Referencias bibliográficas

- Adelantado, José y Calderón, Eduardo (2005) Globalización y estados del bienestar: ¿respuestas semejantes a problemas parecidos? Cuadernos de Relaciones Laborales. Vol. 23 núm. 2. Madrid. Disponible en. <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0505220015A>
- Adelantado, José (2010) Cuestiones Teóricas en el Campo de las Políticas Sociales, ponencia inédita presentada en Seminario Internacional. Tendências das Políticas Sociais na América Latina: Lutas contra-hegemó-

- nicas e Serviço Social. Conferência del 17 agosto de 2010na Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil).
- Augsburger, C.; Gerlero, S., (2005) La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental, en Kairós, Revista de Temas Sociales, Universidad Nacional de San Luis, año 9 N°15, Argentina. disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/augsburger_gerlero_construccion.pdf
- Breilh, Jaime (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol.31, suppl.1, pp.13-27. disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028727002.pdf>
- Cabella, Wanda, Pellegrino, Adela, (2010) El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades. UdelaR, Montevideo, disponible en http://cienciasociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_30_cabella_pellegrino.pdf
- De Swaan, Abram, (1992) A cargo del Estado. Ediciones Pomares-Corredor S.A. Barcelona
- Fernández Castrillo, Beatriz (2017) Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista. Tesis Doctoral Publicación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-UdelaR Uruguay (en imprenta).
- Fernández Castrillo, Beatriz. (2016) Las desigualdades sociales y sus implicaciones con el sufrimiento contemporáneo en Ana Luisa Hounie y Ana Ma. Fernández Carabalo (Coordinadoras) Políticas del dolor. La subjetividad comprometida Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor, pág.95-114, Ediciones CSIC-UdelaR. Uruguay
- Fernández Castrillo, Beatriz, (2014) Salud Pública y la salud de la República: el caso de las políticas de nuevas prestaciones en salud mental en el Uruguay progresista. Artículos seleccionados Revista Debate Público, Año 4, N° 7, Universidad de Buenos Aires UBA. Argentina disponible en http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/12_Fernandez-Beatriz.pdf
- Fernández Castrillo, Beatriz, (2012) Salud Mental; un concepto polisémico, Revista Uruguay de Enfermería, Volumen 3 N° 2, noviembre. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/65>
- Fernández Castrillo, Beatriz, (2009) Complejidad social y Salud Mental, Publicación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-UdelaR Uruguay

- Galende Emiliano (1997) De un horizonte incierto Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual Editorial Paidós 1era reimpresión Buenos Aires.
- Galende Emiliano, Kraut Alfredo, (2016) La intervención estatal en defensa del paciente, en Revista del Ministerio Público de la Defensa, Argentina, disponible en: <http://www.redmaristan.org/source/15/Mi%20carpeta/Revista%20MPD%202016.pdf>
- Gerlero, Sandra, Ausburger, Cecilia, (2012) (comp.) La Salud Mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos, Laborde Editor Argentina.
- Granda, Edmundo, (2004) ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana Salud Pública; 30(2), Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>
- Foucault, Michel (1979) Microfísica del poder, Ediciones La Piqueta, Madrid
- Habermas, Jürgen (2005) Tres modelos de democracia. Sobre el concepto de una política deliberativa. Publicado el 09 noviembre 2012, Disponible en: <http://polis.revues.org/7473>
- Ley N°. 9.581 de “Asistencia a Psicópatas” de 1936, disponible en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2016100568-002117854.pdf>
- Lowi, Theodore. (1964) Public Policy, Case-studies, and Political Theory. In: World Politics, American Business, vol. XVI. Cambridge University Press USA
- Matus, Carlos (1987) Política planificación y Gobierno. Altadir, Disponible en http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/2_carlos_matus_politica__planificacion_y_gobierno_.pdf
- Midaglia, C.; Silveira, M. (2011) Políticas Sociales para enfrentar los desafíos de la cohesión social. Los nuevos programas de transferencias condicionadas de renta en Uruguay. En: Barba, C.; Cohen, N. (Coords.). Perspectivas críticas sobre la cohesión social: desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina.: Clacso/CROP, p. 225-250. Buenos Aires
- Ministerio de Salud Pública. (2011) Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental disponible. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud-OPS, (2009). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud-OPS, Declaración de Caracas (1990) Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en

- América Latina, Venezuela disponible en https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Pallarés Francesc (1988) Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) Núm. 62. Octubre-Diciembre disponible en [http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2013/archivos/Pallares,%20Francesc%20\(1988\).pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/sites/4/2013/archivos/Pallares,%20Francesc%20(1988).pdf)
- Proyecto de Ley de Salud Mental, Uruguay, Disponible en <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/proyecto%20ley.pdf>
- Rawls, John (1990). Sobre las libertades, Editorial Paidós. Barcelona.
- Samaja, Juan (2002) “Reproducción Social y Salud”, Buenos Aires. Lugar Editorial, Buenos Aires.

ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVA SOBRE SALUD MENTAL EN URUGUAY

ALGUNAS IMPLICANCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

Francisco Morales Calatayud
María Leticia Pereyra Lanterna

Antecedentes y contexto

Este escrito se basa en dos antecedentes relacionados. Uno es la experiencia de los autores en el desarrollo de una Práctica con estudiantes del ciclo de Formación Integral de la Licenciatura en Psicología en la Sede Paysandú del Centro Universitario Regional (CENUR) del Litoral Norte, denominada “Perspectiva Psicosocial de la Salud”, durante el segundo cuatrimestre de 2016, la que nos permitió trabajar ciertos aspectos conceptuales sobre las nociones de salud y “salud mental” expresadas en diferentes momentos de la construcción del pensamiento psicológico y desde esa perspectiva, debatir sobre la nueva normativa legal de Salud Mental en desarrollo en el país. El otro antecedente es la invitación que el Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de la República realizara a uno de nosotros (Morales Calatayud) para intervenir en la mesa temática “Salud Mental y sus concepciones en la normativa actual y en la nueva normativa en construcción” en el marco del Seminario “Proceso de reforma en salud mental. Legislación y garantías desde una perspectiva de derechos” desarrollado por ese grupo en Paysandú el 9 de diciembre de 2016. Parte de lo que se dice aquí procede de las notas en las que se basó la exposición oral en esa intervención, a la vez, la preparación de esas notas se nutrió de la experiencia en el trabajo realizado por los dos autores con los estudiantes en la práctica mencionada, que terminaba

por los días de realización del seminario, de ahí la relación de los dos antecedentes.

Como información de contexto, se debe tener en cuenta que durante 2015 y 2016 en Uruguay el tema de la “nueva ley de Salud Mental” ha estado en el interés de diversos actores del campo de la salud, del mundo académico, de los ámbitos que trabajan en torno a los derechos humanos así como de las organizaciones de la sociedad civil y de la política, entre otros. No es para menos. Es un asunto altamente sensible, de gran contenido humano, que implica a toda la sociedad y que requiere ser examinado desde diversas perspectivas, especialmente aquellas que aportan las concepciones más avanzadas sobre derechos, salud y sociedad en general. La normativa vigente, una ley de 1936, es reconocida por todos como obsoleta.

El seminario en Paysandú, fue denominado por sus organizadores del Grupo Interdisciplinario “Proceso de reforma en salud mental: legislación y garantías desde una perspectiva de derechos”, y se planteó tres objetivos que reproducimos textualmente del programa: 1) aportar a la difusión y discusión sobre la generación de normativa actualizada en materia de salud mental y las implicancias conceptuales para el posterior desarrollo de políticas públicas y prácticas profesionales; b) intercambiar experiencias de trabajo en comunidad y territorio a modo de visualizar el potencial de transformación de las prácticas asilares y manicomiales (*sic*) con acento en lo local; y c) generar y fortalecer vínculos de trabajo en conjunto entre los diversos actores territoriales universitarios y no universitarios del país y la región.

Para el momento de realización del citado seminario en Paysandú, ya el proceso de construcción de la nueva normativa estaba en un punto avanzado. Se había producido dos meses antes, incluso, su aprobación en una de las instancias parlamentarias. Así que, ni la intervención en el seminario pretendió, ni este escrito pretende, ejercer influencia alguna sobre la letra de la ley. Ciertamente, en el momento en que se redacta este escrito (marzo de 2017) faltan aún instancias de aprobación y sanción, quizás se generen algunos cambios como resultado de las discusiones que restan en los espacios respectivos, los comentarios que aquí se hacen sobre la normativa en algunas partes del escrito se basan en el proyecto de ley con la redacción con la que se

aprobó por la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores (República Oriental del Uruguay, Cámara de Senadores, 2016).

Propósito

Valoramos la utilidad de exponer algunas consideraciones en correspondencia con el primer objetivo planteado para el seminario de diciembre en Paysandú, centrándonos más específicamente en el segundo segmento del mismo, el que alude a las “implicancias conceptuales para el posterior desarrollo de políticas públicas y prácticas profesionales”. Nos basaremos en el proyecto mencionado y en consideraciones sobre aspectos conceptuales que tienen que ver con este tema.

Es obvio que la aprobación de esta ley tendrá un importante impacto positivo en la calidad de la atención y el respeto a los derechos de las personas que han tenido o tienen afectaciones de la salud de expresión predominantemente mental, especialmente para aquellas cuyas afectaciones se consideran “trastornos mentales severos”¹, lo cual constituye un logro de gran significación no sólo para esas personas y sus familias, sino para toda la sociedad. Representa un punto de llegada o alcance de una meta, especialmente para los técnicos, pacientes, familiares y otros actores sociales que durante años han luchado por el reconocimiento de los derechos de esas personas, por la abolición de las condiciones de precariedad y riesgo de ciertos internamientos, por la erradicación de los estigmas y contra la obsolescencia de una normativa legal tan ajena a la realidad social, política y cultural del país en el siglo XXI como la de la hasta hoy vigente ley de 1936. Decimos esto fuerte y claro para que no haya lecturas equívocas de lo que se dirá a continuación.

1. Esta expresión aparece entre comillas, para indicar que se usa aquí en la misma forma que aparece en el texto de la ley, pero no compartimos que una afectación de la salud de expresión predominantemente mental, por severa que sea, se califique como trastorno.

Algunas preguntas

Si vamos a pensar en las “implicancias conceptuales para el posterior desarrollo de políticas públicas y prácticas profesionales” quizás desde la academia podamos contribuir con algunas preguntas, que sirvan de base para estimular valoraciones y debates que orienten el quehacer del “después de” (la aprobación final de la ley). Cada meta alcanzada es nuevo punto de partida.

Veamos las preguntas: ¿De qué hablamos cuando hablamos de “salud mental”? ¿Qué papel puede jugar una normativa legal en el abordaje de los problemas actuales y venideros de un asunto tan complejo como lo es el que se ha dado en denominar “salud mental”? La normativa propuesta y a punto de aprobación definitiva ¿cubre de modo explícito todos los aspectos de la “salud mental” posibles de estar integrados en una política pública? ¿Cómo podría aportar la ley a la formulación y desarrollo de políticas públicas que contribuyan a la salud de la población y especialmente al componente “mental” de la salud? ¿Qué impacto tendrá esta ley en las prácticas profesionales? ¿Qué se puede hacer desde la academia para contribuir a que las prácticas profesionales armonicen con lo que se establece en la ley y aporten al desarrollo de política pública en este tema?

Estas preguntas nos sirven de base para contextualizar algunas consideraciones.

a) La sociedad, las leyes, las políticas públicas y la cultura:

Las leyes pertenecen al orden jurídico, esto es, al campo de lo que es justo e injusto en el ámbito del derecho. Son normativas que establecen derechos, obligaciones, prohibiciones, permisividades, regulaciones, que deben ser observadas en función del bien común. En general son coherentes con el carácter de la sociedad; en las sociedades democráticas y participativas responden a los intereses de la mayoría y sirven para ordenar la sociedad, estableciendo quiénes y cómo deben cumplirlas, ya sean personas naturales o jurídicas. Se supone que las leyes reflejan las creencias, valores y conocimientos prevalecientes en la sociedad en cuestión.

Sobre el último de los aspectos mencionados en el párrafo anterior, el de los conocimientos, nos parece oportuno señalar que ciertas leyes, dado el asunto que abordan, requieren de una cuidadosa prepa-

ración basada en la revisión del “estado del arte” sobre el tema en cuestión desde la perspectiva de las disciplinas implicadas. En el mundo contemporáneo, la “sociedad del conocimiento”, existen numerosas fuentes de información y recursos técnicos que facilitan la gestión del conocimiento necesario, por lo que cualquier normativa legal puede beneficiarse, mejor que nunca antes, del conocimiento científico-técnico.

De alguna manera las leyes tienen limitaciones, pueden indicar qué se puede o qué no se puede hacer, es decir, la conducta de las personas, pero esto no necesariamente asegura que se cumplirá por todos, hay muchos factores que intervienen entre lo que se indica en una ley y las conductas de cumplimiento. Claramente otra limitación de las leyes es que no le pueden indicar a nadie, directamente, qué pensar o qué sentir, algo que corresponde a los acontecimientos privados de las personas.

Si bien las tradiciones jurídicas en general establecen que el desconocimiento de una ley no justifica su incumplimiento, parece ser un requisito natural que se difunda el contenido de las leyes especialmente entre aquellas personas más vinculadas con su temática y que algunos aspectos de las leyes que deban ser conocidos por el público en general, deben recibir una amplia divulgación.

Las políticas públicas, por su parte, intentan resolver problemas sociales buscando la satisfacción de los destinatarios, por lo que sus actuaciones pueden tomar la forma de planes, programas, proyectos, normas jurídicas y otras acciones económicas, sociales y culturales (Pinilla y García-Altés, 2010). Es fácil comprender que las leyes (en tanto normas jurídicas) y las políticas públicas deben estar articuladas. Las políticas públicas conforman acciones integradas de los estados y los gobiernos para contribuir de manera sistemática y coherente al bienestar de la sociedad, enfocándose en aquellos asuntos de mayor interés ciudadano. Temas como derechos humanos, educación, salud, empleo, seguridad e inclusión social, género, vivienda, ambiente, energía, consumo y transporte, entre otros, son tan importantes para la sociedad, que requieren objetivos claros a medio y largo plazo, así como planificación, racionalidad, cooperación intersectorial y evaluación sistemática.

Debe quedar claro que entendemos que una política pública requiere la participación de diferentes sectores de la sociedad, entre ellos varios organismos del gobierno. Ciertamente, una política pública puede ser impulsada desde un organismo específico de gobierno (digamos un ministerio) pero aunque uno de estos reciba el encargo de coordinarla, no puede confundirse una política pública con un plan de trabajo nacional de un ministerio, si bien planes de ese tipo pueden ser parte de la ejecución de la política pública. Es decir, generalmente las políticas públicas son intersectoriales. Y si se mira por el lado de la convergencia de conocimientos y saberes, es difícil que una sola disciplina pueda estar en la base de una política pública: la naturaleza de los problemas que abordan y se pretenden resolver, generalmente reclaman el accionar interdisciplinario real (no sólo en el discurso), evitando hegemonismos (por muy establecidos que estén).

Las políticas públicas que promueven un estado y su gobierno generalmente son armónicas y coherentes entre sí y se apoyan unas a otras.

Las leyes por sí mismas no hacen políticas públicas, pero son imprescindibles para su desarrollo como también resultan imprescindibles la participación ciudadana, la comunicación y control social, la formación de recursos humanos, la ciencia y la innovación, la evaluación permanente y la sustentabilidad. No pueden resolverse sólo a través de una ley (ni de varias) los asuntos cuya dimensión y complejidad requieren de una política pública bien formulada o que al menos deben ser parte claramente definida de una política pública de mayor amplitud (por ejemplo, los asuntos de “salud mental” pueden abordarse desde una política pública específica de “salud mental” o ser parte bien definida de una política pública general sobre salud).

Las leyes expresan los intereses de las políticas y las apoyan en tanto normativas, de ahí que la lógica de la construcción y puesta en ejecución de una ley resulta más orgánica y funcional cuanto más desarrollada esté la política pública con la que se relaciona.

Si la dinámica de los acontecimientos indica que un asunto requiere la adopción de una normativa legal aun cuando no ha sido posible hasta el momento elaborar suficientemente una política pública específica al respecto o sin que el asunto tenga una clara representación en una política pública más amplia, parece aconsejable que los actores

involucrados no se conformen con la adopción de la normativa, lo más conveniente es que consideren tal normativa como un hito para seguir caminando hacia la política pública. Por ejemplo, en el caso de la ley que motiva este escrito, la necesidad de que se adopte cuanto antes es evidente dada la obsolescencia de la anterior, totalmente fuera de contexto en el marco de la política pública de respeto a los derechos humanos en el país, pero su adopción no deja totalmente resuelta la necesidad de una política pública en relación con la “salud mental” o de que lo relativo a esta esté claramente representado en la política pública sobre salud (volveremos más adelante a este punto, que es para nosotros el asunto central del tema que discutimos).

Por último en este apartado nos queremos referir al papel de la cultura. Igual que dijimos que las leyes por ellas mismas no hacen una política pública, tampoco la adopción y puesta en marcha de una política pública asegura cambios automáticos en la cultura dominante. Esos cambios serán el resultado de la progresiva aplicación de la política, de ciertos objetivos y acciones intencionales encaminadas a determinados aspectos del ámbito cultural y sobre todo, del modo en que la comunidad aprecie los logros de tal política. Evaluar el impacto en la cultura de una política pública puede ser una buena tarea para los investigadores de las ciencias sociales.

En el caso de los asuntos relacionados con la “salud mental”, el sentido común nos indica que persisten como componentes de la cultura popular numerosos estereotipos y prejuicios, en particular sobre las personas que tienen o han tenido afectaciones de su salud de expresión predominante mental. Costumbres tan mordaces como la de denominar “rayaditos” a las personas con afectaciones de su salud de expresión fundamentalmente mental es un triste ejemplo de eso, más triste cuando las propias personas que son objeto de la denominación peyorativa (o sus familiares o incluso aquellos que pretenden apoyarlos) las incorporan en una suerte de naturalización irónica.

Una política pública sobre “salud mental” (o una sobre salud que integre lo relativo a la “salud mental”) debe plantearse la lucha contra toda forma de estigmatización en las manifestaciones de la cultura, un propósito para cuyo logro pueden realizarse numerosas acciones educativas, de propaganda, de coordinación con los medios de comunicación, etc. Una normativa legal que articule con esa política debe

sancionar aquellas expresiones que puedan ser tipificadas como estigmatizadoras. Ni las políticas ni las leyes pueden ser ajenas a formas de comportamiento social que pueden resultar denigrantes. La cultura dominante debe prepararse para comprender e interactuar con estas personas, para desmontar los estereotipos y prejuicios de siglos.

b) Salud y “Salud Mental”. Salud Positiva y “Salud Mental” Positiva:

Los lectores ya deben haber reparado en este punto que varias veces, cuando hemos hablado de “salud mental” (especialmente cuando no estamos refiriéndonos a lo dicho por otros) lo hemos escrito entre comillas. Si lo hemos hecho así es porque partimos de la idea de que en este término tan usado tanto en la literatura científica como en el lenguaje común, hay polisemia, es decir, pluralidad de significados de una expresión lingüística. Así, con el mismo término podemos estar hablando de cosas diferentes.

Se trata de una expresión relativamente reciente en el discurso sobre los asuntos del bienestar y el malestar de los seres humanos y procede claramente de la herencia cartesiana.

Es bueno recordar que hasta 1941 la cultura occidental no tuvo una definición de salud o si la había, fue a partir de esa fecha que una definición de salud comenzó a circular en los ámbitos especializados y públicos. En ese año, el médico y sanitarista suizo Henry Sigerist expresó:

“Al igual que hicieron los antiguos romanos, y al igual que John Locke, pensamos la salud como una condición física y mental. *Mens sana in corpore sano* continúa siendo nuestro lema. Pero podemos dar un paso más allá y considerar la salud en un sentido social. Un individuo saludable es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales –siempre que no excedan los límites normales– y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las obligaciones que la vida impone al individuo” (Sigerist, 1941, p. 8).

Como se puede apreciar, esta definición integra lo físico, lo mental y lo social y defiende claramente las nociones de equilibrio, ajuste al medio, adaptación a los cambios, contribución social, actitud positiva, alegre y optimista, es decir, una disposición psicológica que atraviesa toda la salud. La salud es una sola, no hay división entre salud física y mental.

De acuerdo con Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers y Murray (2002), el aporte de Sigerist fue tomado muy especialmente en el proceso de fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la formulación de la definición de salud que aparece en el preámbulo de la declaración de constitución del organismo, en 1946.

La tan conocida definición de salud que se da en esa declaración (que no citamos acá textualmente debido a la difusión que ha recibido) se centra en el bienestar, la unidad de las dimensiones física, mental y social y en distinguir a la salud como algo bien diferente (o en términos cualitativos, algo mucho mejor) que la “simple” ausencia de enfermedad. Refleja el espíritu de un momento histórico (final de la Segunda Guerra Mundial) en que era necesario afirmar el valor de la salud y su relación con los derechos humanos, con la paz y la solidaridad entre los pueblos. Fue formulada desde una fuerte intencionalidad política (más que técnica), pero que a la vez intentaba relacionar la salud con lo positivo, lo social y el carácter integral de la naturaleza humana.

Durante sus siete décadas de predicamento, la definición ha recibido numerosas críticas, tales como: que es subjetivista, que el completo bienestar no es posible, que la salud no es absoluta, que no se refiere a la capacidad de funcionar (Terris, 1992); que ve la salud como un estado y no como un proceso (San Martín, 1981); que es difícil de hacerla operativa para lograr medidas o caracterizaciones del estado de salud ya sea de individuos o de agregados de individuos (Chatterji *et al* 2002); entre otras. Pero creemos que raramente se ha cuestionado la defensa que tanto Sigerist como los fundadores de la OMS hicieron del carácter integral de la salud en lo que respecta a la convergencia en la misma de los dominios físico, mental y social, al menos los autores de este escrito no conocemos alguna crítica en esa dirección.

A pesar de lo anterior, la denominación “salud mental” con una definición para la misma en la que se le daba vida propia como una expresión particular de la salud, apareció ya en 1950 en la segunda sesión del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental (obviamente ya había un “comité de expertos” en el tema antes de la existencia de una definición). Esa definición distinguía la “salud mental” de la “higiene mental”, enfocándose en la primera como una condición sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico; mientras que en el mismo texto se destaca que la “higiene mental” se entiende como las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental (World Health Organization, 1951). Al dar este contenido a la noción de “higiene mental” se hacía honor en ese documento a una tradición de más de cuatro décadas entonces, iniciada en Estados Unidos y extendida a otras regiones, el “movimiento de higiene mental” que se enfocó no solamente a luchar por mejorar las condiciones de la atención de las personas con trastornos mentales, sino también en la prevención (Bertolote, 2008). Lo curioso aquí es que a partir de ese momento (y quizás bajo la influencia del nombre adoptado por el mencionado comité de expertos, la denominación “higiene mental” aparece cada vez menos para hacer referencia a los aspectos concernientes a la atención y la prevención, adoptándose progresivamente la de “salud mental” para aludir tanto a la condición como a un área del campo de la salud (políticas, sistemas, servicios, departamentos, etc. que se relacionan con la atención y la prevención del componente mental de la salud); e incluso a un área disciplinar (se llega a utilizar para denominar a ciertas cátedras universitarias, asignaturas en planes de estudios, especialidades profesionales, o lugar de pertenencia de profesiones de ciertas disciplinas, etc.). De ahí lo de polisemia.

Las definiciones de salud, ya sean tanto la de la OMS como las que han partido de críticas a esta, comparten en general la visión positiva de la salud, es decir, una noción que si bien no siempre constituye un “completo bienestar”, alude a capacidad de funcionar (Terris, 1992), o de adaptación y estado de tolerancia y compensación físico, mental

y social (San Martín, 1981), o a un conjunto de cualidades sistémicas, entre ellas el bienestar subjetivo (Pérez Lovelle, 1987) o se postula como un relativo bienestar físico, mental, social y ambiental, “el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada” como indica en una de sus partes la definición de la Cátedra I de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Saforcada, 2014, p. 68). Es decir, lo de “no la simple ausencia de enfermedad” puede tener de acuerdo a lo referido antes, varias dimensiones, entre ellas las mencionadas. En torno a este tema el debate puede ser muy rico y las argumentaciones pueden ser muy diversas, se menciona aquí solamente como antecedente de lo que se dirá en el párrafo siguiente.

Así, en esa línea, si se va a hablar de “salud mental” como estado especial, separado o componente reconocible de manera aislada de la salud en general (siguiendo la pauta de la definición que hicieron los expertos de la OMS de 1950 y que está en la base de las definiciones posteriores de ese organismo hasta que la rige hoy) la “salud mental”, en su acepción como estado debe ser entendida con sentido positivo, representada en un sujeto concreto, no sería solamente no tener manifestaciones que configuren la existencia de “patología”, sino “disposición” alegre y optimista, capacidad de enfrentar retos y tensiones propias de la vida, percepción de bienestar subjetivo, y otras condiciones que configuran una imagen ideal, en cierto modo, un recorte de la noción de salud en general que se refiere a los componentes subjetivos y de comportamiento de la misma, cuya existencia es impensable de modo separado de la salud en general, cuya determinación es también inseparable de la determinación de la salud en sentido general. El estudio de esto último (la determinación de la salud en general), en nuestra opinión puede aportar mucho a entender la integralidad de la salud y el lugar que ocupan en la misma los componentes subjetivos y de comportamiento, sin embargo es en cierta medida un “debe” que tenemos en el conjunto de las disciplinas que se ocupan de la salud, en particular en la psicología, aunque algunos trabajos interesantes se han realizado (por ejemplo, Pérez Lovelle, 1987).

La “salud mental positiva” no puede ser otra cosa que un aspecto de la “salud positiva” en sentido general, especialmente entendida como el máximo bienestar posible en cada momento histórico y cir-

cunstancia sociocultural determinada, y ese bienestar entendido como relativo, incluyendo las dimensiones física, psíquica, social y ambiental (Saforcada, 1999). Agregar a la palabra salud el adjetivo de “positiva” no quiere decir que tal estado sea de “absoluto” bienestar, no es algo que deba ser entendido como un estado en términos ideales, sino como el mejor estado posible resultado de un proceso, una situación dinámica que se modifica del que no sólo participan estados afectivos percibidos como de bienestar, sino características del desarrollo personal, como “la capacidad de tomar decisiones, afrontar responsabilidades y vivir con autonomía en el contexto de la vida cotidiana” (como señalan De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p.14) y también, como usualmente afirmamos en nuestro trabajo docente, como la actitud positiva permanente para cuidar y enriquecer ese estado y para hacer que las condiciones del entorno contribuyan a ese bienestar. Esto último lo entendemos como un determinante muy particular del mejor estado de salud posible, porque da cuenta del vínculo, de la permanente interacción del sujeto con su realidad, del modo en que la evalúa y transforma y de su propia transformación en función y como resultado de las demandas de la realidad.

La definición de “salud mental” actual de la OMS como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (WHO, 2014), que sigue el espíritu de lo planteado desde la etapa del comité de expertos de 1950, no ofrece una visión que vincule tal estado con el propio proceso de la salud en general, que es en definitiva, el proceso de la vida, ni con la salud en sentido en general. Sin embargo, en ella aparecen tres precisiones acerca de características psicológicas personales que deben estar presentes en el sujeto que protagoniza tal bienestar (una autovalorativa, una cognitiva-emocional y otra de la esfera de las capacidades) así como una característica socio-psicológica (la definida de modo bastante difuso como “contribución a su comunidad”). Afortunadamente, esta definición a pesar de sus falencias a primera vista, se distancia claramente de la idea de “sanidad mental” que hasta la primera mitad del siglo XX se aplicaba para denotar que no había “insanidad” mental, lo que para aquella época remitía de inmediato a la locura. Sean cuales sean

sus limitaciones deja claro que no es “la mera ausencia de enfermedad mental”. Hablar de “salud mental” aunque sea desde la perspectiva de esa definición, nos debe conducir a destacar la importancia del desarrollo de la personalidad, una categoría particularmente relevante en el contexto de la tradición disciplinar de la psicología.

