



La ley de Salud Mental y Adicciones Posibilidades de su implementación en un hospital de mediana complejidad de la Provincia de Santa Fe¹

The Mental Health and Addictions Law Possibilities of its implementation in a medium complexity hospital of the Province of Santa Fe

María Noelia Bonino²

Resumen

El presente artículo se propone visibilizar el entrecruzamiento de las propuestas enunciadas en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010) con situaciones singulares de las prácticas clínicas, indagando las posibilidades y dificultades para implementar los lineamientos establecidos en las normativas nacional y provincial en un hospital de mediana complejidad de la provincia de Santa Fe, en el periodo comprendido entre 2015–2016. El estudio pretendió describir y comprender el modo de trabajo de los profesionales de salud mental, las intervenciones y las prácticas realizadas en la institución escogida. Comprendió a un conjunto de actores, que permitieron dar visibilidad a la heterogeneidad de perspectivas sobre la implementación de las normativas vigentes en los procesos de cuidado de las problemáticas de salud mental. Se implementaron distintas modalidades de elaboración y análisis de los datos. En el análisis de los datos

se registró un proceso de avances y de cambios respecto a la inclusión y alojamientos en las internaciones de pacientes afectados por padecimientos de salud mental en el hospital general, pero también la emergencia de tensiones resultado de la persistencia de ciertas lógicas excluyentes y manicomiales.

Palabras Clave: Salud Mental – Legislación – Prácticas de cuidado – Hospital General

Abstract

This article aims to make visible the intersection between what is stated by the Mental Health and Addictions National Law (2010) and the particular situations of clinical practices, investigating the possibilities and difficulties to implement the guidelines established in the national and provincial regulations in a medium complexity hospital located in the province of Santa Fe, in the period between 2015–2016. The study aimed

¹ El presente artículo está basado en el Trabajo Integrador Final (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria, titulado *La ley de Salud Mental. Posibilidades de su implementación en un hospital de mediana complejidad de la Provincia de Santa Fe*. Dirigido por Mgtr. Sandra Gerlero, Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Rosario.

² Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Rosario. Trabaja en un dispositivo de sustitución de lógicas manicomiales (Di.S.E.R), en la dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

to describe and understand the working ways of mental health professionals, the interventions and practices carried out in the chosen institution. It involved different actors, who allowed to give visibility to the heterogeneity of perspectives on the implementation of current regulations in the processes of care for mental health problems. Different methods of data preparation and analysis were implemented. The data analysis showed a process of progress and changes regarding the inclusion and accommodation in the hospitalizations of mental health patients conditions in the general hospital, but also the emergence of tensions as a result of the persistence of certain exclusionary and madhouse logics.

Key Words: Mental Health – Legislation – Care Practices – General Hospital

Introducción

El presente artículo se propone visibilizar y explorar el entrecruzamiento de las propuestas enunciadas en la Ley N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones con situaciones singulares de las prácticas clínicas, examinando las posibilidades y dificultades para implementar los lineamientos establecidos en la normativa nacional en un hospital de mediana complejidad en el periodo comprendido entre los años 2015–2016.

En busca de ese objetivo procuramos aquí describir el modo de trabajo, las intervenciones y las prácticas realizadas por los profesionales de salud mental en relación a las leyes nacionales y provinciales existentes en la materia.

Las prácticas de cuidados sobre las problemáticas de padecimientos subjetivos y la organización de los servicios de salud mental plantea nuevas dimensiones y preguntas que responder, nuevos retos para el conocimiento

a partir de la Ley Nacional N° 26.657 y de la Ley Provincial N°10.772. En tal sentido este trabajo pretende indagar y poner en tensión como se materializan en el Sur de la provincia de Santa Fe los paradigmas sanitarios vigentes y los procesos de atención específicos. Las categorías conceptuales abordadas para el análisis del trabajo fueron: los avances legislativos en el campo de la salud mental como derecho humano, los problemas y los principales desafíos que instala la nueva Ley de Salud Mental, las nociones y conceptualizaciones sobre los modelos de atención, las demandas sobre los problemas de salud mental y los proyectos terapéuticos e intervenciones para su abordaje.