Ahora bien, se deben tener en cuenta algunos cuestionamientos que se han hecho a los conceptos contenidos en esa definición de la OMS y a su perspectiva en sentido general. Para Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold y Sartorius (2015) de la misma surgen preocupaciones y se presta a malentendidos cuando identifica los sentimientos positivos y el funcionamiento positivo como factores clave de la salud mental; al centrarse en el sentimiento de bienestar conduce a pensar que está mentalmente saludable quien se siente bien, aun cuando esté haciendo cosas que la mayoría de las personas consideran “no saludable” y no está mentalmente saludable quien puede estar experimentando un estado de malestar anímico mientras afronta una adversidad de la vida. En uno de los momentos de su artículo, al referirse a la definición y a su foco en las emociones positivas y el funcionamiento positivo, expresan dichos autores que tiene el riesgo de excluir “a la mayoría de los adolescentes, muchos de los cuales son algo tristes, a aquellos que luchan contra la injusticia percibida y las desigualdades o están desalentados por hacerlo después de años de esfuerzos inútiles, así como a los migrantes y minorías que experimentan el rechazo y la discriminación” (p. 231, en inglés en el original).

Es llamativo que uno de los autores del citado artículo (Sartorius) ocupara durante más de tres lustros (1977-1993) el cargo de Director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Los autores proponen una nueva definición: “Salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que capacita a los individuos para usar sus habilidades en armonía con valores universales de la sociedad. Las habilidades cognitivas y sociales básicas; la habilidad para reconocer, expresar y modular sus emociones así como la de hacer empatía con los otros; la flexibilidad y habilidad para hacer frente a acontecimientos adversos de la vida y funcionar en roles sociales; y la armoniosa relación entre la mente y el cuerpo, representan importantes componentes de la salud mental, los que contribuyen en diverso grado, al estado de equilibrio interno” (p. 232, en inglés en el origi-

nal). Aquí se introduce una noción de “estado dinámico de equilibrio” (sólo en esta expresión ya se está dando pie a un importante debate) pero no se asume como “proceso”; al quedar situada la salud mental en lo “interno” se queda fuera la riqueza de la relación del sujeto con la realidad y el carácter transformador de esa interacción, se sigue pensando la “salud mental” como algo diferente o al menos no incluido en una noción general de salud. El artículo no documenta cómo se realizó el trabajo para llegar a esa definición, la filiación de los autores nos informa que son europeos, vinculados a servicios y organizaciones de “salud mental” y en el caso que esto no se precisa, a instituciones de asistencia médica y enseñanza de la medicina, aunque no se dice nada sobre sus profesiones. Comentamos este aspecto porque consideramos importante que se pueda apreciar el contexto de surgimiento de esta reciente contribución, sobre cuyo impacto o aceptación no tenemos por ahora información, pero que evidentemente ha sido planteada como posible alternativa a la vigente del organismo internacional de salud y publicada en un medio de divulgación científica de amplia circulación.

Por otro lado, el tema de la “salud mental positiva” se mantiene en discusión. Un trabajo de Vaillant (2012) replantea este tema, examinando siete modelos empíricos desarrollados desde que se introdujera este concepto en 1958. Los modelos han sido resultado de investigaciones realizadas en Estados Unidos, tienen un fuerte peso psicológico en su base y entienden esta condición en las siguientes dimensiones: a) como superior a lo normal; b) como estado de múltiples fortalezas humanas más que de falta de debilidades; c) como madurez; d) como dominancia de las emociones positivas; e) como equiparable a una inteligencia socioemocional alta; f) como bienestar subjetivo; y g) como resistencia a la adversidad. Este autor, en sus conclusiones, señala la necesidad de que la salud mental se defina ampliamente, en términos que tomen en cuenta e incluyan los factores culturales, que los criterios que la identifican deban validarse de forma empírica y longitudinal y que no debiera ser considerada como una meta en sí misma. Este artículo viene acompañado en el mismo número de esta revista, por ocho comentarios de otros autores. Mencionamos este tema aquí para documentar tres aspectos a nuestro juicio interesantes: primero, el de la importancia de entender que es necesario profundizar acerca de qué

debemos entender como “salud mental” en sentido positivo. Como un importantes trabajo también reciente señala (Lopera, 2015), a pesar de existir una definición de “salud mental” como la de la OMS, esta misma organización en sus documentos oficiales considera, mayoritariamente este concepto como ausencia de enfermedad, dando poca cabida a un concepto positivo de salud mental (los autores de este escrito recomendamos especialmente a los lectores interesados en profundizar en el tema la lectura del mencionado trabajo de Lopera).

El segundo aspecto a nuestro juicio interesante, es que, la base científica de la fundamentación de un concepto de “salud mental positiva” debe partir del estudio de la realidad psicológica del ser humano en su devenir y en su activa relación con el medio. Una fundamentación de esa naturaleza no se puede hacer desde la patología. La interdisciplina es obligada en un esfuerzo de esa naturaleza.

El tercer aspecto, es que más que “salud mental positiva” debemos trabajar por entender el componente mental de la salud positiva. Esto último podría requerir de muchas páginas de argumentación y aquí no es posible, sin duda será objeto de otros escritos.

Implicancias conceptuales para el posterior desarrollo de políticas públicas y prácticas profesionales:

En cuanto a la definición de “salud mental”, el proyecto de ley en discusión se posiciona claramente cuando en su artículo 2º, presenta la definición de la OMS. Coincidimos con Lopera (2015) quien al referirse a que en ciertos documentos de ese mismo organismo pareciera que, o no se acepta totalmente esa definición, o se presenta con vaguedad o la evade... o “se habla de esta como si se supiera qué es, de modo intuitivo, llevando con esto a que las actividades de promoción de salud, de nuevo, sean casi exclusivamente de prevención de la enfermedad”... sin embargo, su ventaja es que es “al menos, una definición que, precisamente por plantearse de manera abierta, puede analizarse, someterse a crítica, mejorarse o cambiarse” (p.18).

Desde esa coincidencia, podemos expresar que una primera implicancia para posteriores políticas públicas que consideramos atendible, es que se tenga en cuenta que la normativa no debe clausurar el debate sobre qué es la “salud mental”; está claro que la ley asume la definición vigente del organismo internacional más reconocido en

materia de salud en el mundo de hoy. Como normativa requiere de una definición, y parece ser que mientras no haya una mejor suficientemente consensuada y científicamente fundamentada, no tiene sentido adoptar otra (que en cualquier caso pudiera ser tan cuestionable como esta), pero se debe continuar trabajando en la búsqueda de una mejor conceptualización, en nuestra opinión, una que integre los conocimientos científicos más actualizados sobre el proceso de la salud y sus determinantes y expresiones de todo tipo, que articule mejor con una definición de salud en sentido general y que, por supuesto, se posiciona siempre a favor de la promoción de los derechos humanos y el aseguramiento del acceso de todos a los mejores niveles de salud posibles. Avanzar hacia esto reclama, como ya hemos expresado de algún modo antes en este mismo escrito, de la visión y la acción interdisciplinaria: ninguna disciplina particular puede ser hegemónica en este asunto, aunque evidentemente desarrollos disciplinares específicos pueden (y deben) ejercer liderazgo en la solución de aspectos específicos de esa construcción. También es necesario entender que, como casi todo en la ciencia, ese debate no tiene fronteras y que en la sociedad de la información tenemos la oportunidad de acceder a lo que se está produciendo en cualquier rincón del mundo.

Construir porgresivamente una política pública de amplio alcance en “salud mental” requerirá entonces avanzar en entender de qué se trata, cómo se expresa en sentido positivo, cómo se determina (este es otro tema que podría requerir un espacio que aquí no tenemos) y, ya que las políticas públicas si están enfocadas a las especificidades del país, implicaría no solamente avanzar en entender mejor las peculiaridades de su abordaje en el contexto del país.

Opinamos que una segunda implicancia tiene que ver con el alcance de la “salud mental”. Aún cuando se tengan en cuenta todas las críticas que la definición de la OMS tiene, igual que la salud en general, una política pública sobre este asunto debe abarcar todos los momentos del proceso de la salud, que es esencia el proceso de la vida, todos sus escenarios, todos sus factores condicionantes, todos sus actores.

El proyecto de ley, en el tercer párrafo del artículo segundo es claro en postular que la protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y el artículo

tercero deja claro que se concibe la salud mental como inseparable de la protección de la salud en general, así en los cuatro primeros acápites de ese artículo, se refiere a principios rectores que pueden ser muy bien el fundamento legal de una amplia política pública sobre “salud mental”, que no se limite sólo a la atención de las personas con afectación de la salud de expresión predominantemente mental: a) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular; b) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos que guarden relación con la salud mental; c) La promoción con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; y d) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios (República Oriental del Uruguay, Cámara de Senadores, 2016).

Una lectura general del proyecto de normativa que no repare cuidadosamente en lo que se ha señalado en el párrafo anterior, puede generar la impresión de que la misma, al enfocarse en la atención de calidad y la garantía de los derechos de las personas con afectaciones de la salud mental, presta poca atención a la promoción de la “salud mental” de la población en sentido general, como un componente de la promoción de salud en sentido general, algo que en sentido riguroso, no puede depender solamente de los servicios de salud.

A nuestro juicio, una hipótesis, del origen del aparente desbalance es que la normativa ha debido ser detallada, enfática, exhaustiva, en regular aquellos asuntos que más apoyo y fuerza legal requieren para transformar la brecha que la vieja legislación, con su obsolescencia, deja abierta ante las necesidades de todo tipo de esas personas. Una política pública amplia, debería y podría basarse en los preceptos a los que hemos hecho referencia para promover la salud mental en todos los momentos posibles de la vida (cuando se trabaja, cuando se aprende, cuando se le da contenido al tiempo libre, por citar unos pocos ejemplos); con relación a todos sus factores condicionantes (biológicos, económicos, sociales, psicosociales, culturales, legales, de género, de accesibilidad y derechos, etc.); en todos sus escenarios (hogar, comunidad, escuela, centro de trabajo, espacios públicos, centros depor-

tivos, centros de recreación, centros de atención a la salud en general, etc.).

Tal política pública por supuesto, no sólo estaría articulada con esta normativa, sino además con otras normativas relacionadas con otros sectores y situaciones. Un trabajo interesante a realizarse desde una perspectiva interdisciplinaria, al que podría aportar el ámbito académico, es la revisión de las diferentes normativas vigentes en el país que pudieran complementar lo que se plantea en esta para apoyar, de conjunto, una amplia política pública enfocada al componente mental de la salud, articulada asimismo con la política pública general sobre salud en el país. Otra tarea académica, complementaria a la anterior, sería estudiar qué nuevas normativas podrían ser necesarias y en qué sectores, para respaldar integralmente esa política pública.

Sobre este último punto, es interesante el planteamiento de Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, en el sentido de que el concepto de *política pública saludable* aspira a superar el clásico concepto de *políticas públicas de salud*, lo que dicho de modo muy resumido, alude a pasar de un concepto que coloca la política de salud en un sector del gobierno, a la preocupación transversal por la salud en cada uno de los sectores y niveles de gobierno de manera articulada (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010).

Una tercera implicancia se relaciona con el espectro de problemas, que incluso dentro de lo que puede considerarse “afectaciones de la salud mental” debe abordar una política pública saludable (como el lector puede apreciar, ya vamos haciendo nuestra el aporte mencionado en el párrafo anterior).

Durante años, enfermedades de expresión predominantemente mental que afectan en forma severa y crónica a las personas desde su etapa juvenil, han configurado una imagen definida en el imaginario acerca de qué es un “enfermo mental”. Pero en los tiempos más recientes, el envejecimiento poblacional contribuye a hacer más numerosa la población de personas con deterioro cognitivo severo, el que muchas veces se acompaña con deterioros en la motricidad y el validismo o capacidad de realizar las actividades básicas cotidianas. Para una política pública saludable que se enfoque de modo amplio, este asunto, su prevención y atención integral es un gran reto. Además, requiere también de un abordaje que alcance a las familias y los impactos en

los cuidadores. Esto podría requerir una atención particular tanto a nivel de su investigación como de su articulación con otras políticas públicas y normativas en desarrollo en el país.

Por último, nos referimos ahora a las implicancias para las prácticas profesionales. Estas deberán cambiar progresivamente, sobre todo si se marcha en la dirección de lograr el objetivo de una política pública saludable dentro de la cual el componente mental quede bien representado.

Desde el siglo XIX, en relación con la salud quedó establecido un paradigma de conocimientos y prácticas en salud individual-restrictivo, cuyo eje es la enfermedad, la monodisciplina, la clínica restrictiva y el dominio del conocimiento por parte de los efectores profesionales; la comunidad es pasiva en este modelo, que con el paso del tiempo ha conducido a ciertos hegemonismos profesionales, excesos técnicos y en los costos. En contraste, un modelo social-expansivo representa una visión diferente, cuyo eje es el proceso de la salud, que se centra en la comunidad y sus problemas y que entiende la salud en el marco de un ecosistema, dicho de manera resumida, para una aproximación más amplia, sugerimos a los interesados revisar los aportes presentados en textos que ya van siendo clásicos (Saforcada, 1999; Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010).

Las prácticas profesionales más adecuadas para una amplia política pública saludable que integre acciones oportunas para apuntar al desarrollo del componente mental de la salud, serían aquellas que superen el paradigma individual-restrictivo que predomina hoy en los servicios de salud y se asuman desde un paradigma social-expansivo, que dé a las comunidades el lugar activo desde el que podrían construir entornos más saludables y hacer que se basen en la participación real. Esto conduciría a un profundo ejercicio reflexivo acerca de la perspectiva desde la que generalmente actuamos los efectores de salud que potencialmente tenemos algún impacto en el componente mental de una política pública saludable.

La formación de los profesionales deberá ser objeto de análisis así como el lugar que tenemos dentro de la salud pública. Es otra invitación a que, desde la interdisciplina, repensemos lo que hasta ahora hemos entendido como “mundo psi”, o “profesiones de la salud mental”, y que en algunas de esas profesiones, como la de psicólogo,

repensemos cómo es y desde qué marcos de actuación, desde qué paradigmas y desde que logros de la disciplina que la respalda (tanto desarrollos teóricos, como metodológicos y técnicos) se puede impactar de la manera más abarcadora y efectiva en la producción de salud y dentro de esta, en el componente mental de la salud, en el marco de una política pública saludable. En Argentina, donde se adoptó una ley de Salud Mental hace poco, se ha trabajado este tema haciendo ciertas precisiones tanto para las agrupaciones profesionales como para las universidades, una referencia interesante, que no detallamos más por razones de espacio, puede encontrarse en De Lellis, Pomares y Da Silva (2015).

Muchos asuntos que nos hubiera gustado tratar con más extensión y profundidad en este escrito quedan pendientes para otros momentos. Pero al cerrar este espacio, manifestamos nuestra expectativa de que los debates académicos y de la sociedad en estos dos últimos años sobre “salud mental”, así como la nueva normativa que se adopte, constituyan un punto de inflexión estimulante para el enriquecimiento integral de la salud y especialmente su componente mental en el país.

Referencias bibliográficas

- Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 6 (2): 113-116.
- Chatterji, S., Ustün, B., Sadana, R., Salomon, J., Mathers, C. & Murray, C. (2002). The conceptual basis for measuring and reporting on health. *Global Program on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 45*. Geneva: World Health Organization.
- De Lellis, M., Pomares, L. y Da Silva, N. (2015). La formación y regulación de técnicos y profesionales en el campo de la salud mental. En: Autores Varios. *Políticas Públicas de Salud Mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, p. 327-344.
- De Lellis, M., Interlandi, C., & Martino, S. (2015). Introducción a la Salud Pública como área del conocimiento y de la acción. En: M.de Lellis (compilador). *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos, p. 11-42.

- Galderini, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14 (2): 231-233.
- Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 32 (supl 1): 12-20.
- Pérez Lovelle, R. (1987). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana: Científico Técnica.
- Pinilla, J. & García-Altés, A. (2010). La evaluación de las políticas públicas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (Suplemento 1): 114-119.
- República Oriental del Uruguay, Cámara de Senadores (2016, octubre). *Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Proyecto de ley sustitutivo aprobado por la Comisión de Salud Pública en la Cámara de Senadores. Carpeta No.426 de 2015, repartido N° 354. [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/S2016100354-008630380.pdf#page=>
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2014). Política, salud y procesos de liberación. *Salud Comunitaria y Sociedad*, 3(3): 55-74.
- Saforcada, E., De Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires: Paidós.
- San Martín, H. (1981). *Salud y Enfermedad*. 4ta. Ed. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas, en: Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica n° 540*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, 185-204.
- Vaillant, G. (2014). Salud mental positiva: ¿hay una definición intercultural? *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 10 (2): 93-99.
- World Health Organization (1951). *Mental health: report on the second session of the Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2014, agosto). *Mental Health: a state of well-being*. [acceso 21 de marzo de 2017]. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

BARRERAS PSICOSOCIOCULTURALES PARA LA ACCESIBILIDAD EN SALUD Y EN SALUD MENTAL

Patricia de la Cuesta

Introducción

Se plantea una aproximación a la salud mental y la accesibilidad, considerando la salud en Uruguay y su Sistema de Salud como elementos contextualizadores para comprender la importancia que adquiere la profundización en el conocimiento y análisis de la accesibilidad en salud, enfocando particularmente en lo que se ha denominado salud mental, y el modo de construcción de las barreras psicosocioculturales existentes. Se seleccionan investigaciones regionales respecto al tema propuesto, que aportan a la elaboración del constructo barreras psicosocioculturales y su relación con la accesibilidad. Este tema eje nos introduce en un debate ineludible respecto a la concepción de accesibilidad y cobertura universal en salud, asociadas a la perspectiva de derecho de las comunidades.

En este siglo, las enfermedades mentales, los accidentes y las enfermedades no transmisibles son los ejes de preocupación y ocupación de los sistemas sanitarios en todo el mundo. Se estima que en 10 años, una de cada cuatro personas padecerán uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (OPS/OMS, 2017). Este perfil problemático se liga frecuentemente a las condiciones de vida en la mayor parte del planeta, referidos a la degradación del medio ambiente y la vida urbana. Es así, que en particular, la población afectada por trastornos mentales ha ascendido de manera preocupante siendo que, por ejemplo, alrededor de 350 millones de personas padecen depresión cada año. Esto impacta en el aumento del porcentaje en la carga global de enfermedades y también, en el porcentaje de años de

vida vividos con discapacidad. En América, es una de las principales causas de discapacidad; también es allí donde se registran falta de acceso a la atención de salud, inadecuado inversión económica y el peso del estigma social (OPS/OMS, 2017). Por otra parte, la forma de presentarse los trastornos en salud mental en la actualidad, hace que deban abordarse, primordialmente, en el primer nivel de atención (De Lellis, 2006). Ya no es posible concebir discociadamente salud y salud mental, por lo que no es posible comprender el proceso de atención a la salud mental sin contextualizarlo en el proceso de atención general en salud. Como ya se expresara en el Día Mundial de la Salud Mental “*no hay salud sin salud mental*” (OMS/OPS, 2017).

Accesibilidad en Salud/Salud Mental. El derecho a la salud y a la atención en salud

A partir del 2007, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que propende al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible y promueve la complementación asistencial y obligaciones prestacionales comunes. La forma en que se organiza un sistema de salud explica las posibilidades de acceso a una atención de calidad, y es por tanto, un rasgo fundamental en la organización de un Estado de Bienestar. (ASSE, 2014).

Las posibilidades de garantía del acceso universal a la salud se encuentran condicionadas por la capacidad de recaudación fiscal del país. De manera similar a lo que sucede en otros países en América Latina, que en general es baja. (Giovanella, L., 2013). La universalidad y la equidad en el acceso a los servicios de salud son objetivos primordiales de las políticas públicas de salud y un permanente reto para nuestros países. A partir del 2005 se ha abierto un debate internacional sobre el tema de la universalidad (WHO, 2005). Por su parte, la OMS dedicó su Informe sobre la Salud en el Mundo de 2010 al tema “Financiamiento de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”.

Definir universalidad de un sistema de salud, para la OMS, implica considerar las siguientes dimensiones: la amplitud, cobertura poblacional; el nivel, es decir la cobertura pública; la profundidad,

cartera de servicios (OMS, 2008). El significado de la universalidad en el concepto de “cobertura universal”, resulta ambiguo en tanto que por momentos, se corresponde con atención universal a la salud, como forma de describir políticas de salud en los países de altos ingresos, principalmente europeos; como a veces es utilizado para describir políticas en los países de ingresos medios y bajos, dirigidas a coberturas básicas de algunos programas (Giovanella, L., 2013). Las coberturas diferenciadas sin duda consolidan desigualdades. Esta ambigüedad se expresa también en los documentos de la OMS, que si bien proponen avances en la cobertura universal, su significado ha cambiado en los últimos años. Por ejemplo, en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2008 “*Atención primaria ahora más que nunca*”, el nivel de la cobertura universal significaba la proporción de gastos de salud cubiertos con financiación pública, por entenderse que la financiación pública es más equitativa (OMS, 2008). No obstante, en el Informe de la OMS de 2010, “*Financiamiento de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*”, el nivel de cobertura pasó a ser entendido como la proporción de gasto en salud cubierta por fondos mancomunados (OMS, 2010). Por lo tanto, se deduce que crece una tendencia a considerar que el camino no sería ampliar la financiación y prestación públicas, sino reducir los pagos directos fomentando la medicina prepaga, ampliando la cobertura por seguros específicos. De este modo se pierde el énfasis en la garantía de acceso con equidad, una vez que se sugieren seguros y beneficios diferenciados por grupos poblacionales.

Frente a este debate tan controversial y en un proceso de desarrollo de un sistema de salud en Uruguay que pretende atender el principio de universalidad en salud, se hace necesario profundizar en el conocimiento de alguna de las dimensiones que favorecen u obstaculizan los procesos de participación, el ejercicio de los derechos y las posibilidades de accesibilidad de la población.

Es en estos escenarios que la Psicología de la Salud, constituye un aporte indispensable para las necesarias transformaciones en la producción y comprensión de salud. (Saforcada, 2010; Marín, J. R., & López, M., 2008).

Para Morales Calatayud (1999, 2009) salud es el mejor estado de bienestar físico, subjetivo y social alcanzable en las diferentes etapas de la vida, incluyendo una actitud positiva permanente de la persona para

cuidar y enriquecer ese estado y para hacer que las condiciones de su entorno contribuyan a ese bienestar. El concepto de salud es relevante para la psicología como disciplina y profesión en tanto: comprende un componente subjetivo y de comportamiento, ya que no puede entenderse la salud sin entender este componente; el sujeto no es un receptor pasivo de influencias, es activo protagonista de su propia salud; existe una unidad inseparable entre estos componentes y los biológicos y sociales, la salud es unitaria. Asimismo, el autor ha enfatizado que la psicología en el campo de la salud tiene no sólo la misión de estudiar los componentes subjetivos y de comportamiento, sino también “de la atención de la salud”, incluyendo:

“las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en un plano práctico en acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben” (Morales Calatayud, 1999, pág. 88).

La Constitución de la OMS (2006) establece que el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), establece que asegurar la plena efectividad del derecho a la salud implica necesariamente reducir la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; y por último, crear las condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud. Sobre este aspecto es que se busca realizar una aproximación para la mejor comprensión de los aspectos involucrados, particularmente referidos a las barreras que se construyen entre los servicios y la población, considerando los aspectos psicosociales que contribuyen a la emergencia de este fenómeno.

Resulta necesario presentar algunas conceptualizaciones de este campo de problemas que sugieren posicionamientos político-ideológicos disímiles, muchas veces contrarios y en conflicto y que condicionan las decisiones al momento de realizar acciones, seleccionar problemas de investigación, defender orientaciones de los resultados, y fundamentalmente incidir en las definiciones de las políticas en salud.

Morales Calatayud (2014) realiza un análisis crítico con respecto a las concepciones de cobertura universal y accesibilidad a la salud y afirma que la Cobertura Universal es también considerar el derecho a la salud, la equidad, la estrategia de atención primaria de la salud, la determinación integral de la salud, la cultura de salud y la participación ciudadana y fundamentalmente el acceso a la salud. Este autor entiende que el concepto de acceso a la salud impone un mayor alcance al de la Cobertura Universal, y que no puede entenderse solo como acceso a los servicios de salud.

M. Chan (2015) define cobertura universal desde la perspectiva de la existencia de un sistema de salud sólido, asequible, donde sea viable el acceso a los medicamentos y tecnologías y la capacitación del personal sanitario, es decir, prima un enfoque economicista, administrativo, geográfico, pero desde esta perspectiva no tiene lugar la dimensión cultural, y menos aún el componente psicosocial que necesariamente implica la accesibilidad a la salud.

La accesibilidad a la salud es un factor de la Protección Social en Salud según definición de la OMS/OIT (2002) y ha sido un eje principal para la Atención Primaria de la Salud (Alma-Ata, 1978; OPS, 2007). Las características de la accesibilidad para contribuir a la mejora de la salud, han sido definidas como la disponibilidad, que los servicios sean accesibles y aceptables, es decir que estén en territorio, que las personas cuenten con medios para usarlos, que respondan a las necesidades, expectativas y valores de la población. Otra forma de concebir la accesibilidad es según sus dimensiones: geográfica, financiera, administrativa y cultural. Esta última incluye para algunos autores (Landini, 2014; Comes, 2005, Comes y Stolkiner 2007, Rudolf, 2009) la accesibilidad sociocultural y la accesibilidad simbólica. La primera focaliza en los hábitos y costumbres y las diferencias existentes entre los profesionales, las organizaciones de los servicios y la población. La segunda hace referencia a la producción de subjetividad y la perspectiva relacional de la misma.

La accesibilidad también es concebida como el grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población, y resulta ser un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. Estas características ejercen influencia decisiva en la modificación o no de patrones de utilización

de los mismos (Arredondo & Meléndez, 1992). Estos autores describen modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud, planteando cuatro modelos: epidemiológico, psicosocial, sociológico y económico. El modelo psicosocial fue propuesto por Irwon M. Rosenstock, quien lo define como la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad. Incluye dos variables: el estado de alerta, psicológico, respecto a la valoración de gravedad o no que puede hacer de una enfermedad, y las creencias sobre los beneficios y barreras asociadas al servicio. Por otra parte, el modelo sociológico trabaja con las redes sociales, como determinantes para la utilización de los servicios (Arredondo & Meléndez, 1992).

Para Bianchi (2010) “la accesibilidad es un problema multidimensional que abarca las condiciones materiales de acceso y las representaciones sociales de usuarios, trabajadores y gestores respecto a los servicios y a los procesos de salud y enfermedad”. Está íntimamente relacionada con la noción de modelo de atención, y refiere a las relaciones que componen la base conceptual sobre y desde donde se desarrollan las acciones orientadas en salud.

Landini (2014) define accesibilidad a la salud como un proceso conflictivo entre las características de la oferta y de la demanda (incluyendo las necesidades de ésta), y es allí donde pueden construirse barreras que obstaculizan el acceso a la atención. Se considera que en la accesibilidad intervienen representaciones que los propios servicios poseen de los usuarios, y que están sostenidas por los modelos de atención imperantes (Rudolf, 2009; Cano Menoni & otros; 2013). De esta aproximación se desprende una preocupación en torno al modelo de atención en salud mental vigente en los servicios descentralizados y particularmente en relación a la accesibilidad en el Uruguay.

La accesibilidad a la salud. Barreras psicosocioculturales y Salud Mental

En la revisión de los estudios realizados en el campo de la accesibilidad en salud se identifican algunos problemas o ejes que orientan el curso de estas investigaciones, de acuerdo a la concepción de accesibilidad que prima en unos u otros.

En Colombia se han estudiado los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población afiliada a la seguridad social (Acosta, S. R., & Trillas, F., 2010). A partir de los desarrollos de Aday y Andersen de 1974 (citado en Acosta, S. R., & Trillas, F., 2010) se estudiaron los determinantes del acceso a fin de clasificar las barreras existentes. Se consideraron los determinantes asociados a presentar un problema de salud; a utilizar del sistema formal y a la percepción de la calidad del servicio. El concepto de accesibilidad sobre el que se sostiene este estudio se refiere al grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención. Este modelo comportamental desarrollado por Donabedian y Frenk (citados en Acosta, S.R.,&Trillas, F. 2010), se basa en tres dominios para estudiar la accesibilidad: búsqueda de atención y demanda efectiva, la continuidad de la atención y el deseo de atención. Se considera el acceso como un proceso por el que puede satisfacerse la necesidad de atención, en cualquiera de sus niveles. Consideran así, tanto la motivación de las personas para solicitar atención, la facilidad de ingresar a los servicios y la satisfacción. Como resultados primordiales se encontró que el 21% no utilizó los servicios de salud a pesar de haber presentado una necesidad de atención, por barreras impuestas por la oferta un 13% y por barreras de la demanda un 87%. Este estudio se orienta en la concepción de accesibilidad como acceso a los servicios, el cual poco considera la incidencia de factores psicosociales y menos aún los aspectos relacionales que podrían explicar los altos porcentajes obtenidos a las barreras de la demanda.

En el caso de los estudios realizados en Argentina entre el 2005 y 2014 los aspectos psico-socio culturales adquieren una notable relevancia. Estos estudios coinciden en la dificultad para precisar accesibilidad dadas las múltiples definiciones que se usan, varias de carácter simplificador, y los límites borrosos que comparte con otros conceptos. Landini (2014), quien realiza un estudio de revisión crítica, plantea el concepto de interfaz social para definir estos aspectos de la accesibilidad, y lo describe como un espacio de actualización de discontinuidades sociales, donde los actores que participan, tienen diferentes racionalidades culturales o pertenecen a diversos grupos sociales. La concepción relacional de la accesibilidad está presente tanto en el estudio de Landini (2014) como en los de Comes y Stolkiner (2005,

2007), haciendo referencia al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud, la articulación entre ambos, lo que constituye una condición necesaria para comprender el complejo campo multidimensional en que se juega este fenómeno.

Landini propone un modelo para estudiar las barreras que se construyen en el campo de la accesibilidad a la salud, contemplando el análisis de los componentes psico-socio culturales en su dimensión relacional.

Los estudios de Comes y Stolkiner (2007) se centran en la dignidad y la exclusión social como aspectos relevantes en las posibilidades de accesibilidad y que contribuyen a la construcción de barreras para la atención a los servicios de salud. Consideran que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse como barreras y entonces redefinen la concepción de barrera simbólica, adoptando también el aspecto relacional de este constructo, que implica el encuentro entre los sujetos y los servicios.

Cuando la barrera psicosociocultural tiene presencia, explica buena parte de la ineficacia e ineficiencia del esfuerzo que la sociedad hace a través de la inversión de recursos (económicos, humanos, edilicios, etc.) en el sistema de salud dado que incide en la falta de adhesión a los tratamientos, y la inclinación de la población a la búsqueda de solución a sus problemas de salud por otras vías que no son las formales, curadores populares, vicarios de poderes sobrenaturales, automedicación, técnicas terapéuticas populares sin ninguna base científica o francamente nocivas, entre otras (Juaréz & Saforcada, 2013). En la interacción interpersonal de los servicios y la población indefectiblemente se generarán reacciones afectivo-emocionales que, en términos generales, se pueden agrupar en dos grandes categorías: positivas, placenteras, de reforzamiento de la autoestima, sensación de ser comprendido o comprendida, de empatía, etc.; o negativas, displacenteras, sensaciones de menoscabo de la dignidad personal o de descalificación ciudadana, de reforzamiento de la baja autoestima, reforzamiento de la indefensión aprendida, defraudación, etc. (Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, S., 2001). Cuando las reacciones afectivo-emocionales son negativas comienzan a generar un efecto sumativo o acumulativo en el ámbito de las estructuras valorativo-actitudinales (Eysenck y Eysenck, 1975; Eysenck, 1981) en función de las cuales las personas regulan

sus comportamientos. Es así que, puede decirse que estas reacciones afectivo-emocionales negativas van construyendo una verdadera barrera psicosociocultural (Saforcada, 1999) que se interpone entre el componente formal del sistema de servicios de salud y las personas integrantes del componente informal, usuarios o población general.

Las vivencias que se generan en este espacio virtual intersubjetivo de interacción interpersonal entre los miembros de ambos componentes del sistema de servicios de salud, formal e informal, retroalimenta las estructuras valorativo-actitudinales de sus correspondientes integrantes. Esto se hace visible cuando se indaga en las representaciones sociales (RS) y las actitudes (A) que la población tiene con respecto a las instituciones de salud o al personal de las mismas y las representaciones sociales y las actitudes que a su vez tienen los integrantes del componente formal con respecto a los miembros de la población. También es importante indagar las RS y las A cruzadas, o sea, qué piensan y sienten los integrantes del componente formal que los integrantes del componente informal piensan y sienten de ellos y ellas, y viceversa, que piensan y sienten los integrantes de la población de los miembros del componente formal. (Saforcada, 1999)

Algunos estudios que se describen a continuación, identifican diferentes categorías, variables y dimensiones respecto a las barreras psicosocioculturales, sin embargo no parece posible definir un modelo que integre todos estos aspectos, ni tampoco existe acuerdo en que esto sea lo deseable. Bonino (1994) estudia las barreras psicosociales y colectivas presentes en la relación entre mujeres usuarias y no usuarias de los servicios y personal de salud que trabaja en la zona de Aparicio Saravia en Montevideo, Uruguay. Los resultados muestran el peso relativo que la desvalorización y el aislamiento tienen sobre el no uso o escaso uso de los servicios para esta población. Dentro de estas variables las que aparecen como más relevantes son la desinformación y la falta de valoración del control, los miedos, las desconfianzas, la falta de redes sociales de apoyo y la apatía y la depresión. D'amore (2012) investigó sobre las prácticas realizadas en los Centros de Atención Primaria (CAPS) en las zonas rurales y las barreras potenciales que la población rural tiene para acceder al sistema de salud, particularmente en relación a la salud sexual y reproductiva, con mujeres/ adolescentes y las representaciones de los agentes de salud con respecto a su sexuali-

dad y el embarazo en la adolescencia. Los resultados evidencian las dificultades en el acceso de las adolescentes a la información, orientación y a las acciones sobre salud sexual y reproductiva. Estas dificultades se encontraron relacionadas a las creencias religiosas propias de la zona, a la influencia de las madres y las abuelas en la sexualidad y a las concepciones referidas al embarazo adolescente.

Juárez (2012) estudió la relación médico-consultante (M-C) en el Primer Nivel de Atención, identificando barreras psicosocioculturales en al menos dos dimensiones: relacional y comunicacional. Los elementos identificados en este estudio se refieren a los componentes externos que condicionan la relación M-C; las concepciones tanto epistemológicas como axiológicas acerca de la relación; los aspectos intersubjetivos que influyen en la misma; problemas de relación identificados, como demoras en la atención desconfianza, conductas de riesgo; la dimensión género; los contextos macrosocial y microsocioal como sistema de salud y condiciones laborales, políticas de salud, inestabilidad laboral; cultura organizacional; caracterización de tipos de relación (buena o mala) y sus consecuencias o beneficios; el factor de la formación médica y el modelo de atención.

Las barreras de accesibilidad en salud mental son descritas a partir de estigmas, estereotipos, prejuicios y la discriminación como factores principales y con mayor incidencia en la construcción de las mismas. (Oviedo y otros, 2014; Cano Menoni y Evia, V, 2013). Frecuentemente, las personas que padecen trastornos mentales son etiquetadas como ciudadanos “indeseables”, lo cual no solo afecta a las personas con trastornos, sino también a sus familias y entornos que proporcionan cuidados (Oviedo & otros, 2014). Sin duda esta perspectiva conlleva el riesgo de la exclusión y la marginación. Las consecuencias más inmediatas son el ocultamiento de los síntomas, negativa a buscar apoyo profesional y dificultades en la adherencia a los tratamientos (Oviedo & otros, 2014). Esta aproximación a lo denominado estigma resulta aún muy genérico y depende en gran medida, de la perspectiva de los investigadores.

Los estudios sobre barreras y accesibilidad pueden agruparse entre aquellos que se refieren al acceso a los servicios de salud mental como accesibilidad geográfica, administrativa, económica, enfocando en los usuarios o en los profesionales y personal del servicio; los que se

centran a estudiar la percepción o representación que contemplan ambos actores; y los que se enfocan en los aspectos relacionales, barreras culturales, psicosocioculturales y/o simbólica.

Aquellos que tratan la problemáticas de las barreras desde la perspectiva psicosociocultural y/o simbólica priorizan los aspectos relacionales e intersubjetivos. Epele “intenta capturar los complejos circuitos de producción y de reproducción de la fragmentación social y de vulnerabilidad” y se acerca a aspectos de este concepto haciendo referencia a la lógica de la sospecha. (Epele, 2007: 156). La autora define esta categoría como un conjunto de prácticas simbólicas que “incluye desde la duda, la desconfianza, la sospecha, la modificación del significado de los mensajes, la dificultad de fijar la intencionalidad del interlocutor hasta la elaboración de teorías sobre planes de aniquilación de determinados grupos sociales” (Epele, 2007:154).

A partir de los estudios revisados y considerando el escenario actual de las reformas del sector de la salud se entiende que mejorar la accesibilidad resulta capital. Las investigaciones revelan que siguen existiendo barreras que impiden mejorar la equidad en salud. Es necesario incorporar un cambio de paradigma en salud, generando políticas acordes, en donde se tomen en cuenta factores psicosocioculturales de todo el sistema que lo compone, e implementar nuevos cambios en la formación de los profesionales y técnicos en servicios de salud, además de promover la participación de la población.

Conclusiones

La revisión de estos estudios permitió realizar una aproximación a algunas de las dimensiones primordiales del tema de la accesibilidad y su relación con las barreras psicosocioculturales que emergen en el encuentro de la población con los efectores de salud. La concepción de accesibilidad está condicionada por la concepción de modelo de atención que orienta el estudio o la investigación analizada (Cano Menoni & otros; 2013), siendo que en algunos casos la mayor responsabilidad del acceso suele depositarse en la persona que se acerca al servicio, más que en las representaciones o actitudes que los agentes de salud tienen con respecto a la población. Asimismo, los imaginarios de los profesionales, en cuanto a sus visiones académicas y/o representacio-

nes sociales, junto a otras variables, como la ausencia de expectativas de cambio de las personas, la estigmatización de ciertas personas que contribuyen a sostener y potenciar procesos sociales relacionados con la reproducción de la desigualdad y la exclusión, por ejemplo, también afectan la accesibilidad con signo negativo.

Se evidencia una dispersión importante en relación a las categorías y componentes de las barreras psicosocioculturales, lo que hace necesario una mayor sistematización de estos aspectos a fin de contribuir a la elaboración de un marco conceptual más ajustado y modelos teóricos que faciliten su estudio y detección. Es importante instalar una agenda amplia para investigar las implicancias de los procesos de construcción de barreras psicosocioculturales en el campo de la salud, incluyendo la necesidad de desarrollar el marco conceptual que mejor se adecue a estas problemáticas de la salud y que afectan la dimensión social. También emerge la necesidad de producir orientaciones que contemplen la dimensión ético política sobre la implementación de acciones y sus efectos.

Referencias

- Acosta, S. R., & Trillas, F. (2010). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Universidad Autónoma de Barcelona, 27-28. Recuperado en <http://encuentros.alde.es/antiores/xiveeal/trabajos/r/pdf/059.pdf>
- Arredondo, A., & Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud pública de México*, 34(1), 36-49. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/106/10634105.pdf>
- ASSE, (2014). *Datos Básicos SINADI*. Recuperado en: http://www.asse.com.uy/uc_6606_1.html
- Bianchi, D., Cano, A., Evia, V., & Rodríguez, N. (2010). *Los programas integrales universitarios en la investigación y la formación en salud mental. Relato de un proyecto de investigación*. Recuperado en: <http://fhuce.edu.uy/jornada/2010/PONENCIAS/BIANCHIetal.PDF>
- Bonino, M. (1994). Barreras psicosociales al uso de servicios de salud materno-infantiles en zonas de pobreza. *Rev. méd. Uruguay*, 10(2), 92-8.

- Cano Menoni, A., Evia, V. y Apud, I. (2013) "Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo a partir de un estudio de caso" *Psicología, Conocimiento y Sociedad* [En línea], Volumen 3 Número 1 Recuperado en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/151>
- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de investigaciones*, 12, 137-143. Buenos Aires: Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00. Buenos Aires: Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.
- Chan, M. (2015). Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, ante la 68.^a *Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado en: <http://www.who.int/dg/speeches/2015/68th-wha/es/>
- D' amore, Eliana Patricia (2012). Barreras en la accesibilidad al Sistema público de salud en zonas rurales. El caso del Municipio de dos arroyos, provincia de misiones. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- De Lellis, M. y otros. (2006) *Psicología y políticas públicas de salud*. Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Delgado-Gallego, María E., & Vázquez-Navarrete, Luisa. (2006). Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de los actores principales. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 128-140. Recuperado en <https://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642006000200001>
- Epele, M. (2007) La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social* No 25, pp. 151-168. Recuperado en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2007000100008
- Eysenck, H. J. (Ed.). (1981). *A model for personality*. New York: Springer.

- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Kent, UK: Hodder & Stoughton
- Giovanella, L. (2013) Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. *Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud*. Recuperado en <http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/An%C3%A1lisis%20comparativo%20Ar,%20Br,%20Uy.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas INE, (2014). *Principales Resultados Encuesta Continua de Hogares 2014*. Recuperado en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37924/ECH+2014/808d35b5-f9df-44e6-86afe4bec9f761a8>
- Juárez, M. P. (2012) Aproximaciones a una Psicopedagogía Comunitaria: Reflexiones, Aportes y Desafíos Avaliações de uma Psicopedagogia Comunitária: Reflexões, Contribuições e Desafios Assessments of a Community Psychopedagogy: Reflections, Contributions, and Challenges. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), julho/desembro 2012. São João del-Rei: UFSJ.
- Juárez, M. P., & Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(3), 210-227. Recuperado en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v4n3/4n3a01.pdf>
- Landini, F., Cowes, V. G., & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Towards a theoretical framework for rethinking cultural accessibility. *Por um marco conceitual para repensar*. *Cad. Saúde Pública*, 30(2), 231-244. Recuperado en www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf
- Marín, J. R., & López, M. D. C. N. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. España: Ed. Síntesis.
- Morales Calatayud, F. (1990). Procedimientos de evaluación de factores psicosociales de riesgo de enfermar. *Revista Interamericana de Psicología. Interamerican journal of psychology*, 24(2), 215-220 . ISSN 0034-9690.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Ed. Científico Técnica.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós Iberica

- Morales Calatayud, F. (2011). La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*, 16(1), 23-30. Recuperado en www.scielo.br/pdf/epsic/v16n1/a04v16n1.pdf
- Morales Calatayud, F. (2014). El componente psicosocial en el acceso a la salud: aproximación al problema y relevancia para la investigación y formación de recursos humanos. *IX Jornadas Internacionales de Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba*, Rep Argentina, diciembre, 2014.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo, (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Suiza: OMS Recuperado en www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- OMS. 1978. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS. Recuperado en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- OMS (2006) Constitución de la OMS. Recuperado en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS/OIT (2002). *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT, CSP26/12*, Washington. Recuperado en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce130.r9-s.pdf>
- OMS (2010) *Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Recuperado en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- OPS (2007). *Salud en Las Américas 2007*. Washington. DC OPS. Recuperado en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=256&Itemid
- OPS/OMS (2017) *Boletín de Salud Mental*. Enero/Febrero 2017. Uruguay. Recuperado en <http://us4.campaign-archive1.com/?u=487855692ac2aa91b795e38af&cid=1375c725c1>
- Oviedo, Heidi Celina; Herazo, Edwin; Campo-Arias, Adalberto; (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Julio-Septiembre, 162-167. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Recuperado en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Rudolf, S. et al. (2009). *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud: una mirada desde la psicología*. Montevideo, Uruguay: Fin de Siglo Editorial.

- Saforcada, E. y cols. (1998) *El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires. Proa XXI.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2001). *El factor humano en la salud pública*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

EL ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN EL CAMPO DE LA SALUD

SALUD MENTAL Y LA PERSPECTIVA DE DERECHOS

Alicia Stolkiner¹⁰⁵

... “He aquí el punto central de esta práctica, de este objeto de la modernidad y de esta rareza de los tiempos: de lo que se trata cuando se abordan los derechos humanos es de la vida y de las maneras de vivirla, de las ideas que se asocian a ella y de sus modos de producción y reproducción”....”

Marcelo Raffin (2006)

Introducción

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los aspectos tanto teóricos como prácticos del abordaje interdisciplinario de los problemas del campo de la salud/salud mental y relacionarlos a su vez con el enfoque de derechos en tales prácticas.

En esta reflexión tomaremos como analizador la experiencia de la Ley Nacional de Salud Mental No 26.657 de la Argentina¹⁰⁶ en la que se le asigna un particular rol en la toma de decisiones al “equipo interdisciplinario” lo que dio lugar a fuertes debates. Esta ley incluyó definiciones teóricas y posicionamientos conceptuales sobre los que volveremos y se basó en el enfoque de derechos. Sucede que plantear

105. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, II Cátedra de Salud Pública y Salud Mental. Proyecto UBACyT.

106. La misma fue promulgada en diciembre de 2010 y reglamentada en mayo de 2013.

un abordaje interdisciplinario implica simultáneamente un posicionamiento teórico epistemológico y también una perspectiva concreta y política que interpela las prácticas al poner en cuestión la relación entre objetividad, saber y poder. Incorporaremos datos producidos en el Proyecto de Investigación financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, del que soy directora¹⁰⁷

En una de las primeras publicaciones que hice sobre el tema afirmaba: “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrollable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, A; 1987, Pág. 313). Indicaba en ese trabajo la existencia de un movimiento o tendencia, en configuración, que iba de la ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. En la base de este movimiento está la transformación de las formas de representar el pensamiento científico y su relación con las prácticas, que sólo puede comprenderse en el contexto de las transformaciones y las crisis de un largo período y la ruptura de algunos soportes de la modernidad.

A su vez, al definir la salud mental básicamente como un campo de prácticas sociales o, más específicamente, un subcampo dentro del campo de la salud, reconocemos que el debate tiene siempre y simultáneamente una dimensión teórica, una dimensión política y una dimensión técnica imbricadas. Hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista. Es reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. En uno de sus textos sobre

107. Proyecto “Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud en la Argentina 2014-2017: discursos, prácticas, actores y subjetividad en los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental No 26.657” UBACyT

abordaje de sistemas complejos, Rolando García plantea: ..” se trata, en primera instancia de una metodología de trabajo... pero al mismo tiempo, un marco conceptual que intenta fundamentar el trabajo interdisciplinario sobre bases epistemológicas” (1986). Esto diferencia la interdisciplina del “collage posmoderno”.

La interdisciplinareidad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legitima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multi-referencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas –de época– atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. Pese a esa plataforma común hay distintas corrientes sobre la interdisciplinareidad (Stolkiner A, 2005).

También podemos decir que hay puntos de confluencia entre el enfoque interdisciplinario y las estrategias cualitativas de investigación. El central está en la relación sujeto-objeto de conocimiento. Reconocer que no existe un constructo teórico sin sujeto implica una relativización del concepto de objetividad que incluye dentro de la producción misma de conocimientos la dimensión ética y política de los mismos (Alvesson M y Skölldeberg, 2000).

Por último quiero reiterar un desafío mayor que se presenta particularmente en las prácticas: cómo integrar saberes que no son disciplinarios que no se estructuran como conocimientos científicos?. Esta es una pregunta que atraviesa la dimensión estética y el arte (cabe recordar que la producción artística es, también, una forma de comprensión de la realidad), la ética y los constructos de las comunidades y los actores. A esto agregaría una dimensión ética inevitablemente ligada a las prácticas en salud y es en este punto que el abordaje interdisciplinario confluye con la perspectiva de derechos. Una dimensión ética que asienta en antagonizar con la tendencia a la objetivación inherente a los procesos de medicalización creciente de esta época.

Medicalización, reduccionismo e interdisciplina

...“La medicina se nos aparecía y todavía se nos aparece como una técnica o arte situado en la encrucijada de muchas ciencias, más que como una ciencia propiamente dicha... a pesar de tantos loables esfuerzos por introducir allí métodos de racionalización científica nos pareció que lo fundamental en ella seguía siendo la clínica y la terapéutica, es decir una técnica de instauración o restauración de lo normal que no se deja reducir total y sencillamente al mero conocimiento”...

Georges Canghilhem (1984)

En su análisis del “despegue” médico y sanitario de occidente a partir del siglo XVIII, o sea durante el desarrollo del capitalismo y la consolidación del modo de gubernamentalidad estatal moderno, Michel Foucault (2008) delinea tres aspectos a abordar: la biohistoria, la medicalización y la economía de la salud. La biohistoria sería el estudio de las huellas que puede dejar en la historia de la especie humana la intervención médica de este período. La medicalización la define como el proceso por el cual la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo humano van siendo progresivamente objeto de prácticas médicas, y la economía de la salud como la integración de los servicios y el consumo de salud en las economías más desarrolladas¹⁰⁸.

Hemos planteado que si bien la medicalización hasta mediados del siglo XX fue un proceso fuertemente ligado a la lógica de la gubernamentalidad estatal, a partir de la aparición del complejo médico-industrial-financiero adquirió una nueva modalidad producto de la generación de un gigantesco mercado. Este nuevo modo de medicalización no reemplaza la anterior (la que Foucault analiza en relación con la gubernamentalidad estatal), sino que la incorpora y acelera. El modo y motor actual de la medicalización, la entrada de la salud en el terreno de las mercancías transables, resulta *co-extensivo* al anterior. (Stolkiner, 2013). Siguiendo los puntos anteriores, se trata de la con-

108. No utilizaremos en este texto el concepto de biopolítica o biopoder, que sin embargo está implícito, a sabiendas de que no es un categoría fácil de definir y que se ha convertido en un término de mucha referencia y a la vez impreciso, cuyo riesgo es vaciarse finalmente de todo contenido específico. Al margen del debate que el concepto implica entre la vida humana como objeto de la política y la vida humana como sujeto de la misma (Castro E, 2011).

fluencia entre la medicalización y la economía de la salud de manera mercantil. La mercantilización de la salud se suma así a la forma en que históricamente el discurso y las prácticas médicas formaron parte del ordenamiento social.

Esta confluencia agrega lo que algunos autores definen como biomedicalización. Según Iriart y Ríos (2012) si la medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, la biomedicalización supone la *internalización* de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. La medicina construye y difunde normas destinadas a su internalización como autodisciplinamiento, y la salud se transforma en la nueva moral de la época (Spfez L, 2008).

Simultáneamente se expande la cantidad de fenómenos considerados enfermedades. Esto último es lo que algunos autores designan como “disease mongering” o creación de enfermedades (Vara AM, 2008). En el campo de la salud mental este fenómeno ha sido particularmente notable en la última categorización de patologías psiquiátricas de la American Psychiatric Association, el DSM 5. En ella se propuso una ampliación de las problemáticas consideradas enfermedades centrada en la utilización del concepto difuso de “espectro”, la referencia como causal de medicamentación al concepto estadístico de riesgo y la patologización de conductas que forman parte de la vida como el dolor del duelo (Frances A, 2010). Se abonaba así a la creciente “psicopatologización” de formas subjetivas y conductas que son disruptivas o atípicas, favoreciendo la reducción a enfermedad individual de problemáticas que si bien se manifiestan singularmente requieren de ser comprendidas y abordadas también en su dimensión social y subjetiva.

Un motor de este proceso es la creciente necesidad de la industria química farmacéutica de ampliar sus mercados que confluye “virtuosamente” con la tendencia a proponer soluciones medicamentosas individuales a malestares propios de las condiciones de la vida humana en la sociedad actual, en la lógica de la biomedicalización. Finalmente el medicamento y las intervenciones médicas ya no se utilizan exclusivamente con fines curativos sino para potenciar la capacidad, para adecuar el cuerpo a una imagen determinada de belleza, etc. Ya a finales

del siglo XX se estimaba que para mantenerse en el mercado mundial los laboratorios debían lanzar cada año dos o tres productos capaces de superar mil millones de dólares de venta (Bouguerra, 2001). El medicamento salió así de la esfera del uso racional para constituirse en un objeto más de consumo. La expansión de este mercadotambién colabora al fortalecimiento de un discurso neobiologista que se construyó ideologizando los avances de algunos campos científicos entre ellos la genética y en las últimas décadas las neurociencias¹⁰⁹.

Este reduccionismo biológico fue definido por Eduardo Menendez (1988) como el rasgo estructural dominante del Modelo Médico Hegemónico, al constituir el factor que *garantizarían* sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. Así, afirma que “el biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad” (Menendez, 1988, 452). Acotemos que en la última década, en el campo de la salud mental el reduccionismo biologista adquiere un particular énfasis al apoyarse en el avance de las neurociencias, sobre lo que volveremos luego.

El reduccionismo biologista es una forma o condición necesaria para sostener los otros rasgos del modelo entre ellos el individualismo, la ahistoricidad, el mercantilismo, la eficacia pragmática, la asimetría, el autoritarismo, la participación subordinada y pasiva del paciente, la identificación con la racionalidad científica y las tendencias inductivas al consumo médico (Menendez, 1988).

Entonces, el reduccionismo biológico se constituye en una base necesaria del proceso de mercantilización y también en un recurso de

109. Todo conocimiento científico puede irradiarse discursivamente de manera de construir legitimaciones de poder. Tal fue el caso de la teoría de la evolución, aplicada a explicaciones sociales y lo es la tendencia actual a ultimar, a veces de manera simplificada y poco sostenible, el discurso de la genética o de las neurociencias para profundizar el proceso de medicalización-medicamentación.

poder por la generación de discursos hegemónicos. Toda representación de salud enfermedad contienen una representación del hombre y la sociedad y toda práctica en salud produce y reproduce formas discursivas que exceden lo específico de la atención médica para operar en el discurso social, para cumplir una función “normalizadora”. En este punto, el enfoque interdisciplinario podría antagonizar con el reduccionismo y transformarse en producción discursiva contrahegemónica.

En la medida en que el reduccionismo es un componente indispensable del proceso de mercantilización de la salud opera fortaleciendo el polo objetivante del antagonismo entre objetivación y subjetivación, al que hemos considerado como el antagonismo central de nuestra época. Es en este punto en donde se puede encontrar un enlace entre el abordaje interdisciplinario y la perspectiva de derechos.

Enfoque de Derechos en salud e interdisciplina

“la ética de la dignidad presupone, consu reconocimiento de los otros como actores posibles y necesarios, un progreso moral. Esta dignidad, hay que decirlo, solo puede aprehenderses desde la indignación”.

Juan Carlo Tealdi (2001)

Durante los procesos de reforma pro-mercado de los 90, hubo una fuerte retirada del discurso de derechos en el campo de la salud, como en otros. Las reformas estructurales propuestas a partir del Consenso de Washington en los países deudores requerían de una puesta entre paréntesis de los derechos económicos, sociales y culturales en la medida en que buena parte de los servicios y garantías que se planteaban como obligación de los estados pasaban a “realizarse” en los mercados.