Salud Mental: interrogantes, principios y marco normativo vigente

La salud mental ha sido y sigue siendo un campo polémico donde se ponen en disputa lineamientos teóricos, metodológicos, éticos y políticos, los cuales han sido ampliamente desarrollados por numerosos autores clásicos referentes como Foucault (1964), Basaglia (1962–1968–1978), Pichón Riviere (1971). Asimismo, se ha discutido acerca de sus definiciones, sus formas de abordaje, de tratamiento y resolución.

A los fines de contribuir al análisis en relación con el objeto del presente trabajo nos hacemos los siguientes interrogantes: ¿cómo devienen y se presentan las consultas e interconsultas de atención en salud mental?, ¿cómo fueron los modos de ingreso de los pacientes, qué actores de salud intervinieron?, ¿cuál fue el tratamiento propuesto y los proyectos terapéuticos?, ¿qué padecimientos atravesaban los pacientes que se alojaron en internación?, ¿cuáles fueron las estrategias durante la internación?. El diseño metodológico responde a una orientación flexible y emergente, con un



enfoque cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio. Para ello el estudio comprendió un conjunto de actores clave, (profesionales, jefes de servicios) y se implementaron distintas modalidades de elaboración y análisis de los datos, se realizaron entrevistas individuales y semi-estructuradas. Conjuntamente se relevó información primaria de los registros elaborados a partir de la participación en reuniones de equipo, intrahospitalarias y extrahospitalarias, y como fuente de información secundaria se relevó información de las historias clínicas.

En Argentina, el 10 de diciembre de 2010 –y luego de varios años de disputas– se sancionó por unanimidad la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657 basada en una perspectiva de derechos humanos y en la sustitución del paradigma manicomial.

En el contexto nacional y regional la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, su decreto reglamentario N° 603/2013, y la Ley Provincial N° 10.772/1997, reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Tanto la norma nacional como la provincial bregan, en consonancia con la Declaración de Caracas (1990), por regular la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia de política en salud mental. Ambas encuentran su fundamento en los estándares internacionales de derechos humanos, plantean un paradigma diferente al existente, que permita el pasaje de un modelo centrado en la exclusión a otro que se fundamenta en la integración, resguardo y restitución de derechos, reconocen la importancia de asegurar una atención de salud de

buena calidad en la comunidad, y constituyen la principal inspiración a mejorar la salud mental de las poblaciones.

Sobre esa base y considerando los interrogantes planteados, el marco normativo existente y los principios sobre los cuales se sustenta, pasamos concretamente a abordar las respuestas que se brindan en un hospital de mediana complejidad.

El equipo de salud mental del hospital analizado. Demandas, prácticas, abordajes y trabajo clínico

El hospital seleccionado se encuentra en una localidad del sur de la provincia, es de mediana complejidad y depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Posee servicios de medicina general, atención ambulatoria, internación, diagnóstico y tratamiento, con camas de internación destinadas a la población adulta e infantil.

El equipo de salud mental se conformó en el año 2012 integrado por una profesional psicóloga, una trabajadora social, y una psiquiatra. Aborda las consultas espontáneas y los pedidos de interconsultas del hospital así como también brinda respuestas a las demandas de los juzgados (penales y civiles) de la localidad. Recibe solicitudes de internación por problemas de salud mental, y se le adicionan los pedidos de certificaciones de discapacidad y las demandas espontáneas, las provenientes del Juzgado Penal –para la atención y acompañamiento por situaciones de abuso sexual y tratamientos por adicción para personas detenidas– y del Juzgado Civil –con pedidos para abordar situaciones vinculadas a violencia de género y maltrato.

Ocasionalmente en las reuniones de equipo se registran demandas efectuadas por parte de docentes, profesionales externos a la

institución hospitalaria o profesionales de la misma institución. Estas demandas quedan inscriptas bajo el modo de interconsulta³.

Tanto en las entrevistas y en las participaciones llevadas a cabo en la reuniones de equipo como al indagar las modalidades de abordajes institucionales desarrolladas por los profesionales de salud mental de la institución hospitalaria, se desprende que las formas de cuidado incluyen prácticas individuales y en equipo.

Asimismo, estas modalidades de asistencia atraviesan variaciones según el momento y las necesidades de cada paciente. Al respecto, podemos mencionar la modalidad de atención interdisciplinaria –prácticas en las cuales en la entrevista y/o abordajes con el paciente están involucrados al menos dos profesionales de distintas disciplinas del equipo, ya sea en consultorio, domicilio o en internación–, y la modalidad de atención individual, entre un profesional y un paciente, pero supervisada en las reuniones de equipo.