En el documento del Banco Mundial de 1993 (BM, 1993) en que se fijaron los lineamientos para las reformas de los sistemas de salud, no existe referencia al derecho a la salud. No obstante, y simultáneamente, comenzó en ese período una fuerte abogacía de actores sociales diversos por la garantía de derechos para grupos y colectivos que los veían disminuidos, por otro lado los efectos de tales reformas mostraron incremento de desigualdades y deslegitimaron el discurso

lato de costo-efectividad en que se basaban. Así, en 1997 el Programa de Reforma de las Naciones Unidas estableció los Derechos Humanos como una cuestión transversal en todas las actividades de la organización, y luego en la Cumbre Mundial de 2005 los estados miembros se comprometieron a integrar los derechos humanos en sus políticas nacionales por unanimidad.

En lo referente a derechos humanos y salud, en el año 2000 El Comité Económico, Social y Cultural de Naciones Unidas emitió la Observación General n° 14 relativa al Derecho al Disfrute del Nivel Más Alto Posible de Salud que desarrolla el contenido del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desde 1966, indicando que el derecho a la salud es *“Un derecho inclusivo que ... abarca ... también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”*.

Esta tendencia también se manifestó en el campo de la salud mental, al que se le asignó en un nuevo énfasis, concretándose finalmente en el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 en el que se plantea la adopción de una perspectiva de derechos humanos como un elemento fundamental para responder a la “carga mundial de morbilidad mental”.

Esta reincorporación de la perspectiva de derechos acompañó la inclusión en las propuestas de los “determinantes sociales de la salud”¹¹⁰ y por ende articuló la referencia general a las indicaciones sobre cumplimiento de derechos en un sentido integral, lo que significaba no solamente una ampliación del concepto de salud/salud mental que incluyera diversas dimensiones sino también una necesaria indi-

110. Un interesante debate que se abrió en el campo de la Medicina Social fue el que al concepto de determinantes sociales de la salud lo ponía en debate con el de determinación social de la salud.

cación de intervención multisectorial. Se retomaban así lineamientos que habían perdido visibilidad en las dos últimas décadas del siglo XX, período en que progresivamente un organismo financiero —el Banco Mundial—había reemplazado a un organismo de representatividad de estados nacionales, como la OMS, en la fijación de lineamientos de políticas sociales.

Esta breve introducción sobre las modificaciones en las propuestas de la OMS en la entrada del nuevo siglo, se dirigen a señalar un doble movimiento: cómo se pone en escena el discurso de los derechos humanos y a la vez, dado que estos documentos requieren el consenso de distintos estados y actores, cómo se deja abierta la puerta para que bajo ese discurso se concreten propuestas muy diversas en cuanto a la lectura conceptual de tales derechos. En este trabajo no nos detendremos en ello, solamente conviene señalar que nadie hoy dejaría de incluir en una propuesta de política sanitaria el enunciado de que la salud es un derecho (como si sucedió en el Informe 1993 del Banco Mundial), pero al amparo de esta idea se desarrollan algunas propuestas que mantienen intacta la lógica de mercado, aunque incluyan como objetivo —por ejemplo—la “cobertura universal”. Pese a todo, la perspectiva de derechos se coloca en la tensión entre la salud como mercancía o la salud como derecho y obliga incorporar una reflexión sobre ello.

Para pensar conceptual y prácticamente la cuestión de los derechos humanos, es necesario resaltar que nunca ha habido tal cantidad de enunciados y consenso de derechos y nunca han sido tan masivos los fenómenos de violación de los mismos. A la par que se profundizan las herramientas discursivas y jurídicas que los sostienen, se multiplican procesos donde colectivos humanos completos son sacrificados a la lógica de la acumulación y concentración de la riqueza, ya sea por privación de acceso a bienes y servicios, ya sea directamente por destrucción de sus condiciones de vida en situaciones de agresión y guerra. En ello se manifiesta el antagonismo central de nuestra época entre una tendencia a subordinar la vida a la acumulación y concentración de riqueza, y otra desplegada por las fuerzas y actores que pugnan en defensa de la vida y la naturaleza.

En esa tensión aparece marcadamente lo que bien podría denominarse el pecado de origen del concepto occidental de derechos de

ciudadanía: en su mismo origen está contenida la posibilidad de la excepción, o sea de que haya humanos no considerados sujetos de derecho o con márgenes acotados de derechos. La ciudadanía ateniense de la naciente democracia no incluía a los esclavos ni a las mujeres como participantes de la polis. La declaración de los Derechos del Hombre de la Revolución Francesa, dejó fuera de ellos a las mujeres, los niños y, a poco de evolucionar esa sociedad, a los “locos”. Las poblaciones de los países colonizados por aquellas sociedades que habían producido la idea moderna de derechos del hombre, no eran sujetos de tales derechos. La Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica, que tempranamente fundó una república en el continente apoyándose en el ideario del liberal de la época, se concretó en una sociedad esclavista. La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue interpretada en occidente durante la Guerra Fría de tal manera que los derechos políticos y civiles individuales se consideraron de cumplimiento mucho más inmediato y obligatorio que los económicos, sociales y culturales, supeditados siempre a la distribución de los recursos (y de la riqueza).

Sucede que al igual que cuando se caracteriza la salud o la enfermedad, el constructo occidental de los derechos humanos, sus distintas conceptualizaciones posibles, contiene una idea del hombre, “se apoyan en una cierta construcción del sujeto en cuanto eje del mundo moderno” (Raffin, 2006, 2) y de la sociedad por ende.

En trabajos anteriores (Stolkiner A, 2010, 2015; Stolkiner y Castro, 2015) hemos tratado de reflexionar sobre esto y afirmado que la categoría derechos humanos es una herramienta fundamental, como “idea fuerza”, para configurar fuerzas sociales que antagonicen con la tendencia a subordinar la vida a la concentración capitalista de riqueza, pero también que hay distintas formas de lectura e interpretación de los mismos. Resultó indispensable incorporar las preguntas que promueven algunas experiencias latinoamericanas a partir del pensamiento de pueblos originarios, por ejemplo la articulación entre derechos humanos y derechos de la naturaleza, o directamente la relación entre derechos humanos y derechos de la vida. También hemos retomado la propuesta de Boaventura de Souza Santos (1989) de analizar críticamente la raíz cultural occidental y eurocéntrica de la mayoría de los enunciados de derechos humanos y la necesidad de diálogos que lleven a una construcción multicultural. En esos textos trabajamos la condi-

ción estructural objetivante de la lógica mercantil, cuyo núcleo central consiste en hacer aparecer como entre cosas lo que son relaciones entre personas y lo que conlleva el proceso de mercantilización de la salud.

En la brevísima síntesis anterior ya se puede evidenciar que uno de los ejes de articulación entre la categoría derechos humanos y la salud/salud mental es, como lo planteamos ya en este trabajo, el eje de la objetivación en las prácticas.

En Salud Mental es paradigmático, dado que la forma de abordaje moderna de la locura –la institución manicomial (que es mucho más que el establecimiento hospitalario)– construyó una situación de excepción privando de derechos en nombre de la curación y la custodia.

Sucede que la idea del conocimiento científico disciplinar como verdad y convalidación de poder, articulado con la gubernamentalidad, permitió que en nombre de la ciencia de la cura, se colocaran a “otros” en el lugar de objetos o de medios. La mercantilización de la salud, finalmente agregó el eje de los cuerpos como objeto de producción de ganancia ya no por la venta de la fuerza de trabajo sino por el consumo de los bienes del complejo médico-industrial-financiero.

Si la dignidad, pilar conceptual de los derechos, consiste en que ningún humano sea colocado en el lugar de objeto, medio o mercancía; la medicalización-mercantilización tiene un núcleo potencial de indignidad. Para sostenerlo requiere de que todo el andamiaje disciplinar se mantenga no solamente como práctica sino como ideario y discurso social, contribuye a ello la fuerza corporativa que adquieren las profesiones que se fundamentan en campos disciplinarios. Así, plantear una redefinición del objeto salud-enfermedad-cuidado en su complejidad y abrir la perspectiva de la intervención a la confluencia cooperativa entre campos disciplinarios alrededor del problema, se convierte en un enunciado político que antagoniza con el necesario planteo reduccionista-individualista y convoca a saberes diversos incluyendo la voz y los conocimientos de las poblaciones y sujetos implicados. Sucede que el abordaje disciplinar favorece el proceso de ontologizar su objeto, olvidar que el mismo es construido y aislarlo entonces de las ligazones con las que forma parte. Algo de esto pasa en salud mental cuando la herramienta teórica de la psicopatología es confundida con el ser del sujeto en cuestión reduciéndolo a ello. Un ejemplo sería el clásico uso

medicalizante del diagnóstico como algo que la persona “es” (“es un psicótico”) cuando de lo que se trata es de una herramienta que sirve para intervenir pero no permite considerarse el todo explicativo del problema o del sufrimiento.

Es posible una actividad *multidisciplinaria* sin que los núcleos de poder de la práctica se conmuevan, porque el abordaje “multidisciplinario” se basa en fragmentar el problema de modo que cada disciplina actuante aborde la parte que coincide con su objeto y mantenga la ilusión de dominio exclusivo de una parcela del problema. Si se quiere, la multidisciplinaria produce la extraña posibilidad de un “multireduccionismo”. Mucho más difícil es cuando el planteo es de *interdisciplinaria*, dado que se trata de un trabajo sostenido colaborativo en el que se construye una caracterización común y donde cada disciplina debe imbricar con las otras en un producto común al que también podemos denominar momento *transdisciplinario* (Stolkiner A, 1999). Es cuando se concreta este tipo de propuesta que se conmueven las formas tradicionales de cristalización del poder en las prácticas en salud/salud mental. Un equipo interdisciplinario no posee una jefatura sino una coordinación cuya función fundamental es operar en interfase facilitando la articulación entre los distintos enfoques disciplinarios. Así sucede entonces, que la pugna por el poder en estos equipos es una tensión móvil que se resuelve de manera permanente en la tarea, de modo que el liderazgo se define en relación al problema específico.

No obstante, cuando se trata de definir políticas y acciones concretas en sistemas y servicios de salud/salud mental, al conflicto de los saberes disciplinarios se suma el conflicto de las profesiones y sus búsquedas de hegemonía.

Trabajaremos estos conceptos analizando algunos aspectos del conflicto alrededor de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental No 26657 en la Argentina, en el punto específico en que el enfoque de derechos y la definición de salud mental, fundamentaron la que el equipo interdisciplinario sea actor en la toma de decisiones, a la par que se resguardan los derechos, la voluntad y el consentimiento de las personas.

De la epistemología a la política concreta: la ley Nacional de Salud Mental 26657 y la interdisciplina

La ley Nacional de Salud Mental No 26658 argentina, fue sancionada en diciembre de 2010 y reglamentada en 2013. Se llegó a ella como hito en un largo proceso que reconoce antecedentes directos en la segunda mitad del siglo XX, y en el marco de una serie de leyes que habían producido una importante ampliación de derechos en la primera década del siglo XXI. Cabe mencionar que el disparador fue un informe realizado en 2007 por dos organismos de derechos humanos, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights (MDRI) que en 2007 publicaron el informe *Vidas Arrasadas-La Segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Producto de un relevamiento en terreno, el informe mostraba situaciones de flagrante violación de derechos en las instituciones de internación (maltratos físicos, ausencia de atención médica, violencia sexual, etc) y proponía, entre otras cosas, la necesidad de una legislación específica.

En el Congreso de la Nación se presentaron varios proyectos de ley de los que uno resultó aprobado en la Cámara de Diputados y luego en la de Senadores¹¹¹, con una serie de debates de distintos actores convocados para ello. También su reglamentación fue debatida en distintos espacios y dio lugar a consultas.

Como la Argentina es un país federal y constitucionalmente la salud es jurisdicción de las provincias, algunas ya tenían sus propias leyes de Salud Mental y habían emprendido reformas provinciales, tal el caso de las Provincias de Río Negro y San Luis por ejemplo. También la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tiene rango provincial, contaba desde el año 2000 con la ley 448 cuya implementación se vio obstaculizada permanentemente por actores político-corporativos. Nos detendremos en ello, porque anuncia el conflicto que alrededor de lo disciplinario-profesional-corporativo se produciría ante la ley nacional de salud mental (y algunos de sus actores). En el año 2004, la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal adheridos a FEMECA, la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y la Asociación

111. El proyecto presentado por el Diputado Leonardo Gorbacz.

de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM), promovieron una demanda de inconstitucionalidad contra diversos artículos de la Ley 448 de Salud Mental (CABA). Entre los artículos cuestionados de dicha ley, se apuntaba fundamentalmente, al 12° inciso “l”, que expresa lo siguiente: “Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado en las disciplinas de salud mental” (Barraco A, 2007). Las corporaciones médicas impugnaban por vía judicial todos los concursos de jefatura de servicios de salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en que se presentaran profesionales psicólogos o psicopedagogos, con el argumento de que solamente un médico (generalmente un psiquiatra) estaba capacitado para ello y habilitado por sus competencias profesionales. Simultáneamente los defensores de la Ley 448 señalaban que estas acciones contra la interdisciplina, no eran exclusivamente una batalla entre corporaciones sino que atentaban contra la posibilidad y el derecho que todo sujeto que padece tiene de ser parte imprescindible en la elección de su tratamiento, mejoría y bienestar (Barraco, 2006).

Este conflicto sobre la jefatura de servicios de salud mental, un verdadero analizador institucional, no fue privativo de la Ciudad de Buenos Aires y hubo un caso apelado en la Provincia de Buenos Aires que llegó a la Corte Suprema de Justicia, La misma falló en contra de los demandantes que se fundamentaban, entre otras cosas, en las características del funcionamiento de un equipo interdisciplinario¹¹²

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 se enmarca explícitamente en el enfoque de derechos. Define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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” (Cap. II, Art. 3°) Ya esta definición amplía en mucho el campo de construcción del objeto. En ello se funda que luego promueva que “la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la de-

112. **F. 492. XLVI.I.** Fraile, Diana y otros el Provincia de Buenos Aires si demanda contencioso administrativa, 20 de mayo e 2014.

bida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (cap. V, art. 8).

En el capítulo siguiente destinado al 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” (cap VI). Con este antecedente la ley comienza a regular lo que será uno de sus puntos nodales en resguardo de derechos: la internación por razones de salud mental.

La internación es definida como un recurso terapéutico restrictivo que solo debe llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que las posibilidades terapéuticas en entorno familiar y comunitario (cap. VII, art 14) y en ningún caso puede fundamentarse en problemáticas sociales o de vivienda. En este punto vuelve a responsabilizar al equipo interdisciplinario de decidir la medida a partir de una evaluación diagnóstica integral, aclarando que la indicación debe tener la firma de por lo menos dos profesionales del equipo de los que uno debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. No desarrollaremos aquí los resguardos referentes a consentimiento informado, asistencia letrada y fiscalización judicial con que la ley protege a la persona sometida a internación, porque nos centraremos específicamente en la cuestión del equipo interdisciplinario. Éste puede decidir la internación involuntaria fundamentándose en el diagnóstico de situación de “riesgo cierto o inminente”.

La ley Nacional de Salud Mental modificó el criterio de “peligrosidad” existente hasta su promulgación, para sustituirlo por el de “riesgo cierto e inminente”. Mientras que el criterio de “peligrosidad” derivaba a una característica potencial de la persona el de riesgo define una situación, luego la decisión del alta tiene fundamentación en ello. Lo anterior habilitaba a mantener internada a una persona por una característica potencial violando principios jurídicos elementales en relación a las medidas restrictivas de la libertad. También para esta efectivizar esta medida deben firmar dos profesionales de los que uno debe ser psicólogo o psiquiatra, pero agrega que no deben tener pa-

rentesco, amistad o vínculos económicos con la persona internada. Es también el equipo de salud el que decide la externación.

Aunque no es la intención de este escrito desarrollar todas las características de esta ley sino centrarnos en la cuestión de lo interdisciplinario, debemos mostrar el marco de acciones en el que se produjo el debate. A partir de la ley y de su reglamentación se crearon los organismos establecidos en ambas a fin de su implementación: la Unidad de Letrados y el Órgano de Revisión (en el Ministerio Público de la Defensa); la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones –CONISMA– y el Consejo Consultivo Honorario. El primero con sede en la Jefatura de Gabinete de Ministros era presidido por el Ministerio de Salud, pero allí participaban representantes de los distintos ministerios a fines de concertar las acciones intersectoriales necesarias para su implementación. El Consejo Consultivo Honorario, también con el soporte de la Jefatura de Gabinete de Ministros, estaba compuesto por representantes de organizaciones de familiares y usuarios, de entidades profesionales, académicas, de derechos humanos, etc. Las provincias debían, a su vez, ir progresivamente estableciendo sus propios organismos.

La participación de las organizaciones de familiares y usuarios en el debate de la ley fue importante. A su vez, en ella y en su reglamentación se establece su participación en el Órgano de Revisión y en el Consejo Consultivo Honorario. Esto les dio impulso y fortaleció el desarrollo de las mismas, haciendo aparecer una voz no “disciplinar” en los documentos y toma de decisiones. Hemos afirmado previamente que el proceso que llevó a la ley nacional de salud mental contó con la presencia de dos nuevos actores: los organismos de derechos humanos y los usuarios y familiares (Stolkiner A., 2012).

Luego de la Reglamentación de la Ley se había elaborado el Plan Nacional de Salud Mental y se fijó un año, el 2020 como aquel en que ya no deberían existir instituciones monovalentes de salud mental dado que las prácticas deberían haberse integrado en las instituciones generales de salud. Obviamente los puntos que generaron conflicto fueron varios e interrelacionados, desde la perspectiva del cierre o adecuación de los establecimientos hasta el hecho de que las adicciones pasaban a ser consideradas un problema de salud mental al amparo de

la ley. Nos detendremos no obstante en los actores y discursos referentes a lo interdisciplinario.

La ley se convirtió en un analizador de instituciones, entre ellas las de formación profesional. En su artículo 33 establece la necesidad de que se den recomendaciones a las instituciones de formación profesional y a las universidades a fin de adecuar el perfil a los requerimientos de la ley. Estas recomendaciones fueron inicialmente elaboradas como borrador por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones y debatidas hasta arribar al documento final con actores del estado y de la sociedad civil. El documento fue luego motivo de un convenio en el que el Ministerio de Salud, el de Educación y la Jefatura de Gabinete de Ministros convocaron a las carreras vinculadas al campo de la salud mental de universidades públicas y privadas, inicialmente Medicina, Psicología, Trabajo Social, Derecho y Enfermería. Los debates se planificaron en forma de talleres, que funcionaban alternando encuentros disciplinarios e interdisciplinarios. El documento organizaba el diagnóstico y las recomendaciones alrededor de cuatro ejes: Enfoque de derechos, Inclusión Social, Interdisciplina e intersectorialidad y Salud Pública. No es poca cosa que los espacios académicos se vieran convocados a revisar su propuesta formativa y que la necesidad de preparar para lo interdisciplinario fuera parte de ello.

Lo anterior muestra el complejo proceso de implementación de la norma. Se había sacado el tema de la salud mental del estricto campo biomédico y se lo había colocado en un terreno de debate en el que se presentaban actores nuevos y se intentaba articular discursos profesionales con otros producidos por los interesados directos tal el caso de los usuarios. Esto, sumando al lugar que el equipo interdisciplinario ocupaba en la toma de decisiones dio lugar a discursos que antagonizaban con ello y acciones de resistencia a la ley. Señalaremos algunos ejemplos:

A un año de promulgada la ley, el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, se expidió en una declaración respecto de ella, haciendo propuestas en relación al decreto reglamentario que estaba en elaboración. En el punto que nos interesa, el documento propone que el diagnóstico integral del equipo interdisciplinario sea realizado “con el aporte y opiniones” del equipo de salud pero que su formulación final debe “corresponder a alguna

de las categorías de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS” y que dicho diagnóstico debe ser refrendado por la firma de un médico psiquiatra que es el que le otorga validez (HCD-Facultad de Medicina, 2011). Sintetiza bien uno de los discursos de resistencia al planteo interdisciplinario de la ley, aquél que reconocía la necesidad del equipo (generalmente denominado “multidisciplinario”) pero bajo la hegemonía del enfoque psiquiátrico-psicopatológico. El punto de recuperación de poder no estriba únicamente en que le otorgan al psiquiatra la firma convalidante, sino fundamentalmente en que reducen el diagnóstico interdisciplinario al diagnóstico psiquiátrico y en ese movimiento se reduce el concepto de salud enfermedad que la ley plantea de una manera sumamente compleja, a la categoría de enfermedad individual, subalternizando sus otras dimensiones. Coherentemente la declaración utiliza el concepto “enfermos mentales” y propone que la ley especifique que allí donde utiliza el término “padecimiento mental” refiere a la categorización de Trastornos Mentales y de la Conducta de la OMS. En otro punto plantea que el término “saberes que atraviesan el campo de la salud mental” utilizado por la ley, se debe acompañar de una aclaración de que los mismos son exclusivamente “los conocimientos impartidos en las carreras universitarias con título de grado reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación”. Y es en este punto que, nuevamente, la resistencia a lo interdisciplinario se articula con el enfoque de derechos. Sucede que al reducir los saberes a los convalidados académicamente se cierra el espacio a otros “no disciplinarios”. Por ejemplo, una jueza había decidido antes de la ley pero como antecedente de su participación en la misma, autorizar la externación de un paciente declarado insano de origen mapuche, para que se tratara con las formas tradicionales de su cultura y bajo responsabilidad de su comunidad¹¹³.

En uno de los debates previos a la aprobación de la ley en la Cámara de Senadores, un representante de Médicos Municipales afirmaba: “No hay asistencia a la salud si no hay multidisciplinas, y no hay multidisciplinas si no hay incumbencias. No hay orden, no hay

113. Entrevista con Informante Clave Proyecto UBACyT Directora Alicia Stolkiner.

equipo”¹¹⁴ En el debate de esa comisión se hacía manifiesto que el tema de la interdisciplina derivaba directamente a la cuestión de las incumbencias profesionales. Se trataba de reeditar la hegemonía médica (el “orden”) fundada en que solamente el médico, en este caso el psiquiatra, puede prescribir medicación. El deslizamiento discursivo retornaba de la propuesta amplia a una conceptualización restrictiva que ponía el eje central en el medicamento. El debate epistemológico viraba a un debate corporativo y lo que primero desaparecía de escena eran los saberes y discursos no disciplinarios o sea la voz de los usuarios de los servicios.

Ya sea que se trate de producción académica de conocimientos, ya sea que se trate de desempeño de prácticas profesionales, hay un momento en que lo interdisciplinario muestra su faz política y se producen tensiones que devienen de ella. Esto sucede en los equipos interdisciplinarios, dentro de ellos, pero también en acciones sociales más amplias como la elaboración e implementación de una ley, que es el ejemplo abordado.

Por otro lado hay una fuerte articulación entre el enfoque interdisciplinario en salud y la perspectiva de derechos. Pero también hay una fuerte articulación entre ambos y una transformación integral de las prácticas en salud que van desde la definición macro de las políticas hasta la clínica cotidiana, pasando por los modos de gestión de los servicios. De todo eso se trata este intento que se resumió en esta ley. Una ley es una herramienta de exigibilidad cuyo valor deviene de la existencia y la potencia de actores que promuevan su implementación y que, a la vez, son potenciados por ella.

A partir del cambio de gobierno en diciembre de 2015 se han fortalecido algunos de los discursos y actores contrarios a la ley nacional de salud mental y se han tomado algunas medidas tendientes a dirigirla a una vía de parálisis, no obstante y como contracara, algunos de los actores que la promovieron y apoyaron siguen abogando por ella, con avances en algunas provincias (Ferreira y Stolkiner, 2017). Como parte de la propuesta discursiva de la nueva tendencia en go-

114. Representante de Médicos Municipales (Dr. Gillardi) en la versión taquigráfica de la reunión de la Comisión de Salud y Deporte del H. Cámara de Senadores 1 del 12 de 2009.

bierno, los medios hegemónicos han dado mucho espacio a la versión vulgar de las neurociencias y en la Ciudad de Buenos Aires circula una propuesta de reformar los hospitales psiquiátricos para hacer de ellos hospitales especializados en neurociencias. La interdisciplinareidad sigue convocando un debate político.

Referencias bibliográficas

- Allen, Frances (2010) Preparémonos: lo peor está por venir. El DSM-V: una pandemia de trastornos mentales (Críticas Al DSM-V, Publicadas Por El Autor Del DSM-IV) 2010. <http://psiquiatrianet.wordpress.com/2010/04/19/criticas-al-dsm-v/> (4/5/2011) <http://www.topia.com.ar/articulos/prepar%C3%A9monos-lo-peor-esta-venir-dsm-v-una-pandemia-trastornos-mentales> (acceso 14/2/2013).
- Alvesson Mats and Sköldbberg Kaj: “Reflexive Methodology-New vistas for Qualitative Research”, SAGE Publications, Great Britain. 2000
- Banco Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993-Invertir en Salud, Washinton.
- Barraco Angel: Um fundamentalismo avanza em Salud Mental, Topia-Um Sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, abril de 2007 <https://www.topia.com.ar/articulos/un-fundamentalismo-avanza-en-salud-mental>
- Bouguerra M. L.(2001): *En la jungla Farmacéutica* Le Monde Diplomatique, año II, No 21, Marzo de 2001.Buenos Aires
- Canghilhem Georges: Lo Normal y lo Patológico, Siglo XXI, México, 1984.
- Castro Edgardo: Lecturas Foucaulteanas- Una historia conceptual de la biopolítica, UNIPE, La Plata, 2015.
- CELS/MDRI: Vidas Arrasadas- La Segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. 2007. http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf (8/9716)
- Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la UBA, Exp. UBA: 0037042/2011
- De Souza Santos Boaventura (1998). “Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos”, capítulo 10, en *De la mano de Alicia- Lo social y lo político en la posmodernidad*, Siglo del Hombre Editores, Facultad de Derecho Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes, Bogotá.(345-352)

- Ferreyra Julian y Stolkiner Alicia: Qué pasó en Salud Mental durante el último año de Gobierno, Página 12, Psicología, 12 de enero de 2017. <https://www.pagina12.com.ar/13718-el-cambio-es-el-retroceso>
- Foucault Michel: Historia de la Medicalización, en *La vida de los Hombres Infames*, Carone Ensayos-Ed. Altamira, Buenos Aires 2008. (85-106)
- García Rolando: “Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos” en el libro *Los Problemas del Conocimiento y la perspectiva ambiental del Desarrollo* comp. De E. Leff, Siglo XXI, 1986.
- Iriart, Celia e Iglesias Ríos, Lisbeth (2012) “Biomedicalización e Infancia”, *INTERFASE Comunicação Saúde Educação* v.16, n. 43, 1011-23, oct./dic .
- Medicos del Mundo: Marco de Referencia sobre el Enfoque de Derechos en Salud, <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-256%232E%23pdf> 8/3/2016
- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.
- Ministerio de Salud /Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: Ley Nacional de Salud Mental No 26.657 y Decreto Reglamentario 603/2013, Buenos Aires (impreso febrero 2014)
- Naciones Unidas: Doc. E/C.12/2000/4 (2000). <http://hrlibrary.umn.edu/gencomm/epcomm14s.htm> (acceso 3/4/2017)
- OMS: Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020, Ginebra, 2013
- Raffin Marcelo *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*, Editores del Puerto, Buenos Aires, 2006.
- Sfez, Lucien *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*, Prometeo Libros, Buenos Aires. 2008
- Stolkiner Alicia: “De interdisciplinas e indisciplinas” del libro *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*” comp. Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.
- Stolkiner Alicia: Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto, Revista El Campo Psi- Revista de Información Especializada” Año 3, Número 11, Junio de 1999, Rosario.<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner1.htm>
- Stolkiner Alicia: Equipos Interprofesionales y algo más (¿ es posible hablar de inter-saberes?).Revista El Campo Psi- Revista de Información Especializada” Año 3, Número 12, Agosto de 1999, Rosario.<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner2.htm>
- Stolkiner Alicia: Interdisciplina y Salud Mental, IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología- Salud Mental y

- Mundialización: Estrategias Posibles hoy. 7 y 8 de octubre de 2005. Posadas, Misiones, Argentina. http://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- Stolkiner Alicia: Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Revista Bilingüe Social Medicine/ Medicina Social, Volumen 5 Número 1 Marzo, 2010. (Págs. 89-95) <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine>
- Stolkiner A “Nuevos Actores en el Campo de la Salud Mental” Revista Intersecciones Psi- Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA, Año 2 No 4, Septiembre de 2012 link: <http://intersecciones.psi.uba.ar/>
- Stolkiner Alicia: Diálogos sobre Interdisciplina, Periódico En Diálogo, Extensión, Universidad de la República Uruguay, octubre 2012. Disponible en: <http://www.extension.edu.uy/endialogo>
- Stolkiner Alicia: “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental” en el libro “Los sufrimientos-10 Psicoanalistas-10 Enfoques” Compilador: Hugo Lerner Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP. Marzo de 2013, págs. 211-239.
- Stolkiner Alicia: Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano, En el libro *Salud: Políticas y Paradigmas*, Ed. Dr. Jaime Llambías- Wolff, en prensa en RIL editores – Chile (1ª ed) y York University Bookstore Canadá (2ª edición) 2015 (161-178)
- Stolkiner Alicia y Castro Dardo: “Subjetividad, terror y Derechos Humanos: la experiencia Argentina” en el libro “Samblajes de cultura y sociedad”. Coordinadores: Leticia Cufre Marchetto, Norma E. García Meza y Edgar García Valencia. Universidad Veracruzana, Mexico, 2015, <http://ebooks.uv.mx/epubreader/samblajes-de-sociedad-y-cultura>
- Stolkiner Alicia Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria *En el libro “¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria”* Comp. y Edición Leonel Tesler, Ed Colihue, Buenos Aires, 2015, 57-70.
- Tealdi Juan Carlos –Director (2008) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf> (30/3/3009)
- Vara Ana María (2008) “Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering” *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, septiembre/octubre, <http://www.foroaps.org/files/ygjtgyt.pdf> (acceso 10/2/13).

INTERDISCIPLINARIEDAD Y SALUD MENTAL COMUNITARIA

Álvaro Díaz
Rolando Ramírez

La salud mental comunitaria y su relación con la interdisciplina y los recursos humanos

La perspectiva de trabajo en SMC requiere situarse necesariamente desde la complejidad que implican todos los atravesamientos que la componen. De esta manera es necesario integrar los diversos procesos de determinación que la van constituyendo ya sean estos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales, biológicos, emocionales, etc. Todos estos elementos resultan fundamentales para comprender y articular una perspectiva de salud que en la práctica se traduzca en una propuesta colectiva que proyecte un horizonte de Derechos Humanos. Ese horizonte no es solo referencial sino que se debe elaborar y plasmar en la vida cotidiana de los sujetos, a saber, el derecho a una participación activa en sus comunidades, al bienestar colectivo y a la vida digna, al trabajo y vivienda de calidad, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la convivencia, al ocio y el disfrute, entre otros. Esto implica pensar la SMC como un proceso permanente, basado en la articulación y composición de las condiciones que garanticen el ejercicio de estos derechos.

Esta perspectiva de Salud Mental en clave de Derechos Humanos, articulada desde los elementos complejos de la vida cotidiana requiere a su vez un abordaje integral, integrado y sustentado desde la interdisciplina y la intersectorialidad, superando así la lógica del Modelo Asilar Psiquiátrico el cual muy por el contrario reduce la problemática de la Salud Mental a la vivencia individualizada del sufrimiento subjetivo, llamándola trastorno o enfermedad, donde en vez de for-

talecer las redes de contención y acción de los sujetos las restringe, vulnerando de esta manera sus derechos y posibilidades de sostener un proyecto de vida significativo en sus comunidades, reduciéndolos a una condición de “pacientes”, es decir, sujetos pasivos aptos para ser sometidos a múltiples abordajes impuestos e invasivos, fortaleciendo en este sentido el estigma, la patologización, la dependencia institucional y la desvinculación de los sujetos de sus contextos de participación en la comunidad.

Si bien ha habido importantes avances en torno a la necesidad de cambio de paradigma en Salud Mental, el trasfondo de resistencia que existe para superar definitivamente la perspectiva asilar por parte de algunos sectores disciplinares tradicionales hace urgente que se extienda el debate y se problematice la diferencia entre un cambio de perspectiva o un maquillaje superficial del modelo asilar ahora extendido en la comunidad. Esto también nos interpela a no confundir la perspectiva interdisciplinaria con la perspectiva multidisciplinaria, más cercana a la propuesta, jerárquica, totalitaria y reduccionista que hasta ahora impera en la mayoría de los equipos.

La interdisciplinarietà ya aparece como marco epistemológico exigido por la noción de salud en general en cuanto estado de bienestar biopsicosocial:

“Desde las políticas de promoción de salud, se ha definido como un punto indispensable el fortalecer la acción comunitaria a partir de su participación activa. La participación se realizaría “a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud” (OMS, 1986, p.1)

Se ha planteado como centro de este proceso la posibilidad de que las comunidades adquieran la propiedad y el control de sus propias iniciativas y sus propios destinos.

“Desde entonces, múltiples experiencias han incluido en sus prácticas en salud/salud mental dispositivos basados en la participación comunitaria. Bajo su nombre se han agrupado históricamente fenómenos muy heterogéneos los que van, desde la formación de líderes comunitarios como estrategia de una política de accesibilidad hasta la participación de poderosos actores privados en el diseño de políticas públicas”. (Stone, 1992).

Los profesionales vinculados a la SMC deben proceder de diversas disciplinas, pero además tener una mentalidad y disposición naturalmente interdisciplinaria. En este sentido es útil recordar la definición de Interdisciplina aportada por la Ps. Rosario Tuzzo:

“Plantea que “Interdisciplina significa el establecimiento de vínculos múltiples, complejos y variables, entre conocimiento y habilidades, generado en todo el espectro de la producción, tanto científico como cultural o artística. Implica la flexibilidad necesaria para realizar recorridos por diferente materia y disciplinas”. (Meliá, comp, 2005).

También resulta importante plantear los objetivos en el estudio y promoción de la SMC, los cuales busquen el desarrollo integral de la salud desde el ámbito comunitario en todas sus manifestaciones y por parte de profesionales que trabajen en todos los ámbitos sociales, desde la familia y el de las relaciones interpersonales en general, que son la base de la sociedad y la vida comunitaria.

En SMC, los aspectos que hacen a la promoción de la Salud Mental y a la prevención de contextos de vulnerabilidad que favorezcan la producción social de padecimiento subjetivo deben incluir necesariamente un abordaje complejo e interdisciplinario, que necesariamente incluya la participación protagónica de las comunidades en sus procesos de salud. Los equipos interdisciplinarios institucionales deben favorecer esta participación, procurando apelar en todos los casos al trabajo en torno a la concientización y ejercicio por parte de las propias comunidades de los derechos en Salud Mental y el ejercicio a la Vida Digna, lo que debería incluir la paulatina despatologización la vida cotidiana, el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario y la construcción de dispositivos de salud mental como espacios de encuentro, contención apoyo y producción.

El trabajo con el otro supone interdisciplinaria, dada por compartir conocimientos que aporten a la problemática planteada, donde los elementos subjetivos e intersubjetivos deben ser valorados a la hora del trabajo con-sigo, y con-otros. Dicho trabajo implica también la posibilidad de identificar situaciones en las familias y las comunidades; está vinculado con ese “ojo Clínico” que lo da el trabajo en terreno, el trabajo con los vecinos, con los niños, las madres, padres y los adultos mayores, con la comunidad en su conjunto.

El trabajo colectivo y comunitario, supone un permanente diálogo, una asamblea abierta donde la vida cotidiana oficie de telón de fondo y donde el encuentro entre todos se transforme en el espacios de elaboración, cooperación, solidaridad y propuestas de acción. En SMC, el equipo interdisciplinario debe hacerse parte de este diálogo, aportando en la identificación de elementos conflictivos, participando activamente en la reflexión y el accionar colectivo, en las tomas de decisiones y la construcción de propuestas de acción en pos del mejoramiento colectivo de la vida en la comunidad.

El trabajo interdisciplinario favorece la comunicación entre el equipo y con la comunidad, la identificación de las áreas problema y sus objetivos en la resolución. Asimismo identifica la asignación de los recursos necesarios para todos los integrantes del equipo de salud.

En los procesos de conformación de los equipos interdisciplinarios, los diferentes técnicos aportan al conocimiento, en la construcción de un nuevo modelo de atención: la interdisciplina.

El tránsito del modelo asilar a la mirada comunitaria

Los abordajes de la llamada “locura” a través de los siglos han estado fuertemente atravesados, organizados y controlados por diferentes grupos sociales hegemónicos que se atribuyeron tanto el saber cómo las prácticas sobre esta.

La idea de que la locura es una enfermedad de la mente no siempre primó por sobre otras teorías, o al menos podemos decir que la idea moderna de la locura como enfermedad fue posterior a una serie de procesos históricos, situados principalmente en Europa, donde la razón se posiciona como eje diferenciador de los sujetos libres y por ende la sinrazón en el polo opuesto, es decir en el plano del encierro y enajenación.

Así, el tránsito de la sociedad europea hacia nuevas formas de organización ideológicas, políticas y económicas, vieron en la pobreza material y en la “sinrazón” de ciertos grupos de la población, un claro peligro para sus ideales de convivencia y desarrollo; esto, sostenido bajo argumentos discursivos propios de la racionalidad científica moderna que hegemonizaba el poder como emergente clase social del incipiente capitalismo. Como señala Carlos Pérez:

“El que los ciudadanos comunes hayan llegado a depender cada vez más de la opinión de expertos, y de supuestos expertos, hasta para los ámbitos más cotidianos de sus vidas, como criar hijos, discutir con el vecino, divertirse o comer sanamente, no es sino otro aspecto de la insidiosa emergencia de un dominio de clase de nuevo tipo, de la omnipresente emergencia del poder burocrático (...) No sólo se ha perdido progresivamente la razonabilidad clásica que hacía de los individuos modernos potenciales críticos de toda realidad establecida, sino que ese proceso es empujado de manera consistente por la invasión de los expertos que pretenden usurpar la sabiduría común, fomentando de paso la dependencia terapéutica de los legos respecto de sus juicios, aparentemente fundado en la ciencia” (Pérez Soto, 2016)

Las ciencias modernas, como discurso y práctica dominante de la razón moderna, se interesan en la locura como fenómeno médico, consolidándose de esta manera el cuerpo validado socialmente para abordar este saber. La medicina Alienista devenida en Psiquiatría emerge entonces y logra hegemonizar desde la lógica de la enfermedad este fenómeno anteriormente patrimonio principalmente de los sectores religiosos que atribuían la locura a un padecer del alma.

Con esto se articula todo un aparato técnico, administrativo, jurídico y social nuevo para su abordaje. La locura, como manifestación de la pérdida de la razón del sujeto moderno, tiene una nueva forma de pensarse, sentirse, vivirse y curarse.

En palabras de Galende:

“El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos” (Galende, 1998).

El surgimiento del Manicomio y la hegemonía de la Medicina como agente de administración y abordaje, desde su surgimiento hasta la actualidad, trajeron consigo un sinnúmero de prácticas que se extienden más allá de la locura hacia nuevas categorizaciones, nuevas enfermedades y tratamientos.

De esta manera surgen nuevas disciplinas requeridas para ejecutar ciertas labores en el dispositivo asilar junto a otras, que ya venían trabajando en otras áreas, se incorporan y reformulan para brindar

servicios principalmente de asistencia a los tratamientos médicos y cuidados diarios de los ahora llamados enfermos psiquiátricos.

Se constituyen de esta manera los equipos disciplinares, organizados bajo una estructura jerárquica donde tanto el paradigma como las prácticas estaban hegemónicas por tan sólo una disciplina la cual se encargaba de dirigir, organizar y derivar hacia los demás miembros de los equipos las tareas requeridas para los objetivos que este tipo de institución se planteaba.

El trabajo social, la enfermería, la psicología y la laborterapia (devenida posteriormente en terapia ocupacional), entre otras, fueron ocupando un lugar disciplinar en esta estructura, sosteniendo las prácticas médicas y a su vez construyendo visiones alternativas que sirvieron de insumos para re-pensar el modelo.

Aun así, las prácticas tradicionales bajo la lógica asilar no vieron grandes modificaciones recién hasta mediados del S.XX, tal como señala Solitario:

“Aunque a principios del siglo XX este modelo comienza a ser cuestionado por el Higienismo Mental naciente, éste no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión que lo caracteriza, no obstante dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circunscriptas al asilo. Pese a ello, recién en la segunda mitad del siglo XX —en la posguerra— se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas en salud mental”. (Solitario and Stolkiner 2006).

De esta manera, la emergencia de nuevos tipos de abordaje y nuevos dispositivos se diversifica y pone en tensión la hegemonía de los paradigmas tradicionales, trayendo consigo nuevas disputas en cuanto a la manera de articular las prácticas y los discursos que los sostienen. Con el afán de promover la unificación y la articulación de estas prácticas emergentes, es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la alternativa de las comunidades terapéuticas en reemplazo de los Hospitales Psiquiátricos monovalentes, y el cambio de la mirada desde la enfermedad mental hacia el modelo de salud mental comunitaria.

Estas propuestas tienen su repercusión directa en la Declaración de Caracas del año 1990, donde los países que adhirieron, entre estos Uruguay, se comprometen a impulsar las reformas necesarias que ga-

ranticen la nueva perspectiva en Salud Mental, pasando de los modelos asilares monovalentes basados en la enfermedad individual a una perspectiva de Salud Mental Comunitaria basada en los Derechos Humanos.

Así, los equipos organizados para el abordaje sanitario de la enfermedad mental, se ven interpelados a la reestructuración acorde a las nuevas miradas en torno a la salud, en general, y a la salud mental en particular.

Salud mental comunitaria en clave de Derechos Humanos: la interdisciplinariedad ante un escenario complejo

“La **salud mental** se **define** como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS, 2003).

De la definición de salud mental planteada por la OMS se desprenden variadas implicancias que hacen a la reestructuración del significado del campo de abordaje, antes orientado hacia el trastorno o la enfermedad y focalizada en el individuo que lo padecía. De esta manera, se establece un campo más complejo, más abarcativo, donde se prioriza al sujeto en su estado relacional, como ser vinculado al hacer en su contexto. Esta compleja trama hace a la Salud Mental un campo abierto, donde confluyen necesidades que rebasan los límites dispuestos por el paradigma de la enfermedad.

El nuevo escenario no es solamente el elemento que determina estos planteamientos en los equipos de abordaje, sino también las posibilidades que las nuevas teorías, las nuevas herramientas tecnológicas y los cambios sociales aportan. Ello ha permitido ir estableciendo cambios en los modelos de intervención, en favor de las personas, donde la atención se complejiza, en el marco de las nuevas visiones en Salud Mental.

En primer lugar, los equipos referenciales para el abordaje bajo este nuevo modelo ya no se sitúan en la órbita hospitalaria monova-

lente, porque el usuario de los servicios de Salud Mental, como ya mencionamos, se comprende como un sujeto relacional en su propia comunidad; es decir, las necesidades se establecen desde los escenarios donde el sujeto transita, se constituye y desenvuelve cotidianamente, incluyendo los servicios que el sistema de salud disponga y a los cuales los usuarios podrán acceder.

El tránsito que significa pasar de un paradigma de la enfermedad a uno de salud también implica focalizar los abordajes en torno a los potenciales de los sujetos más que en sus déficit. En este sentido, tal como se aprecia en los planteamientos de la OMS, la focalización está en el derecho de ejercer actividades productivas que lo beneficien tanto a él como a su comunidad.

Una perspectiva de SMC basada en los Derechos Humanos presupone una activa participación de los usuarios en cuanto a las decisiones y acciones que disponga el dispositivo tanto en los procedimientos puntuales como en los procesos terapéuticos y productivos que surjan de la articulación de la red. Esta garantía debe posicionarse como prioridad en los equipos, procurando que se respeten al máximo la autonomía de los sujetos y que los procedimientos que puedan exceder esta autonomía estén sostenidos por los equipos interdisciplinarios y supervisados por un órgano de revisión independiente que vele por los derechos de los usuarios.

Como vemos, este complejo escenario requiere de equipos interdisciplinarios y perspectivas que rebasen ampliamente los dominios atomizados y la estructuración jerárquica lineal de los antiguos dispositivos asilares. Si bien para sostener esta propuesta se requieren de múltiples disciplinas y sectores sociales que aporten con su especificidad a los más amplios debates, estas deben estar articuladas bajo una nueva perspectiva que priorice la problematización de la realidad más que establezca realidades desde las miradas parciales.

Salud Mental Comunitaria: Interdisciplina o multidisciplina

La posibilidad de que la interdisciplina surja como propuesta instituyente de abordaje en salud mental no es antojadiza ni azarosa, sino

más bien responde a un proceso de superación histórica que emerge justamente desde el anterior modelo, como crítica radical, y como acumulación de experiencias que permitieron articular nuevas teorías y metodologías de acción. Así, el mismo proceso disciplinar en el modelo asilar permitió posicionar diversas miradas y nuevas propuestas que se desarrollan juntas en un mismo campo, condición para la posterior articulación de las mismas.

De esta manera, ámbitos muy específicos que antes eran incumbencia de una disciplina particular, generalmente derivada por el equipo médico, hoy es ámbito de todo el equipo, el cual debe aportar desde sus múltiples herramientas y posibilidades a la problemática situada en los espacios reales.

La posibilidad histórica que plantea la interdisciplina en el campo de la Salud Mental está en sintonía justamente con las complejidades a las cuales el desarrollo de la ciencia hoy en día enfrenta considerando que los más extensos ámbitos del conocimiento hasta hoy han recibido aportes de las más variadas ramas. Tal como plantea S.N. Smirnov:

“Es actualmente uno de los problemas teóricos y prácticos más esenciales para el progreso de la ciencia. El concepto de unidad interna de las diversas ramas del saber y el de sus relaciones recíprocas ocupan un lugar cada vez mayor en el análisis filosófico, metodológico y sociológico, así como en el análisis científico concreto del progreso científico en el mundo actual, la interdisciplinariedad en el campo de la ciencia consiste en una cierta razón de unidad de acciones y relaciones recíprocas, de interpenetraciones entre las llamadas disciplinas científicas” (citado en Menéndez, p.2).

Como vemos, el campo cotidiano de la Salud Mental Comunitaria, no es un campo cerrado y concluso de aplicación de técnicas y manuales ya comprobadas, sino todo lo contrario: es un campo abierto de interrogantes y problemáticas, las cuales se debaten y están en permanente tensión. Que el modelo que se propone sea comunitario no quiere decir que las lógicas manicomiales no sigan estando presentes ni que los equipos conformados por variadas disciplinas sean necesariamente interdisciplinarias. La resistencia al interior de los equipos y de la misma comunidad es una problemática real que muchas veces enmascara prácticas reproductoras de las lógicas asilares pero en un te-

territorio diferente, situado en las propias comunidades, donde la multidisciplina se confunde con una supuesta interdisciplinariedad.

Es fundamental entonces no asumir el cambio en la perspectiva de los equipos como un tránsito natural del nuevo modelo sino como una posición en disputa. Es necesario comprender a la interdisciplina no como una mera suma de disciplinas que comparten un mismo campo de acción, tal como plantea Menéndez:

“La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, ni el troceado a la carta de las distintas terapias. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada”. (Menéndez,1998.)

El peligro de omitir estas tensiones radica en que en lugar de que la propuesta comunitaria signifique una real oportunidad de transformación de las posibilidades de los usuarios de los servicios de salud mental hacia otras lógicas basadas en derechos humanos y en el potencial de estos en la comunidad, simplemente sea una expansión del manicomio a lugares donde anteriormente no tenía acceso por estar sitiado bajo las paredes del Hospital. Preocupación que es más latente cuando hoy en día se discute en Uruguay una nueva propuesta de Salud Mental basada en la comunidad, donde estas situaciones deberían anticiparse y no pasarse por alto por omisión. En este punto al menos la ley debería contemplar y garantizar efectivamente la conformación interdisciplinaria de los equipos en todos los ámbitos de acción de la Red, y no solamente restringir la interdisciplina a ciertos aspectos y la exclusividad disciplinar a otros. Se debe asegurar que el espíritu de la ley de Salud Mental este orientado justamente a la Salud Mental, donde participen todos los miembros del equipo y no al Trastorno Mental, ámbito de acción de disciplinar. A su vez, las prácticas que desarrollen los equipos en la red de salud deben estar supervisadas por un Órgano de Revisión independiente y autónomo del Ministerio de Salud o de los gremios, para así garantizar el respeto por los derechos de los usuarios. Esto sería un paso fundamental para que las posibilidades de real transformación en la Salud Mental de Uruguay se concreten y la interdisciplina sea un verdadero aporte a esta transformación.

Sobre la formación de los equipos Interdisciplinarios en SMC

Los desafíos que implica emprender el camino hacia la transformación en los abordajes desde un modelo de Enfermedad Mental basado en perspectiva Asilar hacia uno de Salud Mental Comunitaria basado en los Derechos Humanos requiere, como mencionamos anteriormente, no solamente declaración de intenciones acerca de la conformación de nuevos equipos, ni desplazar el manicomio y su lógica a la comunidad de manera mecánica, sino que implica que los nuevos equipos se articulen bajo una nueva concepción interdisciplinaria, la cual debe venir potenciada en gran medida por las propuestas educativas que emerjan tanto de la Universidad como de los Centros de Formación Técnica y profesional que estén implicados en la capacitación de Recursos Humanos en el área.

Ya sea en la formación de nuevos trabajadores o en la capacitación de los que ya están desempeñándose en el modelo asilar actual es de suma importancia generar una propuesta institucional que aporte en la construcción de nuevas metodologías de problematización y de actuación bajo el manto de un nuevo escenario común.

La experiencia interdisciplinaria debe germinarse en los espacios universitarios y comunitarios donde será de suma importancia la coordinación interdisciplinaria, la participación activa de los diferentes actores y la integración de los saberes que emanan de los diversos espacios académicos y comunitarios. Para ello se apela a una superación de las lógicas criticadas anteriormente que igualmente se originan y reproducen desde la academia, y, por supuesto, exige la superación de la atomización en cuanto a la formación disciplinar que actualmente se evidencia especialmente en el área de la Salud.

Para esto es necesario superar la educación de grado basada únicamente en competencias específicas de las disciplinas por área, de manera aislada y ajena a los escenarios y prácticas que interpelan las acciones técnicas y profesionales.

Los aportes por disciplinas específicas aisladas no son suficientes ya que, como mencionamos anteriormente, el ámbito de problematización y acción en Salud Mental es complejo y requiere del aporte integrado de diversos sectores y ramas del conocimiento, sin renunciar

a los elementos particulares que cada una de ellas aporta, y actores que participan en el proceso. Es por esto que los saberes en la formación académica se deben transversalizar para que los demás profesionales y técnicos en formación puedan tener una lectura más compleja que contemple las múltiples miradas que estarán implicadas en los abordajes.

Por otra parte será necesario crear un campo de saberes en común que permita a las disciplinas orientarse en un espacio ontológico, epistemológico, metodológico y técnico. Así, cuando se piense en Comunidad o en Salud Mental, por ejemplo, se establezcan los criterios que hagan y den vida de manera integral a tal campo. Por más discrepancias y tensiones que emerjan en torno a tal o cual situación dentro del área, esta al menos estará situada en un ámbito de comprensión y acción común.

Creando y estableciendo el campo académico es prioritario que la formación de los estudiantes en Salud Mental permita la apertura crítica hacia las propias prácticas, favoreciendo los debates por sobre las propuestas cerradas, acabadas y de manual.

Se deben favorecer la implicación colectiva en todos los espacios transversales que hagan al proceso de salud; de esta manera los miembros del equipo tendrán la capacitación suficiente y diversa para aportar, administrar, crear y darle vida a los diferentes nodos de la red sin omitir aspectos ni replicar funciones, considerando que si bien hay especificidades que pueden nutrir más o menos a los equipos, ya no deberían existir debates únicos, exclusivos y excluyentes por disciplina, como han sido tradicionalmente las decisiones al menos en torno a las derivaciones, internaciones y tratamientos invasivos. Al respecto Canetti y Da Luz (2005) afirman que:

“El aspecto esencial de la interdisciplina radica en la posibilidad de superar la separación entre las disciplinas, evitando la visión fragmentada, la toma de decisiones unilaterales y/o la duplicidad de funciones. El trabajo se asume, no de acuerdo a la función de cada especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población.

Esta apreciación es de suma importancia para aportar al debate en los espacios académicos y formativos, ya que desde el arranque se establecen los criterios para pensar los desafíos disciplinares desde una propuesta en común.

Es por esto que, especialmente en el momento en que el debate y los desafíos que implica un nuevo modelo en Salud Mental, tanto desde las iniciativas legales como en la concreción de las mismas en los dispositivos reales, al menos a nivel de la formación de equipos, debería contar con espacios de desarrollo en común, vinculados, entre otras, a experiencias de extensión universitaria y a coordinaciones intercarreras en instancias y cursos comunes que interpelen los tradicionales escenarios de reflexión y producción de conocimiento. Se deben reforzar los recursos y los espacios de integración docente, estudiantil y de organizaciones sociales que trabajen y generen conocimiento en el área, especialmente en los equipos que ya vienen desarrollando conocimiento interdisciplinario basado en perspectivas comunitarias y de derechos humanos ya que es desde estos espacios donde emanarán las propuestas teóricas, técnicas y metodológicas que harán a la formación de los futuros miembros de equipos de nivel universitario.

Los dispositivos alternativos que vienen ganando terreno tanto a nivel de la sociedad civil como a nivel gubernamental deben ser espacios de formación y reflexión, donde las necesidades de las personas, grupos y comunidades sean los elementos de problematización y generación de conocimiento, asumiendo mediante esta metodología las tres áreas históricas que hacen a la Universidad: docencia, extensión y producción de conocimiento.

Pero para que este importante escenario sea posible y logre apuntar hacia una nueva lógica de pensar y orientar la formación de los equipos interdisciplinarios en Salud Mental será fundamental un proceso de actualización en cuanto a las visiones instituidas que sostienen modelos jerárquicos y disciplinares como pilares de nuestra Universidad y que han formado generaciones y generaciones de técnicos y profesionales hasta la actualidad.

La dispersión y complejidad administrativa que se debe superar para emprender proyectos sólidos de extensión a nivel interfacultad es una meta a superar al menos por las disciplinas interpeladas en el área de Salud Mental, lo cual podría ser motor para nuevas aperturas en otras áreas. A su vez, la impresionante desigualdad y valoración entre las áreas académicas, especialmente del área de la salud, favorece en gran medida la reproducción de las perspectivas hegemónicas de algunas disciplinas sobre otras, donde inclusive se transmite la idea

de que al menos hay una o dos disciplinas ejes y las demás vendrían a ser simplemente disciplinas de apoyo, por ende prescindibles, generando y reproduciendo así la segregación y jerarquización de los equipos, sosteniendo una importante brecha que se evidencia desde la Universidad y se extiende posteriormente en los equipos. Es de suma importancia evidenciar estas desigualdades disciplinares que emergen desde las propias casas de estudio para poder proponer un escenario más favorable de interdisciplinariedad a futuro. Se debe apelar a las rupturas de las tradiciones encapsuladas y segregadoras de los espacios educativos y apelar a la integración de los mismos para proyectarlos desde la Universidad hacia la comunidad. Al respecto dicen Beri y Tello (2006) *“La integración de la ciencia tiene sentido sólo si es capaz de aprehender, al mismo tiempo, la unidad y la diversidad, la continuidad y las rupturas. Creemos que este cambio a un pensamiento complejo, es un cambio trascendental en la comprensión de la interdisciplina.”*

Sin una reorientación de recursos y valorización interdisciplinaria en nuestros propios espacios académicos, la potencia que podría tener un equipo nuevo en Salud Mental se verá claramente menguada. Así, la transformación de los espacios tradicionales que hacen a esta lógica manicomial, disciplinar y jerárquica tendrá que ser superada en todos los espacios, donde la Universidad es una de ellos. Por eso, no basta con cerrar los manicomios si no erradicamos la lógica manicomial de nuestras cabezas, de nuestra cotidianidad, de nuestra Universidad.

Conclusiones

Las propuestas de trabajo interdisciplinario abren un abanico de posibilidades en el pensar y repensar la tarea de la salud mental comunitaria. Los aportes disciplinarios, las diferencias, hacen a una construcción distinta, nueva, con enfoques novedosos y pertinentes a la hora de elaborar estrategias que favorezcan movimientos en salud mental, los cuales han venido cambiando durante los últimos 30 años, con una Sociedad Civil organizada.

Dicha sociedad, que dio participación a las familias y comunidad, ha trabajado con la academia en la identificación de los aciertos y las dificultades de los derechos de las personas con padecimientos psíquicos, que a través de sus familias y organizaciones del espacio

civil han tenido voz. La interdisciplina ha posibilitado también esta voz, con sus distintos saberes, propuestas, diferencias y acuerdos, en el momento de plantear un cambio en los modelos de atención, que favorezcan a las personas en sus diversos contextos.

El trabajo interdisciplinario permite miradas diversas, que van más allá de las profesiones, y conducen directamente al trabajo con las necesidades del otro.

Ese otro es un sujeto portador de derechos, invisibilizados por un sistema que le puso antifaz durante un período crítico del Uruguay. Pero hoy estamos trabajando en cambios que promuevan la participación de los involucrados, sus familias, vecinos, y técnicos, para que esas voces se escuchen, puesto que tienen para aportar a los cambios estratégicos en los procesos de salud mental.

La academia juega un rol muy importante, dado que la capacitación en Salud Mental de los futuros profesionales que integrarán la interdisciplina, podría generarse desde los espacios de formación y problematización en el medio con una ineludible perspectiva ética si es bien articulada. Este compromiso favorecerá la defensa de los derechos de las personas usuarias del sistema de salud mental, así como la importancia del trabajo con los familiares y la comunidad desde un enfoque de derechos humanos.

Importa destacar que en la formación de los diferentes equipos docentes, los integrantes deben formarse en salud mental a lo largo de las distintas especialidades, áreas específicas, posgrados, maestrías y doctorados. Esta formación permanente en salud mental favorecerá en los profesionales de la misma el trabajo de pensar y pensarse en su labor, así como contribuirá igualmente al conocimiento científico.

Desde el rol docente, es necesario priorizar el primer nivel de atención en salud mental, y centrarlo en la prevención y la promoción de la salud en forma integral. Por ello debe promoverse la educación y la identificación de factores protectores, así como de riesgo hacia la salud.

Este mirada llevada desde la academia y los espacios comunitarios es fundamental para poder cambiar la perspectiva desde una lógica jerárquica a una democrática, desde la atomización de los saberes hacia la integración, desde el manicomio a la comunidad, desde la enfermedad a la salud, desde la disciplina a la multidisciplina en beneficio de

encuadres que aporten a la reestructuración de servicios y miradas en pos de una salud mental comunitaria en clave de derechos humanos.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: OMS.
- Rodríguez J. et al Salud Mental en la comunidad. 2º ed. Washington: OPS, 2009. (Paltex para Ejecutores de Programas de Salud; 49).
- Stone, L. Cultural influences in community participation in health. *Social science and medicine* 1992;35(4): 409-417.
- Meliá, S. Compiladora. Enfermería en Salud Mental Cap. 8: Interdisciplina como estrategia de trabajo .Pag. 111-116. Ed.Fefmur
- Pérez Soto C. Sobre la condición social de la Psicología. 2º. Ed. Santiago de Chile: LOM. Ediciones, 2016.(Psicología).
- Galende Emiliano. De un horizonte incierto. Ed. Paidós. 1998.
- Levav, I Salud Mental: Una prioridad de la salud Pública. *Revista Maestría en Salud*. 2003; 1(2).
- Solitario R. Stolkiner Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. Interdisciplinariedad y salud Mental comunitaria, Argentina: PSI UBA,2006.
- Menéndez Osorio F. Interdisciplinariedad y Multidisciplinariedad en salud mental. *Documentación* 1998; 65: 147-150.
- Canetti A. Da Luz S. Enseñanza Universitaria en el ámbito comunitario: desafíos y propuestas para la formación de recursos en el área de la salud. Montevideo: MC; 2005.
- Beri C. Tello C. Aproximaciones a la compleja trama entre interdisciplina y Formación Universitaria. *Revista Cuestión* 2006; 11(1):158.

¿ES POSIBLE UNA PRÁCTICA INTERDISCIPLINARIA?

Débora Gribov Novogrebelsky

“Zapatero a tus zapatos”

Dicho popular

En este artículo pretendemos encarar el tema de la interdisciplina, desde una perspectiva que creemos algo diferente.

Nos referimos a que tenemos la convicción de la importancia de lo interdisciplinario, que como praxis real, refleja en su desarrollo, cambios importantes en el pensamiento, que entre otros, darían cuenta del avance hacia una sociedad más justa y solidaria.

Esta intención, se enmarca en un proceso que es personal, pero también colectivo-institucional por las tareas y responsabilidades actuales, lo que implica, comenzar a explicitar y en consecuencia, intentar mayor rigurosidad en la elección de las palabras, por sus significados, por sus historias y a pensarlas desde los contextos correspondientes.

En este sentido, insistimos en la función performativa del lenguaje que exige tener, una rigurosidad extrema en el uso y elección de los términos y en el discurso.

Tenemos la impresión de cierta banalización en el uso del lenguaje en general y en esta oportunidad, con respecto a la interdisciplina, en particular.

Nos referimos al alcance de la palabra y de lo que ello implica, en el entretejido del pensamiento actual, reflejo como siempre lo ha sido, de un andamiaje de ideas que transmiten valores, prejuicios, valoraciones que responden, desde nuestra perspectiva a quienes representan, es decir, quienes las enuncian y construyen discurso en un determinado momento histórico, vale la pena tensionar en este nivel, para entender el pensamiento hegemónico que sostiene una determinada organiza-

ción social, estrechamente vinculada y conformada por el sistema capitalista imperante.

Esta banalización que mencionamos, en el uso indiscriminado de determinadas palabras, deja en evidencia las contradicciones del sistema, resulta entonces, la banalización, como una buena herramienta para su anulación y como inmediata consecuencia, las palabras pierden la fuerza de sus significados más profundos.

Vemos así que entonces su uso indiscriminado y generalizado contribuye como decíamos, a la pérdida de consistencia y complejidad, una de las características de la modernidad.

Esta categoría la desarrolla con acierto Bauman, Z. cuando habla de la liquidez de los vínculos y de las relaciones en general, utilizando una muy acertada metáfora.

“...los líquidos, a diferencia de los sólidos, no conservan fácilmente su forma. Los fluidos, por así decirlo, no se fijan al espacio, ni se atan al tiempo... Los fluidos no conservan una forma durante mucho tiempo y están constantemente dispuestos a cambiarla” (2004,8).

¿No es esta una excelente descripción de lo que sucede en la actualidad, en las relaciones de todo tipo en la actualidad?.

Por lo tanto y con el cuidado de no alejarnos del tema que nos convoca, volvemos a preguntarnos por el uso que realizamos de las palabras y sus reales significados.

En torno a lo interdisciplinario y retomando el tema desde la perspectiva elegida, nos referimos y entendemos “el asunto en cuestión”, como una acción, un movimiento, un hacer y un pensar.

A modo de no olvidar la cotidianeidad de la práctica, frases como:

“eso no te corresponde” o “no da el tiempo”,

nos remiten a escenas frecuentes de nuestras prácticas, donde el dicho, “cada maestro con su librito”, no es ni más ni menos, una puesta en situación de que cada uno, a lo suyo, como un mandato que se debe cumplir.

El desafío transita por construir lo que denominamos: “posición interdisciplinaria” y a que nos referimos?, tiene que ver, con que construir posición interdisciplinaria, pasa en primer lugar por una construcción interna, una introyección de nuestras propias capacidades

pero también nuestras limitaciones, sobre todo, el reconocimiento de la complejidad como factor inherente al acontecer humano, en sus alegrías, logros, conquistas y también en sus padecimientos y dolores. Por otra parte, el devenir de la actividad humana transita por una permanente dialéctica, donde los contrarios forman parte, en una estrecha relación.

En este artículo pretendemos esbozar algunas ideas en relación a este proceso que refiere al sujeto y su relación estrecha e íntima con el acontecer disciplinar.

Lo que queremos decir, es que realizar una práctica interdisciplinaria no refiere únicamente a la constitución de un equipo, de un grupo de trabajo. Es, además de esto, lo que no es menor, adoptar por parte de los que integran ese colectivo, una disponibilidad interna hacia este desafío, complejo y difícil, sin lugar a dudas.

Disponibilidad que significa una construcción interna por parte del sujeto y que depende, a nuestro modo de ver, de factores externos que trataremos de identificar y conceptualizar.

Es a estos factores externos que nos queremos referir, pero especialmente, observar que es en esa relación, donde se suceden una serie de dificultades que hacen obstáculo en la construcción de esa disponibilidad que mencionamos con anterioridad. Disponibilidad que si no existe, la posibilidad de ejercer de hacer desde la interdisciplinariedad, se verá seriamente comprometida.

“Interdisciplinar: dar lo que no se sabe a quien no es, como uno” dice Vasen, J.(2005,42).

Implica reconocer la posibilidad del saber del otro.

La interdisciplina nos interpela en nuestras supuestas verdades e introduce la posibilidad de reconocer el saber del otro que genera, al decir del mencionado autor, “grietas” en los saberes disciplinares y produce un “entre”.

Si tomamos a Stolkiner, A. ella insiste en que:

“la interdisciplina es una tendencia y no una teoría única...” Lo común a todas las tendencias es el reconocimiento de que los saberes disciplinarios o científicos no consisten en la aprehensión objetiva de fenómenos u objetos dados en la realidad” (2012,6).

Desde otro lugar, Sousa Santos, Boaventura, cuando analiza la Universidad en el siglo XXI, dice:

“En las universidades a lo largo de todo el siglo XX, impera un conocimiento predominantemente disciplinar, cuya autonomía impuso un proceso de producción relativamente descontextualizado con relación a las necesidades del mundo cotidiano de las sociedades. Según la lógica de este proceso, son los investigadores quienes determinan los problemas científicos que deben resolverse” (2007, 30)

.Como vamos a ver más adelante, este es un factor, no menor, al momento de constatar las dificultades y obstáculos que surgen frente a la intención de desarrollar una práctica interdisciplinaria.

Nos interesa desde nuestra perspectiva, dejar en evidencia, un factor que consideramos no es muchas veces, tomado en cuenta y creemos que resulta, entre otros, un obstáculo importante.

El factor mencionado reúne todos aquellos elementos que conforman, forman y construyen subjetividad, y como sus características, obstaculizan el proceso interdisciplinario, como planteamos al inicio del artículo.

Es por esto que formulamos la pregunta que titula este trabajo, en tiempos donde el decir sobre el hacer interdisciplinario, abunda.

Para confirmar esta afirmación, surgen cantidad de ejemplos, tanto en el ámbito público como privado, en los campos de la Salud y la Educación, sea en Atención Primaria en Salud, como en el campo comunitario y clínico. La mayoría de estas “ofertas”, se enmarcan, categorizan y presentan como prácticas interdisciplinarias.

Evidentemente, desde la perspectiva que deseamos introducir, surgen varias argumentaciones que interpelan tales propuestas, más allá, aclaramos, reconocer las buenas intenciones que se puedan tener.

Un enfoque interdisciplinario necesariamente implica un alejamiento de posturas positivistas, al decir de Calvo. G. (s/d) en comunicación personal:

“Deberíamos dejar caer nuestra omnipotencia disciplinaria y profesional y abrir el pensamiento a formas epistémicas pluralistas e interdisciplinarias en su pretensión de contactos locales y no globales entre los saberes. Perder la ilusión que el mejor logro de un equipo, es un discurso globalizador”.

El nivel de incertidumbre que tiene la práctica interdisciplinaria es inherente a la misma por sus propias características y de donde destacamos la posibilidad de aceptar, tolerar, reconocer lo que no sabemos, lo que no podemos entender, por una diversidad de variables, propias, ajenas, en consecuencia, escuchar el saber del otro y sobre todo aceptar, amigablemente la ignorancia.

Stolkiner, A. nuevamente dice,

“La interdisciplina supone el reconocimiento de la incompletud de todo saber disciplinar, de su parcialidad, y, a la vez, introduce la cuestión de lo contingente del saber” (2012,6)

Esta incertidumbre se entrelaza estrechamente e íntimamente al reconocimiento de la complejidad, condición permanente e inherente al acontecer humano.

Lo interdisciplinario conlleva una postura de reconocimiento de lo complejo, plantear la acción interdisciplinaria es tensionar el mundo actual de las ideas, ese conjunto de enunciados que desde la perspectiva de quien detenta el poder, construye una red que sostiene la lógica del pensamiento dominante.

Indudablemente, plantear este tema, es un enorme avance en el proceso hacia una práctica interdisciplinaria real, implica contribuir y formar parte en cierto modo, de rupturas disciplinares, no con una intención de anulación sino muy por el contrario, partiendo de sus saberes construir un “saber relativo”, que permite, a nuestro modo de ver, aproximarse a la comprensión de los problemas desde su auténtica y original dimensión.

Insistimos, siempre se trata de poder aproximarnos y este es otro precepto que deberíamos tolerar, difícil de resolver en la construcción narcisista que tienen los campos disciplinares.

La característica, que llamamos narcisista en nuestras prácticas disciplinares merece destacarse, para que su análisis, permita superar un escollo, no menor, al despliegue interdisciplinar.

La característica hiper- narcisista de la modernidad nos interesa como parte de este entramado de factores que perturban el desarrollo de la práctica interdisciplinaria.

Destacar los elementos narcisistas como perturbadores nos remiten a considerar la dimensión de la estética, en tanto componente im-

prescindible del desarrollo humano, y que resulta, indudablemente en la actualidad, un componente que no se debe obviar.

No podemos negar la importancia que se da en la actualidad a las formas, muchas veces en detrimento de los contenidos.

Diríamos que la estética, según el Diccionario filosófico refiere a:

“La encarnación objetivamente sensible de aquellos aspectos de las relaciones sociales que facilitan o no facilitan el desenvolvimiento armónico del individuo, su libre actividad creadora dirigida a la producción de lo bello, a la realización de lo elevado y de lo heroico, a la lucha contra lo feo y lo bajo. Implica el goce del hombre por la manifestación libre de sus aptitudes y fuerzas creadoras, así como la belleza de los productos obtenidos en virtud de la actividad creadora de los seres humanos en todas las esferas de la vida personal y social”. (156)

Incorporamos la valoración estética, formando parte junto con lo ético, de un par de categorías que participan estrechamente en el desarrollo de la sociedad y por lo tanto de los sujetos que la habitan. Estos son los elementos de la subjetividad que queremos destacar y que inciden en el quehacer cotidiano, refiriendo directamente con la disponibilidad mencionada al inicio.

En la dirección que pretendemos orientarnos, insistimos en señalar cómo los factores subjetivos facilitan u obturan el desarrollo de los procesos interdisciplinarios.

Como plantea Bauman en relación a la liquidez de la sociedad actual, donde prevalece la instantaneidad y la indefinición de la espacialidad, nos preguntamos cómo se puede pretender que existan espacios de piense, reflexivos y críticos, que analicen las problemáticas desde las múltiples miradas existentes.

Tomando como ejemplo la cotidianeidad de un espacio clínico, no solo el tiempo de atención en la consulta está regulado con una lógica mercantil sino que el actuar del técnico en esa realidad se remite a una serie de derivaciones y acumulación de estudios, que fragmentan la realidad más que integrarla en la complejidad inherente a la misma.

La dimensión ética del problema es de tal complejidad que excede este trabajo no solo por la complejidad mencionada, sino también requiere de un colectivo de piense que nos excede.

Sin embargo y reconociendo que apenas es un esbozo del tema, deseamos incorporar, pues lo consideramos un factor indispensable, los aportes que desde la visión de la ética del bien común, nos impulsa a pensar sobre la necesidad de profundizar sobre el tema y sobre todo ampliarlo.

Tomando algunas observaciones de Hinkelammert, Franz nos parece interesante la perspectiva que introduce sobre la diferencia entre la acción directa e indirecta de nuestras acciones.

Desde una perspectiva ecológica denuncia en cierto modo como la ética de la acción directa se transformó en una serie de mandatos, donde se señala lo que se debe o no realizar y que en definitiva termina fragmentando la realidad y siendo funcional al sistema. Resultan, desde este espacio de la acción directa, en un conjunto de normas muy vinculadas directamente al sujeto y sus acciones. Sin embargo, nuestro accionar siempre repercute y genera efectos, por lo menos en nuestro entorno más inmediato. Es decir, que pensar desde una dimensión ética los efectos indirectos de nuestras acciones es un aporte indispensable, pero no muy tenido en cuenta cuando vamos a pensar nuestra actividad en el campo o área que sea.

Conviene recordar cómo tratamos los temas éticos y cómo abordamos la formación al respecto, es decir tomar en cuenta los procesos de introyección de determinados valores que condicionan nuestro quehacer cotidiano,

“El hombre es bueno por naturaleza”

Esta sentencia que desde el siglo XVIII, Rousseau desarrolla como una afirmación, nos impulsa a pensar que características tiene el ser humano en la actualidad que facilitan un pensar desde el entre y que tolera las grietas, de las que nos habla Vasen.

Desde una perspectiva marxista, el ser humano es un ser social, depende del conjunto de relaciones sociales, establecidas con otros.

Desde esta posición teórica, los valores de la sociedad capitalista que resultan de una realidad cruel se pueden sintetizar en la conocida frase:

la explotación del hombre por el hombre,

esta sociedad basada en la organización del trabajo, la generación de la riqueza y su distribución y que tiene su mayor despliegue en la etapa

actual llamada de capitalismo tardío o salvaje, genera seres egoístas que para mantener sus privilegios luchan encarnizadamente convirtiéndose en sujetos individualistas, injustos y violentos.

De alguna manera, se tensiona la naturaleza social del ser humano y pone en serias dudas la afirmación Roussoniana.

Insistimos que para nosotros, este es un punto que no se debe soslayar, es decir los factores que construyen subjetividad, por la incidencia que tienen en la construcción de la posición que adopta el ser humano actual en relación con los otros, ya sea en el trabajo, en lo familiar, etc.

Pensamos que en la actualidad, insistimos, el enunciar una práctica interdisciplinaria es más expresión de un deseo que un real hacer, resulta más una denuncia y un reclamo de la necesidad de alcanzar una práctica que se vislumbra enormemente rica en sus posibilidades, en tanto permite ubicarnos en un lugar que habilita la visualización del problema en su real complejidad.

Por otra parte, lo que no es de despreciar, sabemos y aceptamos, no con cierto dejo de rebeldía, que estos cambios se van a dar en un paulatino y lento proceso, muy vinculado a las leyes de la estructura social y sus características, por lo tanto gratifica, ya solo, la enunciación de la posibilidad de su práctica como una primera confrontación al discurso hegemónico que mantiene y sostiene determinadas lógicas de poder, vinculadas al dominio de unas disciplinas sobre otras, reflejo de lo que damos en llamar la superestructura, creada por el sistema para su reproducción y permanencia.

Recordar la definición de disciplina desarrollada por Foucault, M. resulta en este momento pertinente:

“A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las “disciplinas”. (2003, 126)

A qué nos referimos cuando mencionamos estas dos categorías, que a nuestro entender, dan claridad a las ideas que estamos intentando desarrollar y que por otra parte, nos ayudan a entender los procesos de subjetivación en la modernidad,

“No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario, es su ser social el que determina su conciencia” Marx, C. (1975,9).

Para nosotros, esta frase tan contundente y que sintetiza aspectos fundamentales del pensamiento marxista, da cuenta justamente de la dimensión que deseamos ahora destacar.

Es decir, cuando planteamos que para poder realizar una práctica interdisciplinaria, el sujeto, debe tener la posibilidad y capacidad de aceptar el discurso del otro y de los otros, transmitiendo la perspectiva de un determinado problema e incorporarlo en un nuevo discurso colectivo que exige un posicionamiento generoso, tanto en el dar como en el recibir.

¿Cómo se constata que esto sucede? ¿Y por qué?

Afirmamos que nos encontramos en una etapa más discursiva que práctica.

Para muestra de esta realidad nos alcanza con poner atención en los dispositivos administrativos, los protocolos que marcan itinerarios preestablecidos en las derivaciones en la salud, por ejemplo.

Esta observación reflexiva y crítica, nos da pruebas que aún el discurso, está alejado de una práctica interdisciplinaria y que muy por el contrario, las prácticas observadas continúan representando al modelo hegemónico, fragmentario y unidireccional.

Nos referimos prácticamente a todos los dispositivos e instituciones existentes en nuestra sociedad, en el campo de la educación: escuela, liceo, la propia universidad. En el campo de la salud: los modelos asistenciales, la mirada que prioriza un determinado aspecto, simplificando la complejidad del desenvolvimiento humano, en este sentido, hacemos referencia al avanzado proceso de medicalización de la sociedad a partir de la prevalencia de un exceso de biologicismo, que quita toda posibilidad de entender los sucesos, en la multiplicidad de factores que interactúan: sociales, culturales, emocionales, económicos, entre otros.

Si tomamos el ejemplo de la Universidad como Institución instituyente e instituida y, respetando su abundante acumulado histórico, pero sin olvidar, que uno de los objetivos de su origen fue controlar la generación de conocimiento y su uso en función de los intereses de clase, se nos presenta claramente como una oportunidad, el desarrollo

de un discurso contra-hegemónico que no solo se relaciona con la investigación sino con la docencia y como resultado incide en un egresado profesional, funcional o rebelde al sistema.

Como toda construcción humana, continuando con el ejemplo de la Universidad, se encuentra plagada de contradicciones. Nos referimos a que la Universidad es una institución altamente conservadora, pero por su misma evolución habilita en su seno la rebeldía de movimientos que aportan a la transformación.

La interdisciplina entonces, entra en una flagrante contradicción con el saber instituido, simplificador de la realidad.

Practicar la interdisciplina significa andar por el camino de las alternativas.

Nuevamente nos preguntamos: ¿hay una tan clara mayoría que adopta y tensiona el sistema tanto en el uso del tiempo y del espacio para pensar o resultan en discursos políticamente correctos que solo tienen una vocación de desviación?

Continuando en el escenario universitario, por la cuota de responsabilidad que le corresponde en tanto encargada de la formación de profesionales y que en el ejercicio cotidiano, expresan un estilo en sus prácticas profesionales que tienen una dimensión ética y estética y que por lo tanto, pueden ser facilitadoras de experiencias interdisciplinarias o no, conviene recordar el pensamiento de Oscar Varsavsky, resulta oportuno dada la responsabilidad de la Universidad, pero además, en consonancia con la idea que venimos desarrollando de los componentes subjetivos que hacen obstáculo en el desarrollo interdisciplinario.

De la mano de la sociedad de la liquidez y del *fluir*, una institución formadora como es la Universidad se desarrolla bajo su influencia con la categorización acertada de la modernidad que realiza Bauman, su despliegue pondera lamentablemente las valoraciones y perspectivas cuantificables, muy alejadas de las reales necesidades de la gente en general, al decir de Varsavsky, O.:

“El cientificismo es un factor importante en el proceso de desnacionalización que estamos sufriendo, refuerza nuestra dependencia cultural y económica y nos hace satélites de ciertos polos mundiales de desarrollo” (1975, 35)

y en relación a la importancia de la interdisciplina como una perspectiva de trabajo que contribuye a la autonomía del pensamiento, constituyente de un tipo de subjetividad, nos recuerda:

“Por estudio interdisciplinario no quiero decir un equipo dirigido por un biólogo, por ejemplo, en el que actúan como colaboradores secundarios químicos, estadísticos o economistas, ni tampoco un estudio múltiple de los distintos aspectos del problema hecho por varios especialistas que trabajan cada uno por su cuenta. El primer tipo de estudio es en realidad monodisciplinario, y el segundo multidisciplinario.. El inter indica un grado de organización y amplitud mayor, los distintos aspectos discutidos en común por especialistas de igual nivel en las distintas disciplinas, para descubrir las interconexiones e influencias mutuas de esos aspectos y para que cada especialista aproveche no solo los conocimientos, sino la manera de pensar y encarar los problemas habituales por los demás” (1975, 18-19)

Insistimos en reiterar la evidencia de la profunda contradicción que existe hoy en día, entre el decir y el hacer.

Estos son los dispositivos supra-estructurales, en relación a los ejemplos mencionados, tomamos la influencia del sistema educativo que transmite, como otras instituciones, la familia es un caso, los fundamentos de la conciencia social que dan consistencia al ser, tal como nos recuerda Marx en la frase mencionada con anterioridad.

Los sistemas jurídico y político también forman parte de esta superestructura, porque en su despliegue y funcionamiento, permiten la permanencia de una determinada estructura que Marx define como:

“El conjunto de relaciones de producción” (1975, 8).

haciendo referencia a la generación de la riqueza, de quien la produce y su distribución posterior.

A partir de este modo de comprender el desarrollo humano, profundamente vinculado a sus condiciones materiales de vida, se nos dan elementos que nos permiten y nos dan claridad en la comprensión de lo que estamos planteando.

¿Es posible entonces?, realizar una práctica interdisciplinaria que exige descentrarse de uno mismo, generosamente, compartir y aceptar la ignorancia como parte de la realidad, en un sistema altamente competitivo e individualista como el actual y que en sus diferentes dispositivos supra-estructurales, contribuyen a formar personas y todo

lo que ello implica, en cuanto valores morales, afectos, emociones que se desarrollan en un entramado que hace posible el mantenimiento de una estructura perversa que privilegia, la acumulación de la riqueza antes que la calidad y distribución equitativa y justa que contribuye a mejorar la calidad de vida.

Podemos acá también y solo a modo de mostrar la complejidad y necesidad de comenzar a plantear desde este lugar epistémico, el por qué somos críticos en cuanto a si es real el desarrollo de una acción interdisciplinar.

Desde esta perspectiva se puede entender como hasta la elección y trasmisión de valores, queda sujeta claramente a intereses no objetivos y que pueden resultar un componente más, del discurso funcional al sistema.

Interdisciplinar exige un posicionamiento que no alcanza únicamente con desarrollar teóricamente la complejidad del concepto, sino que implica además, un hacer que compromete al sujeto, hacedor en su práctica.

Es decir, lo compromete en su acción interdisciplinar que permanentemente tensiona la dimensión subjetiva del sujeto en cuestión.

Esta es la dimensión del problema que deseamos introducir, pues es, desde nuestra óptica, un importante obstáculo para el desarrollo de la interdisciplinariedad.

Reiteramos, nos referimos a los componentes de la subjetividad que son siempre de alguna manera los que colocan al sujeto en cuestión, es el factor que define su accionar. Para resultar más clara nuestra posición, de otro modo decimos, cuando se aborda un problema, se reconoce la complejidad del mismo, la multicausalidad y diversidad de expresiones que se observan y por lo tanto, se acepta la imposibilidad de comprenderlo desde una mirada unilateral, estamos confrontando, tal vez puede ser, en la mayoría de las veces sin ser conscientes de ello, una edificación epistemológica, construida desde paradigmas que responden, a un modo de ver la realidad, comprenderla, asumirla y eventualmente construirla y modificarla, siempre vinculada a una determinada lógica de poder, sujeta a determinados intereses.

Ponemos al sujeto hacedor como una de las variantes fundamentales para poder entender en parte, por qué afirmamos, que nos encontramos en una etapa de enorme despliegue teórico sobre lo inter-

disciplinar pero con un hacer sensiblemente menor, más allá, de que categoricemos nuestras prácticas, como interdisciplinarias.

Retomamos a Stolkiner, A. cuando dice: “Sucede que las disciplinas no interactúan entre ellas, los que interactúan son los sujetos que las portan y enuncian” (2012,7).

Es por esto que ubicamos el análisis en esta variable, el sujeto que realiza la práctica.

Hace ya un tiempo que, desde nuestro trabajo en las tareas docentes nos preocupa cómo poder abordar el proceso de formación de un sujeto que se posicione desde una perspectiva interdisciplinar.

Contribuir a la ruptura epistémica consagrada en la actualidad, este es un problema que nos resulta arduo y que nos exige desde nuestra perspectiva, continuar reflexionando y particularmente buscar los aliados necesarios.

Por otra parte, tenemos la intuición que aproximarnos al hecho educativo, que permita la elaboración cognitiva en un marco ético, contundente, sólido sin alejar la dimensión de los afectos, en un entrelazado íntimo, estrecho, indisoluble, nos confronta a una visión aún mayoritaria, del sistema educativo que es condescendiente con el sistema, no en vano, es tan difícil pensar su reformulación, en aras de su transformación.

Estamos sin duda, afirmando que la posibilidad de contribuir a que trabajadores-profesionales integren la perspectiva interdisciplinaria, a modo de tendencia como dice Stolkiner, incorporada en la subjetividad, no se logra por generación espontánea, sino que se vincula estrechamente a la concepción de sujeto a la que adherimos.

Por lo tanto, sí será pertinente preguntar qué tipo de sujeto es funcional al sistema existente

Desde la concepción a la que afiliamos, las relaciones sociales, las instituciones del Estado, las educativas, las de salud, tanto reales como simbólicas y en este sentido nos referimos a la construcción del lenguaje y el desarrollo de una narrativa que en el despliegue de su discurso, en su función performativa, va enunciando “verdades” que se van asimilando y conforman la subjetividad de los sujetos y de los colectivos.

Como definimos anteriormente, en relación a los dispositivos creados por el sistema para su subsistencia y que desarrollan estrate-

gias de influencia colonizadora sobre el proceso de construcción de subjetividad. Resulta en una evidente contradicción la necesidad de un sujeto disponible a la escucha y a la sabiduría de un otro, cuando desde el sistema actual, se potencia el individualismo que conduce a la anulación de toda tarea de cooperatividad.

Nuevamente Stolkiner, A. nos dice, “...un equipo interdisciplinario no puede tener un jefe, requiere de una coordinación que debe, en muchas oportunidades, trabajar como operador en interfase entre los distintos campos, como facilitador del diálogo entre lenguajes diversos” (2012, 7).

Para concluir y pensando en términos de la dialéctica, no queda otro camino que volver sobre nuestra realidad, pensarla, habitarla y transformarla.

Bibliografía

- Bauman, Z. 2004 Modernidad líquida Fondo de cultura económica Argentina de Sousa Santos, B. 2010 la universidad en el siglo XXI Ed. Trilce Montevideo.
- Foucault, M. 2003 Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión Ed. Siglo Veintiuno Argentina.
- Marx, C. 1975 Contribución a la crítica de la economía política Ed Estudio Argentina.
- Morin, E. 2007 Introducción al pensamiento complejo Ed. Gedisa Barcelona
- Rivera, S. (Coord) 2013 Alternativas epistemológicas Ed. Prometeo Buenos Aires.
- Rosental, M. M. Diccionario filosófico Ed. Pueblos Unidos Montevideo.
- Stolkiner, A. 2012 en Diálogo, revista de Extensión Universitaria. Universidad de la República.
- Varsavsky, O. 1975 Ciencia, política y cientificismo Centro editor América Latina Argentina.
- Vasen, J. 2005 Fantasmas y pastillas Ed. Letra Viva Argentina.
- Hinkelammert Ética bien común encontrado 22/3 en: www.ecologiasocial.com/biblioteca/HinkelammertEticaBienComun.htm

SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ACCIÓN: EL PROBLEMA DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Graciela Rita Natella

Los crecientes avances en materia de promoción y protección de derechos de personas con padecimientos mentales, a partir de convenciones internacionales¹¹⁵ y desarrollos teórico-metodológicos de organismos internacionales de salud (PHO, 2009; OPS, 1990), no parecen corresponderse con el afianzamiento de sistemas de atención que permitan alcanzar la implementación de tales postulados, esperables en aquellos países que cuentan con marcos regulatorios en salud mental basados en el enfoque de derechos¹¹⁶.

El panorama parece polarizarse entre dos perspectivas, que podrían considerarse epicentros del campo de la salud mental actual. Por una parte, se dispone de normativas legales que entienden a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho y establecen su defensa, promoción y protección, constituyendo estándares para la atención de las personas con padecimiento mental por los que se prioriza su integración social. Por otra parte, se identifica la insuficiente transformación de los sistemas sanitarios y judiciales cuyo engranaje estructural y funcional no alcanza a efectivizar estos propósitos de forma plena y extendida.

La tensión entre ambas perspectivas trae aparejados efectos aun no medibles, aunque junto a las deficiencias existentes, es de destacar la movilidad desatada en un sistema que históricamente ha funcionado de manera depositaria y lineal, estancado en el oscurantismo asilar

115. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

116. Referencia a la República Argentina en particular, aunque extensible a países de América Latina que presenten similares condiciones.

y que ha naturalizado vulneraciones de derechos, entre otros la hospitalización de por vida de las personas.

Una configuración, que en la actualidad ya no parece desestimarse ni siquiera desde sectores que no adhieren a políticas públicas de base comunitaria ni a leyes de salud mental y derechos humanos, que orientan hacia la desinstitucionalización.

El escenario parece constituirse por la coexistencia de diversas posturas en el sector profesional, polarizadas entre quienes apoyan enfoques comunitarios de atención y la sustitución y cierre del hospital psiquiátrico y quienes se oponen a estas premisas, pasando por aquellos que presentan resistencias y contradicciones aun manifestando su adhesión a la perspectiva de salud mental comunitaria, aunque cuestionan el cierre del hospital psiquiátrico y no asumen como parte de sus competencias el diseño de estrategias de inclusión social de las personas que asisten.

Es justamente este nivel de conflictividad y fuerzas encontradas en el sector profesional, lo que impulsa a una reflexión crítica sobre las bases formativas disponibles para este sector, dado que se advierte la persistencia de representaciones profesionales sobre la locura de carácter depositario y estigmatizante, así como una carencia de experticias sobre cómo y dónde abordar las problemáticas mentales severas.

Tal como se ha mencionado el posicionamiento de este sector no es lineal, ni tampoco lo es el de las cátedras que asientan en hospitales y universidades, varias de las cuales impulsan una nueva visión transmitiendo un nuevo paradigma y un nuevo enfoque de atención en salud mental y desafían el orden institucional establecido a través del desarrollo de trabajos de campo en territorio y de prácticas de formación profesional en centros de salud, hospitales generales, organizaciones sociales y todo otro efector comunitario. Situación que marca una ruptura con la tradicional formación de prácticas en los hospitales psiquiátricos y otras instituciones de carácter restrictivo, las que perpetúan las perspectivas teórico-metodológicas que se quieren superar que, no solo no habilitan para llevar adelante dichos procesos de transformación, sino que habitualmente los obstaculizan.

Se han identificado algunos aspectos del quehacer técnico-profesional que funcionan como una barrera para los avances de los procesos de reforma del sistema, entre otros:

a) La Persistencia de concepciones arcaicas sobre “la enfermedad” y “el enfermo mental”; b) la persistencia de prácticas de orden clínico-asistencial y/o la implementación de prácticas con vocación comunitaria que no alcanzan a adquirir este carácter al no posibilitar la inclusión social de las personas; c) la utilización de prácticas de corte manicomial consideradas en la actualidad restrictivas de derechos; d) el ejercicio de una clínica-asistencial no sustituida por una clínica comunitaria; e) las resistencias y contradicciones frente al desarrollo de la red de servicios generales y comunitarios como sustitutivos al hospital psiquiátrico, sosteniendo su permanencia.

Estos aspectos o barreras –desarrollados en páginas subsiguientes– conforman un estado de situación que parece ser común tanto en relación a la modalidad de atención a las personas, como al funcionamiento de los efectores a cargo de asistirlos.

Estos denominadores comunes, fuerzan a relativizar toda apreciación particular sobre las diferentes instituciones o equipos técnico-profesionales, para destacar la existencia de un efecto-contexto condicionante de las concepciones, el desarrollo de los servicios y las prácticas implementadas en la mayor parte de los efectores.

La situación contextual, no alcanza exclusivamente a las instituciones monovalentes a cargo de las problemáticas específicas de salud mental tales como clínicas/hospitales psiquiátricos, colonias y comunidades terapéuticas; sino que se expande a instituciones geriátricas, hogares de niños, niñas y adolescentes, programas de salud mental en institutos penitenciarios, y todo efector que asista problemáticas mentales y cuente con profesionales y técnicos del área.

De igual forma, estas barreras se pueden identificar en los servicios de salud mental de los hospitales generales, temática que será ampliada en páginas siguientes.

La transversalidad de concepciones y prácticas en los profesionales de los citados efectores, parece ser un exponente de la formación académica que al excluir en su mayor parte los enfoques de salud mental pública, colectiva y comunitaria –por otra parte no vivenciados en prácticas hospitalarias como un hecho posible– suscita que las ofertas y respuestas disponibles se desarrollen desde los enfoques asistenciales tradicionales.

Hacer centro en la formación técnico-profesional como un componente clave de los sistemas de salud mental, tiene como objeto dimensionarla como un obstáculo de primer orden para la transformación de estos sistemas, que no parece percibirse suficientemente. Esta carencia de registro podría estar encubriendo un estancamiento, una resistencia que no se revela como tal y que por esta misma condición conserva su fiijeza y apariencia accesoria.

En efecto, la formación profesional ha instituido concepciones y coadyuvado en la construcción de representaciones sociales negativas sobre el padecimiento mental, difíciles de transformar –entre otros motivos– por lo indiscutible de su procedencia “académica”, mas tarde perpetuada en andamiajes corporativos devenidos en criterio de autoridad en la materia.

Antes de proseguir, parece necesario realizar algunas puntuaciones. En primer término, cuando se alude a la formación técnico-profesional se hace referencia a todas las disciplinas que podrían vincularse al área de salud mental –independientemente del campo al que pertenezcan– con la expectativa que cada actor produzca una autocrítica del sector de procedencia y de la propia incumbencia, idea enmarcada en un enfoque de salud mental comunitaria y su impulso hacia la cooperación y responsabilidad colectiva, a cambio de toda postura corporativa.

En segundo lugar, detenerse en la formación profesional como barrera destacable para la reforma del sistema de salud mental, no implica minimizar otros obstáculos empezando por aquellos macro-sociales que hacen al contexto socioeconómico local, la falta de decisión política, el déficit de presupuesto legítimo y descentralizado, la carencia de servicios generales y comunitarios. Tampoco podemos omitir la participación de la industria farmacéutica y otros intereses creados, que anteponen sus propios beneficios a los de la salud colectiva. Todas barreras suficientemente descritas en una vasta y rigurosa bibliografía disponible (OPS, 2005).

La formación profesional –por cierto– no representa exclusivamente un obstáculo de sector, sino que es parte de un hecho político, que se manifiesta en las oscilaciones, progresiones o regresiones del sistema de acuerdo a las decisiones de los gobiernos y poderes de turno, responsables en sentido amplio de una política pública que no termina

de poner en marcha las alternativas orientadas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental, por lo que tampoco demanda una formación académica adecuada hacia tal fin.

Destacar al sector profesional, tiene como objeto apreciarlo en todo su alcance y potencialidad, reconociendo su conexión con las demás barreras existentes como protagonista decisivo en el cauce que puede adquirir el área de salud mental. La interconexión de este sector con los demás componentes del sistema, se expresa en su intervención en todos los estamentos públicos y privados vinculados a dicha área.

Un ministro de salud o director de salud mental, sus respectivos asesores y funcionarios políticos; catedráticos y docentes de pre y posgrado; coordinadores y gestores de servicios y prestaciones son –en su conjunto– quienes construyen, definen y perpetúan modelos y prácticas de atención en salud mental. Su participación se extiende a laboratorios medicinales y otras empresas tecnológicas haciéndolos parte de intereses económicos particulares, así como de sociedades corporativas que imponen y ofertan una estructura prestacional con frecuencia contrapuesta a una perspectiva de salud mental comunitaria.

Por el contrario, se reivindica desde estas páginas a todos aquellos profesionales y técnicos de la salud mental que han liderado e impulsado experiencias de reforma, a los que han trabajado, trabajan y trabajarán en la construcción de alternativas respetuosas de derechos, innovadoras y que implican un alto grado de compromiso en pos de facilitar la inclusión comunitaria de personas con padecimiento mental.

Muchos de estos trabajadores se encuentran decepcionados por los nimios avances producidos, en particular sobre el desarrollo de servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico, aunque también en relación a las experiencias de base comunitaria que han podido desarrollar pero que al encontrarse circunscriptas a efectores locales sin contar con un plan territorial de reforma, no alcanzan a instituirse como un polo duradero de transformación.

Se entiende que es prioritario nuclear y apoyar a estos grupos de profesionales y técnicos, por representar un capital social para una salud mental comunitaria en acción.

Antes de proseguir en el desarrollo de algunas de las concepciones y prácticas del quehacer profesional identificadas como barreras y enunciadas en páginas anteriores, se entiende necesario contextualizarlas

como exponentes de dos modelos en pugna de la atención de la salud mental: el modelo clínico-asistencial y el modelo comunitario-epidemiológico.

Dos Modelos en Pugna

Dada la existencia de una amplia bibliografía disponible sobre los modelos de atención en salud mental (Levav, 1992) nos detendremos aquí en aquellos aspectos funcionales a este escrito, en términos de que ambos modelos representan y son exponentes de diferentes paradigmas, por lo que moldean distintas perspectivas y formas de entender e intervenir en la realidad.

El modelo clínico-asistencial se ha estructurado en base al origen biológico-psicológico del padecimiento, interviniendo predominantemente sobre el individuo, el control de sus síntomas y conductas a través de la farmacología y las psicoterapias, la internación en efectores especializados y la institucionalización. Ha prescindido –con frecuencia– de prácticas de orden social y comunitario en el propio contexto de las personas y no ha incorporado como finalidad de los tratamientos la inclusión social y el ejercicio de sus derechos. Se entiende que es el modelo dominante, referente de las prácticas y la clínica aun vigente.

El modelo comunitario-epidemiológico a pesar de incluir disciplinas como la psiquiatría y la psicología y algunos de sus aspectos teórico-metodológicos, no representa una mera ampliación del modelo clínico-asistencial al que se anexan nuevas disciplinas, actores y sectores en interacción con el campo social. Ni siquiera se define por el ámbito de las intervenciones, ya que aún desarrollándose en el mismo ámbito comunitario puede no alcanzar este carácter.

Se entiende que una condición básica para definir “lo comunitario” –el modelo, la práctica, la clínica– es el respeto y garantía de derechos como base de su estructura y funcionamiento.

Como se mencionó al inicio de este apartado, existe una vasta bibliografía sobre esta temática, por lo que queda subrayar esta condición destacable que se actualiza y profundiza en relación al eje salud mental y derechos humanos.

El modelo comunitario de atención enmarca sus características principales (democrático, universal, equitativo, promocional, inter-

disciplinario, intersectorial, igualitario, accesible, presume capacidad, produce autonomía e inclusión social) en este eje que las atraviesa y condiciona. Está basado en el ejercicio de derechos, sin los que no resulta posible alcanzar el bienestar mental y la salud mental positiva. (OMS, 2004).

El correlato metodológico y de organización de la atención propuesta por este modelo corresponde a una red de servicios de salud mental con base comunitaria, sustitutiva al hospital psiquiátrico, proceso conocido como reforma del sistema de salud mental, desinstitutionalización o desmanicomialización.

Ambos modelos estructuran concepciones, metodologías y prácticas, organizadas a su vez en un tipo de clínica –asistencial o comunitaria– que condiciona el quehacer profesional según el modelo de referencia.

En este escrito, se destaca la preponderancia del modelo clínico-asistencial como estructurante de la formación académica y por ende del quehacer profesional y de las barreras u obstáculos subsecuentes propios del sector para avanzar en un proceso de reforma.

Por otra parte, es de destacar que frente a la responsabilidad de los estados de desarrollar políticas públicas que garanticen el ejercicio de derechos, para lo cual sería necesaria la planificación y financiamiento de servicios generales y comunitarios tal como establecen los estándares internacionales en la materia, no se dispone de una orientación cabal para el desarrollo de tales servicios, dada la vigencia de un modelo dominante antagónico con las políticas de salud mental de base comunitaria.

Si bien las recomendaciones de organismos internacionales de salud priorizan el desarrollo de políticas de salud mental basadas en modelos de atención comunitaria (Funk, et al., 2009) la escasa formación y desarrollo de estos modelos conspira con tales postulados.

Algunas concepciones y prácticas identificadas como obstáculos del quehacer profesional para avanzar en un proceso de reforma

Entendiendo que la dimensión de las concepciones y prácticas excede las posibilidades de su desarrollo en este material, se presenta aquí una breve selección, de entre otras, que son parte del modelo de atención aún vigente y expresión del quehacer profesional.

a) La persistencia de concepciones arcaicas sobre el “enfermo” y la “enfermedad mental”.

Encontraremos –por ejemplo– que aún se explica la evolución tórpida de las personas que presentan un diagnóstico de trastorno mental severo por motivos únicamente intrínsecos a su padecimiento, sin producirse interrogantes críticos acerca de la eficacia de los tratamientos efectuados, ni de los recursos conceptuales e instrumentales en que se basan las intervenciones. Una delegación en el usuario de los motivos del impedimento de sus avances, que elude las posibles carencias disciplinares para afrontar y resolver la problemática.

La persistencia de caracterizaciones hacia una parte de la población usuaria de los servicios de salud mental como “crónica”, se encuentra lejos de asimilarse al sentido que la salud pública otorga a las personas con afecciones de larga duración y progresión lenta, quienes comienzan a entenderse desde una perspectiva de complejidad y desafío por intensificar su atención, incrementar su participación activa en los tratamientos, desarrollar capacidades para la vida diaria y autonomía, disminuir secuelas, entre otros progresos.

En el campo de la salud mental, la caracterización de una persona como “crónica” tiene una connotación contraria a estos supuestos y las más de las veces resulta peyorativa. Una calificación que con frecuencia produce una disminución de la intensidad y la periodicidad de los tratamientos, de la promoción y estimulación de las capacidades, de la participación del usuario en las propias estrategias terapéuticas y en la toma de decisiones y una disminución de la autonomía que decrece en vez de incrementarse. Como si existiera un acuerdo tácito que no es una población “trabajable” con la que, a cambio de complejizar e intensificar las prestaciones, se espera su irreductible deterioro, intrínseco a la cronicidad de la patología.

En síntesis, disminuye toda expectativa positiva sobre la persona que padece, de tal forma que su inhabilitación, dependencia e institucionalización constituyen los destinos más posibles y cercanos. Un derrotero que se aproxima mayormente al antiguo paradigma asilar por el que se entendía a la persona con padecimiento mental como incapaz, peligrosa, irrecuperable y hasta intratable. Todas estas, representaciones profesionales negativas que, además de generar opinión en el colectivo social, sostienen modelos de atención basados en la “enfermedad mental” y en el “enfermo” como sujeto de tutela y exclusión de acuerdo a los grados de “cronicidad” y limitaciones presentadas, las que podrían justificar el uso de prácticas y métodos restrictivos.

Por el contrario, el nuevo paradigma basado en el enfoque de salud mental y derechos humanos en correspondencia con el modelo comunitario de atención, implica nuevas concepciones que presumen a toda persona capaz y como sujeto de inclusión social, un postulado filosóficamente aceptado por gran parte del espectro profesional, aunque con frecuencia omitido en su implementación o instrumentado desde el cuerpo de conocimientos correspondiente al paradigma anterior y al modelo clínico-asistencial.

Se presenta entonces, una continua discordancia entre los postulados de inclusión social y los modelos de referencia y las prácticas sucedáneas, como si faltara un reconocimiento pleno y eslabones conducentes entre unos y otros: la incorporación de piezas conceptuales e instrumentales que determinen el desarrollo de nuevos procesos fácticos.

Un conocimiento-puente para disminuir la brecha entre los marcos normativos disponibles, los modelos que los representan y su implementación. Una brecha que se hace presente de distintas formas; una de ellas dramatizada en la carencia de ofertas alternativas (políticas, presupuesto, servicios, prácticas, concepciones, capacitación, entre otras) que medien entre la internación indefinida en instituciones psiquiátricas y la integración comunitaria.

La creencia extendida que el único puente necesario es el dispositivo estructural, encubre el déficit de formación profesional para alcanzar procesos de inclusión mediante la experticia del recurso humano, condición básica para que los servicios y dispositivos adquieran este carácter, según opinión de los expertos. (OMS, 2009).

Esta consideración permitiría inferir que el primer dispositivo con el que se debería contar es el conocimiento.

Si regresamos al ejemplo de la evolución tórpida como proceso intrínseco a la persona, advertiremos que su justificación parte de la cronicidad adjudicada a ciertos trastornos mentales severos que –como se sugirió previamente– contarían con un determinismo hacia el deterioro y posible demencia, desconociendo todo desarrollo conceptual por el cual la evolución de la persona depende en gran medida del peso de las variables sociales y de los servicios de atención, por sobre las variables diagnósticas y psicopatológicas (Sarraceno, 2003).

Es así, que tanto los expertos teóricos de la Reforma como las experiencias mundiales de transformación de los sistemas de salud mental, permiten evidenciar (desde hace varias décadas) que la evolución depende de las propuestas y alternativas concretas para la transformación de la vida; de las estrategias de manejo ambiental; del funcionamiento social de las personas, por lo que el diagnóstico no predice la evolución ni influye sobre los programas de rehabilitación, siendo la respuesta social y personal al episodio agudo lo que decide el desarrollo psicótico. La cronificación sería entonces, un proceso mediado por el artefacto social, así como la evolución se encontraría vinculada con las expectativas, por lo que es necesario modificar las esperanzas de todos los actores¹¹⁷. (Sarraceno, 2003).

De forma similar, funcionan las caracterizaciones de peligrosidad, incapacidad, irrecuperabilidad, todas enmarcadas por un determinismo diagnóstico al que se le adjudica una fijeza evolutiva y pronóstica que encubre la ausencia de prestaciones y dispositivos de alto grado de apoyo, la escasa intensidad de la atención, el déficit de continuidad de cuidados y de un abordaje multidimensional que integre a los grupos

117. Conceptualizaciones de Luc Ciompi, desarrolladas por Benedetto Sarraceno en su libro *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación a la ciudadanía posible*.

de pertenencia y a la propia comunidad en un plano de participación y activismo.

Otro desarrollo conceptual cuyas consecuencias parecen no haberse remontado constituye la etiología del padecimiento mental, disputada por los antiguos paradigmas biológico y psicológico. A pesar de considerarse superada por la irrefutable multicausalidad de los trastornos (OMS, 2004), tal absolutismo dogmático permeó y produjo su legado como fuente de prácticas únicas: la prescripción farmacológica y las psicoterapias, respectivamente.

b) la persistencia de prácticas de orden clínico-asistencial y/o la implementación de prácticas con vocación comunitaria que no alcanzan a adquirir este carácter al no posibilitar la inclusión social de las personas.

La prescripción farmacológica y las psicoterapias, dos exponentes principales de prácticas de orden clínico-asistencial cuya prioridad ha consistido en la supresión y en la comprensión del síntoma, resultan imprescindibles para aliviar el sufrimiento y estabilizar conductas, aunque insuficientes para el desarrollo de una vida social plena, en el ejercicio de derechos ciudadanos y en la propia comunidad.

Para concretar este último objetivo es necesario el desarrollo de prácticas vinculadas a la organización de la existencia de las personas, de acompañamiento en la vida cotidiana, de reconstrucción y desarrollo de su red de apoyo, de transformación de aquellos factores ambientales preexistentes que coadyuvaban en la producción de crisis y que de no sanarse podrían perpetuarlas. En síntesis, prácticas que hagan efectivos los derechos esenciales, para lo que se entiende necesaria su expansión al propio contexto de la persona.

Sin embargo, la intervención en el hábitat de las personas, donde se puede identificar el origen del padecimiento y su probable sanación, no está prevista desde los servicios asistenciales como una práctica principal para consolidar la integración comunitaria.

Como parte del enmascaramiento y naturalización del déficit del abordaje extramuros, con frecuencia se reivindican como prácticas comunitarias aquellas desarrolladas dentro de los hospitales psiquiátricos. Si bien, varias de estas acciones constituyen una restitución de derechos –gestión de documentos, pensiones, seguro social, participación en emprendimientos culturales, educativos, cooperativos–, al no ser

parte de procesos de desinstitucionalización e inclusión comunitaria, continúan atravesadas por los mecanismos de control y avasallamiento de la institución total, sin alcanzar a reparar las diferentes dimensiones arrasadas por el encierro, en particular la restitución a la sociedad.

En este sentido, es notorio el déficit de interrogantes acerca del ámbito donde se producen las intervenciones, en gran parte circunscritas a los consultorios de los efectores sanitarios, un estado de situación que consolida los abordajes intramuros, que parecen asumirse como la única oferta posible.

La ausencia de abordajes y tratamientos domiciliarios, de interacción con los grupos primarios y con los sectores e instituciones de referencia y procedencia de la persona usuaria de servicios en los ámbitos locales, la carencia de prácticas territoriales e intersectoriales sostenidas conducentes a la responsabilidad compartida de las estrategias, evidencian una desestimación y/o desconocimiento de los abordajes comunitarios de atención.

La intersectorialidad –condición de la práctica comunitaria– lejos de enfocarse como intervención intensiva, que según las situaciones particulares podrá adquirir carácter continuo para generar un entramado y organización entre aquellos sectores cuya responsabilidad social como “productores” de salud mental requiere de su participación; se tramita con frecuencia como un contacto único entre varios referentes institucionales sin una coordinación definida y sin metas y objetivos con plazos a cumplir.

Ocurre también con otras características que hacen a “lo comunitario” que parecen hallarse desvirtuadas de su significado original no alcanzando a producir los gradientes de transformación esperados. Es el caso de las prácticas interdisciplinarias, por cuanto la interdisciplina –en términos generales– se ha expandido más como una fórmula por la que se suman recursos humanos convencionales (psiquiatra, psicólogo y trabajador social) que como un enfoque vinculado a la socialización de conocimientos, responsabilidades y decisiones, continuando mayormente en cabeza del médico psiquiatra las estrategias y definición de los tratamientos.

La interdisciplina como concepción supone una integración de particularidades en pos de una comprensión expandida de una realidad. No implica la pérdida del saber específico, sino la construcción

de un conocimiento superador. Posibilita que en el momento de la intervención, aun trabajando individualmente, cada operador cuente con una “reserva cognitiva grupal” ampliando sus respuestas y poder resolutivo. Es por tanto un instrumento imprescindible para la intervención comunitaria que, sin embargo, continúa gestionándose sin integrar disciplinas y sectores no convencionales, una incorporación priorizada desde las estrategias comunitarias de atención.

Hablar de interdisciplina, remite a hablar de trabajo en equipo, de conducción y liderazgo, de estrategias terapéuticas y de otras metodologías que no se han desarrollado en este escrito por la extensión que implicaría su exposición, invitando al lector a consultar otras fuentes afines y que pueden resultar complementarias a este material (Cohen, Natella, 2013), ya que lo enunciado tiene como objeto principal ejemplificar los argumentos expuestos.

Otro tanto parece ocurrir con la rehabilitación psicosocial, instrumentada desde enfoques clínico-asistenciales que no acaban de reconocerla e incorporarla como parte de las ofertas de atención o aparece desvirtuada a la manera de talleres y actividades de carácter optativo. Se plantea como optativa la participación en acciones culturales, educativas, laborales cuya función de promover capacidades y efectivizar derechos queda anulada, cuando representa un pasaporte a la recuperación e inclusión.

La ausencia de la persona usuaria en estas “actividades” de rehabilitación, demostraría –según los agentes terapéuticos– su falta de voluntad, predisposición, iniciativa, abulia; produciéndose una nueva delegación de la falta de progresión de los avances en la misma persona usuaria, a cambio de revisar las estrategias terapéuticas implementadas y el insuficiente trabajo de estimulación y acompañamiento que garantice su presencia.

Por otra parte, se estaría respetando la voluntad de la persona de no ser parte de su rehabilitación, a diferencia de lo que ocurre frente a la negativa de recibir medicación o concurrir a entrevistas psicológicas, instrumentos valorados por el sistema de atención a diferencia del lugar devaluado que con frecuencia ocupa la rehabilitación psicosocial, traduciendo lo controversial e inexplorado que resulta este propósito.

Las intervenciones con los referentes familiares del usuario, revelan también la continuidad de prácticas clínicas desde las que la

familia es considerada otro “paciente”, con pocas alternativas de insertarse en un proceso que ayude a su reconversión en un recurso socio-terapéutico.

Se identifica un continuo reclamo de los profesionales acerca de familiares abandonados y sobre el escaso apoyo familiar en los tratamientos, sin proponer un trabajo intensivo, programático y continuo que los involucre, informe y prepare para afrontar un tratamiento y una rehabilitación a largo plazo, tanto del pariente internado como del propio grupo.

Cuando las familias, luego de largos peregrinajes en soledad internan a su pariente, suele ocurrir que los mismos profesionales que reclaman la presencia familiar impiden el contacto y las visitas durante los primeros días de internación. Una prohibición que alude a motivos terapéuticos que en la actualidad son desestimados y considerados iatrogénicos, además de prohibidos por numerosas normativas legales que establecen el derecho a contar con la presencia de referentes vinculados en forma irrestricta, salvo situaciones excepcionales debidamente fundamentadas.

Se considera que tanto la prohibición como la demanda de presencia familiar, son estrategias mayormente ligadas a los requerimientos institucionales, más que a las necesidades del paciente y su atención. Desde el mismo sentido común, podríamos vislumbrar que en toda problemática de salud cobra importancia la compañía de las personas significativas durante un momento de crisis, máxime si esta se presenta con el aditamento de síntomas de desconexión de la realidad y otros desequilibrios transitorios, en que los referentes habituales y conocidos pueden representar una referencia.

En el campo de la salud mental, parece ser que las concepciones de irracionalidad, peligrosidad y otras representaciones negativas, someten a la persona a una privación de derechos –como por ejemplo el contacto sociofamiliar– fortaleciendo su carga de enfermedad, discriminación y estigma.

La convocatoria a la familia sucede con frecuencia con el fin de “tratarla” o para satisfacer necesidades cotidianas del paciente (ropa, dinero, fármacos, entre otras) y frente a la proximidad de alta de la persona, previo a su externación.

Habitualmente no se toma en cuenta que la familia requiere de un alto grado de apoyo, al inicio para entender lo que ocurre con su pariente y poder descansar de la situación límite y de extrema confusión vivida; luego para poder involucrarse, revisar y sanear su propio padecimiento e ir adquiriendo paulatinamente herramientas que permitan una interacción adecuada de todo el grupo familiar, incluyendo al pariente internado. Un proceso, que pocas veces se desarrolla con la intensidad y continuidad que posibilite favorecer una rehabilitación duradera. Tal como señalan varios familiares que han atravesado situaciones de crisis e internación de un pariente y refieren que, al momento de la externación, no habían adquirido el conocimiento ni la destreza que posibilite una convivencia armónica y la prevención de nuevas crisis (Dale Johnson, 1994).

La carencia de criterios de abordaje territorial es otra de las metodologías naturalizadas por las intervenciones de orden clínico asistencial, que no priorizan la atención local, a diferencia de los enfoques comunitarios que consideran el derecho al acceso a una atención cercana, oportuna y temprana, basada en criterios de atención primaria.

La atención extraterritorial es deletérea para la atención en salud mental, ya que con frecuencia consolida la desinserción social que luego se intenta remediar. En caso de tratamientos ambulatorios es probable que la distancia con los servicios asistenciales conspira con la continuidad del tratamiento, algo que es leído como falta de adhesión o abandono de la persona usuaria. De tratarse de una internación lejana a la localidad de residencia, es posible provocar una ruptura de lazos sociales mediada por la distancia y las frecuentes situaciones de vulnerabilidad psicosocial de las familias a asistir, las que dificultan su traslado.

Se construye así, una situación de riesgo para el acompañamiento familiar, la continuidad de visitas, las salidas al domicilio, la revinculación y recaptación familiar y otras intervenciones en el contexto y con los sectores e instituciones vinculados a la persona usuaria, que requieren ser trabajados para garantizar la reinclusión laboral, educativa, domiciliaria y comunitaria. De igual manera, los abordajes extraterritoriales coadyuvan a que las estrategias de externación se vean dificultadas y los plazos de internación prolongados.

c) la utilización de prácticas de corte manicomial que adquieren –en la actualidad– carácter de restricción de derechos:

Se puede identificar internaciones prolongadas sin criterio de permanencia; internaciones sociales; medicalización y polifarmacia; sujeciones físicas prolongadas sin acompañamiento permanente y sin carácter de excepcionalidad; uso indiscriminado de electroshock. También se connotan como metodologías restrictivas: las prácticas de aislamiento; la prohibición de circulación, visitas y comunicación con referentes socio-familiares durante las internaciones; las altas hospitalarias sin un proceso de externación con reinclusión social que habilitan fenómenos de transinstitucionalización y “puerta giratoria”; la internación en hospitales psiquiátricos sin ofertas locales previas de carácter menos restrictivo, entre otras situaciones de vulneración identificadas.

Todas metodologías y prácticas que parecen haber disminuido, sin haberse sustituido por métodos y experticias que produzcan su reemplazo.

Por ejemplo, si bien se identifica una disminución del tiempo de duración de las internaciones tanto en instituciones públicas como privadas, al no desarrollarse experticias para reintegrar a la persona en su propio medio social, prevenir nuevas crisis, garantizar su seguimiento y continuidad de cuidados, se produce en paralelo un aumento de la cantidad y frecuencia de re-internaciones, dando lugar al fenómeno conocido como “puerta giratoria”. Un ciclo por el que la persona recibe el alta sin mediar un proceso que cuente con las condiciones para que la externación sea el paso a una inclusión comunitaria efectiva y duradera.

También se identifica la disminución del tiempo de internaciones a partir del fenómeno conocido como transinstitucionalización, por el cual la persona a cambio de ser externada hacia la comunidad es trasladada a otra institución en algunos casos como lugar de residencia definitiva, habiéndose detectado situaciones de restricción de derechos de igual o superior magnitud a las identificadas en el lugar de procedencia.

En relación a las internaciones definidas como “sociales”, se entiende que es un concepto a expandirse a todas las internaciones prolongadas a las que se debería atribuir este carácter, ya que no sólo la carencia de recursos socio-económicos (familia, casa, dinero) motiva la institucionalización, sino la disponibilidad de los mismos.

De no existir una red de apoyo suficientemente organizada y presente, que acompañe a la persona con padecimiento y tramite la gestión de estos recursos, en particular durante el periodo inmediato a la externación, esta se ve dificultada cuando no impedida bajo el argumento que el usuario no puede afrontar la vida en soledad, así como la continuidad de sus cuidados. Una apreciación compartida, pero que de ninguna forma podría ser resuelta con la internación por tiempo indefinido, la que habitualmente se justifica por la carencia de estos apoyos. El fortalecimiento o construcción de la red de apoyo, es una de las prácticas principales para el logro de la inclusión social, la que parece ser ignorada y no es asumida como parte y propósito de los tratamientos.

Si bien la red de apoyo está compuesta por una diversidad de recursos, responsabilidad de las autoridades correspondientes, se habla aquí de la competencia de los profesionales tratantes para reconocer e interactuar con los recursos sociales existentes, articularlos, potenciarlos y requerirlos a los responsables inmediatos. Dimensionar la trascendencia de gestionar estos apoyos, como factor principal para lograr la inclusión. Algo que no sucede con frecuencia, dada la naturalización de su carencia y la consecuente internación prolongada e institucionalización.

Por otra parte, los recursos gozan de igual reduccionismo que el modelo y la práctica que los define, limitándose a los instrumentos aprobados y conocidos, sin incorporar otras herramientas materiales y

humanas que pueden transformarse en recursos socio-terapéuticos al momento de resolver las necesidades de las personas.

-El uso de métodos controversiales como el electroshock, cuestionado por organismos internacionales¹¹⁸ (Comisión de Derechos Humanos de la ONU, 2013), organizaciones de derechos humanos, redes de usuarios y familiares y público en general, si bien parece haber reducido su implementación indiscriminada –por la que no se realizaban ofertas terapéuticas previas de carácter menos restrictivo– no parece encontrar sustitución por quienes prescriben su aplicación.

Sin embargo, en aquellos países que cuentan con sistemas de reforma del área de salud mental, el electroshock es un método reemplazable a partir de servicios, metodologías y prácticas que desarrollan una diversidad de ofertas de atención y rehabilitación personalizada con los métodos menos restrictivos (Basaglia, 1982).

Este posicionamiento, ha alcanzado estatus legislativo en la provincia de Río Negro, Argentina¹¹⁹ cuya ley de salud mental establece la prohibición del uso de electroshock en su territorio.

Se identifican también numerosas presentaciones en defensa de personas con padecimiento mental, sometidas a vulneraciones vinculadas con el uso de electroshock desde organismos de derechos humanos¹²⁰ y recomendaciones de organismos de control de derechos¹²¹ en América Latina, que cuestionan su uso.

-En el caso de los métodos de aislamiento que a la vez funcionan en instituciones cerradas, se entiende que representan un caso de “aislamiento en el mismo aislamiento”, o sea una doble vulneración de derechos, por lo que resultan métodos prohibidos por normativas de avanzada en materia de salud mental y derechos humanos¹²².

118. Informe del Relator Especial sobre la tortura, y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Juan E. Méndez, Naciones Unidas, Informe A/HRC/22/53.

119. Artículo 10 de la Reglamentación de la Ley N° 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental”. Provincia de Río Negro, República Argentina. 1991

120. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).

121. Resolución Secretaría Ejecutiva N° 17/2014. Órgano de Revisión Nacional de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. República Argentina.

122. Art. 14 del Decreto Reglamentario (603/2013) de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, promulgada en la República Argentina en el año 2010.

Si bien se toma conocimiento de una tendencia al cierre de las “celdas” de aislamiento en las instituciones psiquiátricas, se advierte la pervivencia de prácticas vinculadas a esta metodología aun desarrollándose en otros espacios que los destinados para tal fin, aislando –por ejemplo– a la persona en una sala común, sin sustituirse por el acompañamiento de un mayor número de personal entrenado en las actuales perspectivas de derechos para asistir a personas en crisis, entre otras alternativas.

La presentación de esta breve síntesis de concepciones y prácticas tiene como objeto advertir que, en tanto continúen como rectoras de los procesos terapéuticos desde su transmisión en la formación académica profesional, resultará altamente complicado producir un cambio de los sistemas de atención hacia la perspectiva de derechos.

En efecto, la formación de profesionales y técnicos no se estructura desde estos criterios comunitarios de atención presentando así una omisión principal: no incorpora como finalidad de los tratamientos la inclusión social de las personas con padecimiento mental que tiene como meta asistir (Schiappa Pietra, 2016).

La inclusión social, un imperativo categórico de la época, símbolo del enfoque de derechos en la atención en salud mental es relegada o delegada en las áreas y disciplinas sociales, pero no incorporada como parte y objeto de los tratamientos a la clínica de la salud mental que se enseña en universidades y hospitales.

d) el ejercicio de una clínica-asistencial que no se ha sustituido por una clínica comunitaria:

Tal como se consignara en páginas anteriores¹²³ en relación a los modelos de atención, se entiende la clínica comunitaria como transformación y no como ampliación de la clínica asistencial, ya que a pesar de ser incluyente de las disciplinas y algunos de sus métodos, por ejemplo la psiquiatría y la prescripción farmacológica o la psicología y las psicoterapias; el carácter y funciones que adquieren están en relación al modelo de referencia.

La clínica comunitaria fue llamada clínica de la desmanicomialización en la provincia de Río Negro, Argentina, donde se intentó describir el proceso de construcción de prácticas que la sustentaba con

123. Modelos en Pugna, p. 8.

una frase del acervo popular: “hay que encontrarle la vuelta”. Una frase que aludía al empeño de crear respuestas desde cada persona y escenario social, apelando a un “capital comunitario” que hay que salir a buscar con imaginación y compromiso, incorporando saberes multidimensionales y la diversidad de recursos disponibles, cuya jerarquía es valorada según su eficacia y alcance resolutivo.

Una clínica que expandió sus prácticas hasta donde viven, padecen y se curan las personas —en el trabajo, la escuela, el domicilio o el barrio—; que intentó transformar las relaciones de poder, de tal forma que el usuario y su grupo se hicieran parte de las estrategias terapéuticas que los involucraban, con voz y voto sobre su vida y tratamiento, con potencia de creación y de sanación consigo mismo y con otros.

La clínica de la desmanicomialización, equivalente a la clínica comunitaria o clínica con enfoque de derechos; al tiempo que interviene con el individuo lo hace con sus grupos primarios y secundarios sujetos a “desmanicomializarse” al igual que los profesionales, dada la necesaria transformación de percepciones, representaciones sociales sobre la locura y aspectos relacionales entre todos los actores intervinientes.

La formación se ha hecho eco escasamente de estos propósitos, careciendo de traducción académica para los mismos, en particular para aquellos que revelaban la necesidad de construir y encontrar respuestas “in situ” acompañando a quien sufre hasta “encontrarle la vuelta”, dada la ausencia de conocimientos únicos preexistentes que posibiliten resolver la complejidad humana.

e) las resistencias y contradicciones frente al desarrollo de servicios generales y comunitarios como sustitutivos del hospital psiquiátrico, sosteniendo su permanencia.

Una parte del sector profesional —incluido aquel que se manifiesta en apoyo del enfoque de salud mental comunitaria— desarrolla metodologías y prácticas que podrían resultar retardatarias, toda vez que

sostienen modelos mixtos de atención, en los que la red de servicios comunitarios es complementaria y no sustitutiva al hospital psiquiátrico, contrariando las premisas que señalan que la red comunitaria no es un complemento del hospital psiquiátrico sino una alternativa al mismo. (Basauri, 2005).

La idea de estos grupos consiste en la permanencia del hospital psiquiátrico como parte de la red de servicios de salud mental, una propuesta desestimada por quienes afirman que la coexistencia del hospital psiquiátrico obstaculiza el desarrollo de la red de servicios de salud mental con base en la comunidad (WHO, 2014).

El sostenimiento del hospital psiquiátrico se ampara en varios supuestos, entre los que se encuentra su reivindicación como único efector adecuado para la internación de personas con padecimientos mentales severos, desconociendo la diversidad de experiencias mundiales que acreditan la internación en el hospital general y destacan su mayor articulación e integración a la red de servicios con base comunitaria.

Cierto es que las deficiencias detectadas en los servicios generales, han motivado que sectores profesionales progresistas pronuncien cuestionamientos sobre estos efectores, advirtiendo sobre el desarrollo de lógicas manicomiales en el hospital general en un intento de equipararlo con el hospital psiquiátrico, sin realizar las necesarias mediciones sobre las diferencias y correspondencias entre ambos.

Investigaciones realizadas en algunos países de América Latina¹²⁴, han demostrado la existencia de un número menor de situaciones de carácter restrictivo y/o de vulneración de derechos en los servicios de salud mental del hospital general, en relación a las identificadas en el hospital psiquiátrico¹²⁵.

Se podría inferir que en el hospital general –por definición una institución de base comunitaria– se ve favorecida la disminución de prácticas restrictivas, ya que por ejemplo, su organización no admite

124. Diagnóstico de la Situación en Chile. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. Santiago, Chile.

125. Se identificó que el porcentaje de personas que experimentaron aislamiento y/o contención física durante la internación alcanzó un 26, 10 % en los hospitales generales y un 57, 90 % en dos de los cuatro hospitales psiquiátricos. En los países de altos ingresos el porcentaje era de 8.20 %.

la institucionalización de por vida de personas, el aislamiento o el uso de electroshock en el establecimiento. Sin embargo, esta disminución no impresiona encontrarse suficientemente sustituida y reemplazada por prácticas de corte comunitario, y este déficit podría ser parte de la transversalidad mencionada en cuanto a la formación del recurso humano de salud mental, más allá del efector en que se desempeñe.

Reflejan esta transversalidad, los mismos profesionales de algunos servicios de los hospitales generales, dando por sentado la imposibilidad de habilitar la internación por no contar con la estructura ni con el recurso humano necesario, en tanto se han identificado hospitales que disponen de un número elevado de profesionales de salud mental, aunque dispersos en diferentes servicios hospitalarios.

Se entiende que la postura adoptada por algunos profesionales de hospitales generales, podría encubrir resistencias para asistir a personas con trastornos mentales severos y adicciones, habitualmente referidas a instituciones psiquiátricas o comunidades terapéuticas.

Estas resistencias, también se pueden observar en algunos profesionales de los centros de atención primaria de la salud, quienes podrían entrenarse en la atención de urgencias de salud mental, beneficiando a la población local dada su accesibilidad geográfica y cultural. Sin embargo, habitualmente se carece de tal disponibilidad, por lo que se detectan las problemáticas severas y se derivan con frecuencia a una institución psiquiátrica, sin articular con el segundo nivel de atención ni con otro efector territorial.

Las estructuras intermedias, también pueden representar obstáculos en su funcionamiento al adquirir características de los modelos atencionales vigentes que –como se mencionó a lo largo de este escrito– persisten en su mayor parte como clínico-asistenciales. De esta forma, reproducen modalidades que no se orientan hacia la progresión de autonomía, además de resultar expulsivos y excluyentes con las personas con mayor grado de vulnerabilidad, las que habitualmente no aplican para ser integradas al efector.

Para concluir

El cabalgamiento entre las dos perspectivas aquí enunciadas –el desarrollo de normativas legales de protección de derechos por un lado

y el déficit de implementación de las mismas por otro— se ha constituido en un verdadero epicentro del escenario de la salud mental, en particular en aquellos países de América Latina que cuentan con una legislación de avanzada en el área.

La tensión emergente entre ambas perspectivas ha producido efectos aun no medibles, no obstante es causa de una importante movilidad en los sistemas de salud mental sujetos a revisión y profundo cuestionamiento, a partir de las reiteradas situaciones de vulneración de derechos acontecidas en los efectores públicos y privados.

Estas vulneraciones, desde las consideradas como tortura, tratos crueles inhumanos o degradantes hasta la hospitalización de por vida de las personas con padecimiento mental, se han apoyado en un modelo de atención clínico-asistencial basado en el control sintomático y la institucionalización, en pugna con el modelo comunitario-epidemiológico como exponente de un nuevo paradigma basado en el ejercicio de derechos y la inclusión social.

La correspondencia entre la consolidación histórica del modelo clínico-asistencial y el desarrollo de concepciones, metodologías y prácticas de carácter restrictivo identificadas en el quehacer de sectores técnico-profesionales es irrefutable y ha tenido un mediador formal que las ha instituido: la formación académica.

Se entiende que dicha formación ha consolidado la transmisión de un modelo de atención de carácter a-histórico, que no ha incorporado los determinantes sociales de la salud/enfermedad ni sus componentes culturales, políticos, económicos y contextuales, como tampoco la garantía de derechos como base para prevenir, tratar y rehabilitar las problemáticas de salud mental. Formación que, siendo rectora de los procesos terapéuticos, ha reproducido y perpetuado representaciones profesionales negativas acerca de la “enfermedad mental” como proceso crónico e irreductible y del “enfermo” como sujeto de tutela y exclusión, allanando el camino hacia metodologías, prácticas y dispositivos de restricción y encierro.

De esta forma, se ha constituido en un obstáculo principal para el avance de la reforma del sistema hacia las perspectivas de atención comunitaria y procesos de desinstitucionalización, habiendo prescindido en su mayor parte de los conocimientos basados en la salud mental

pública, colectiva y comunitaria, saberes casi en su totalidad excluidos para posibilitar tales perspectivas.

En línea con esta ausencia, se advierte una omisión principal: la formación académica no incorpora como finalidad de los tratamientos la inclusión social de las personas con padecimiento mental, por lo que no requiere de bases conceptuales y operativas para alcanzar este propósito, siendo su objeto la comprensión y/o supresión sintomática.

El alcance de la inclusión social, un imperativo categórico de la época, símbolo del enfoque de derechos en la atención en salud mental es relegado o delegado en las áreas y disciplinas sociales, pero escasamente incorporado como parte de la clínica de la salud mental que se enseña en universidades y hospitales, que se mantiene asistencial y psico-biológica y no termina de adquirir un auténtico carácter comunitario.

Esta situación nos ubica frente a una encrucijada, ya que ante el requisito contemporáneo que representa la inclusión social, no parece disponerse de instrumentos para su implementación. El modelo de atención dominante, rector de la formación profesional, no integra el principio de inclusión de las personas con padecimiento mental, explicando así la ausencia de demanda desde el propio sistema de prácticas sociales, de continuidad de cuidados, de acompañamiento y apoyo a las necesidades cotidianas de las personas en el propio contexto social y cultural.

Sin embargo, la tensión entre ambas perspectivas marca un escenario diferente impulsado por varios sectores, entre los que se encuentran representantes del ámbito académico con una visión comunitaria de la salud mental que, desafía el orden institucional establecido a través de nuevos marcos teóricos y prácticas de formación profesional en servicios generales y comunitarios. Se produce así una ruptura con el aprendizaje tradicional, circunscripto al hospital psiquiátrico.

Estas transformaciones, son parte de un proceso trascendental para el campo de la salud mental, en el que se establecen prohibiciones de aislamiento e institucionalización, haciendo frente a la vulneración de derechos y a los métodos restrictivos que son objeto de cuestionamiento y denuncia, instalándose un proceso inverso al de la naturalización en que se encontraban.

La desestimación del encierro y la exclusión social como factor constitutivo del tratamiento es equivalente a una revolución copernicana, a pesar de las sensaciones encontradas que despierta el actual estado de situación entre: “no ha cambiado nada” en voz de representantes de usuarios y familiares y “ha cambiado todo” en voz de quien destaca la pérdida de legitimidad de los avasallamientos identificados.

Se entiende que la formación profesional puede resultar un factor preponderante para acelerar los cambios, una bisagra entre los conocimientos que han facilitado la exclusión y aquellos que posibilitan la integración social.

Se espera la multiplicación de conocimientos-puente entre la persona con padecimiento mental, su encierro y la vida en comunidad; un eslabón ¿perdido? que constituya un nexo y traductor entre los avances sanitarios y jurídico-sociales y la realidad particular de cada persona.

Un conocimiento multidimensional de excelencia académica, aunque siempre sostenido por la destreza actitudinal, la imaginación y la ternura.

Referencias bibliográficas

- Basauri, V.A., (2005), *Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental* en Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. WDC: OPS.
- Basaglia, F., (1982), *Rompiendo el circuito de control* en *Psiquiatría Crítica*. David Ingleby, ed. Barcelona: Crítica.
- Consejo de Derechos Humanos de la ONU, (2013), *Informe del Relator especial sobre la tortura, y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes*. Juan E. Mendez, Naciones Unidas, Informe A/HRC/22/53.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013) *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, 1a ed. - Buenos Aires, Lugar Editorial.
- (2009) *Argentina: El programa de salud mental en la provincia de Río Negro*, en “*Salud Mental en la comunidad*”, WDC: OPS/OMS.
- (1993), *Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Río Negro*, BSAS: Lugar editorial.

- Dale Johnson. (1994) *Educación familiar o Psicoeducación conductual familiar: tomando una decisión*. En Revista de la Asociación de ayuda a la persona con Esquizofrenia y su familia. Argentina: APEF, 2002.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N., Minoletti, A., (2009) *Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental en Salud mental en la comunidad*. WDC: Organización Panamericana de la salud.
- Levav, I., (1992) *Temas de Salud mental en la comunidad*. WDC: OPS-OMS.
- Ley 2440 de la Provincia de Río Negro de *Promoción Sanitaria y Social de las personas con sufrimiento mental*, Río Negro, Argentina. 1991. Sancionada: 11/11/1991. Promulgada por Decreto 1.466. Boletín Oficial 909.
- Ley 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, Argentina. Sancionada: 25/11/2010 Promulgada: 02/12/2010. Decreto reglamentario: 603/2013
- Natella, G. (2010) *La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental, en Medicalización y Sociedad: Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*, Canellotto, A., coord. BSAS: UNSAM.
- Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad Mental (2014) *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. Diagnóstico de la Situación en Chile*, Santiago de Chile.
- Organización de Naciones Unidas (2006) *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. WDC: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (2012) *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS – Quality Rights*, OMS, Santiago de Chile.
- (2005) *Instrumento de Evaluación para los sistemas de Salud Mental – IESM*, OMS, Ginebra.
- (2004) *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra, OMS Ediciones.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2005) *Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*, Políticas, Planes y Programas. WDC: OPS.
- Organización Panamericana de La Salud (2009), *Salud mental en la Comunidad*. Washington, D.C: OPS
- Pan American Health Organization, (2009); Strategy and plan of action on mental health. WDC: PHO.
- Sarraceno, B., (2003) *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.

- Schiappa Pietra, J. (2016) *La finalidad de los tratamientos en La Brancaleone, Teoría y Práctica Desmanicomializadora*. Río Negro: Kuruf Ediciones
- WHO, (2014) World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a Who Expert Survey, WHO, Geneva.

Este libro es la primera publicación colectiva del Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UdelaR. Es producto de un esfuerzo significativo que conjugó intereses, motivaciones y conocimientos, aportando desde la Universidad de la República en un contexto de cambios en la atención de la salud mental en nuestro país.

El *Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria*, tiene origen en marzo del año 2015 a partir de una conformación interdisciplinaria que sitúa a la salud mental como campo complejo en la comprensión de las lógicas confluentes en él.

Las líneas de trabajo se sostienen en la articulación de las funciones universitarias de investigación, enseñanza y extensión, jerarquizándose una u otra según la finalidad de cada actividad a desarrollar: producción de conocimiento con líneas de investigación en conexión con problemáticas sociales de relevancia, generación de instancias académicas en modalidad de seminarios, conferencias y actividades abiertas, enseñanza a nivel de grado y posgrado, extensión universitaria con fuerte arraigo en la particularidades de cada territorialidad, participación en diversos espacios sociales de intercambio sobre las problemáticas actuales del campo de la salud mental.

La perspectiva de Salud Mental Comunitaria conlleva un acumulado teórico-metodológico particular, a partir de la formación en Maestría y Doctorado de integrantes del Grupo en la formación de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanus (Argentina).

Los diversos enfoques de especialización de cada docente integrante, permiten el abordaje del campo de la salud mental a partir de dimensiones transversales: Política Pública, Derechos Humanos, Interdisciplinariedad, Bioética, Modelos de Atención Comunitaria, Vejez, Infancia y Género; profundizando así en componentes de cada una de estas dimensiones: reconocimiento en la calidad de sujeto de derechos, dignidad humana, toma de decisiones.

Editorial
PSICOLIBROS
Universitario 

ISBN: 978-9974-704-16-9



9 789974 704169