El trabajo clínico de los equipos de salud mental está constituido por el conjunto de *intervenciones y estrategias* que permiten conocer, pensar y orientar prácticas de abordaje en cada caso, identificando las necesidades de cada individuo, generando *estrategias terapéuticas*. Para este artículo se entiende como *trabajo clínico* a aquel proceso de producción colectiva, que implicaría una admisión y alojamiento del paciente atravesado o afectado por una problemática, y en el cual el trabajo apuntaría a realizar un diagnóstico a partir de una aproximación entre paciente, familia y el equipo de profesionales, y que requiere la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas.

El hospital analizado, su equipo de salud mental y el cambio de paradigma

El cambio de paradigma no sólo se expresa en los discursos o debates conceptuales, sino que también se manifiesta en las nuevas prácticas y se acentuará aún más a medida que las prácticas innovadoras vayan pudiendo establecer respuestas superadoras que permitan a las personas elegir.

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

Según lo relatado por los profesionales consultados, es en los momentos de abordaje de situaciones complejas –por ejemplo: padecimientos subjetivos por consumos, problemáticas que atraviesan la niñez, pacientes que corren riesgo para sí y para terceros– que aparece un vacío de servicios sustitutivos, registrándose la ausencia de una red de atención o instituciones sustitutivas que aborden, contengan y alojen diferentes dimensiones para que sea posible el derecho a recibir tratamiento.

En una de las reuniones de equipo intersectorial emergieron al menos dos casos de pacientes afectados por problemáticas con el consumo de sustancias, agotándose los abordajes locales y evidenciándose una vacancia/carencia de instituciones, alojamientos, contención, entre otros.

Respecto al trabajo y abordaje en salud mental en el interior de la institución, en las reuniones de equipo plantean que se viene dando un proceso de transformación, pero que el trabajo y abordaje queda a cargo únicamente de los trabajadores del servicio de

³ Las interconsultas son los pedidos o derivaciones desde otros servicios del mismo hospital, siendo el servicio de pediatría y de internación los que realizaron más cantidad de solicitudes de interconsultas.



salud mental (psicóloga, psiquiatra, médico clínico, asistente social). Las principales tensiones y quejas las localizan en el servicio de internación dirigidas a los profesionales de ese sector.

Para dar respuestas a las demandas sobre el sufrimiento psíquico, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones exige cambios y reformas estructurales en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios en el campo de la salud mental.

Según lo mencionado en las reuniones de equipo en esta localidad, únicamente en el hospital seleccionado se realizan y se registran internaciones de pacientes afectados con alguna problemática de salud mental.

Las principales disposiciones de la Ley de Salud Mental apelan a desestimar concepciones tradicionales de la psiquiatría, problematizando el uso de los diagnósticos médicos como formas de discriminación velada e invalidación o incapacitación social. Por eso, como se puede leer en los testimonios de los profesionales entrevistados, las lógicas no sólo se reducen a los muros del hospital monovalente o neuropsiquiátrico, sino que aparecen tensiones a la hora de alojar y atender a los pacientes afectados en su salud mental.

Las internaciones

En el período analizado, según la *Planilla estadística de hospitalización*, 67 pacientes requirieron de tratamientos de salud mental con internación.

La mayoría de los diagnósticos presuntivos denotaron situaciones de crisis y requerimiento de contención terapéutica. Cabe destacar el peso que implican las situaciones vinculadas al uso problemático de drogas que concentran el 39%, aproximadamente, de la totalidad de las internaciones realizadas.

Las internaciones se efectivizan a través de decisiones conjuntas y evaluaciones interdisciplinarias que toman los profesionales del equipo de salud mental pero, no rara vez, las mismas generan resistencias y malestares. Se inscriben como propuestas terapéuticas junto con el paciente y no como decisiones impuestas, aunque en algunos casos son necesarias, debiendo judicializarse.

Para los procesos de internación en algunas oportunidades se cuenta con la figura del acompañante terapéutico. Estos profesionales son provistos principalmente por la Dirección de Salud Mental de la provincia, y comenzó a implementarse como práctica en salud mental posteriormente a la Ley Nacional. Cabe destacar que dicha intervención ha facilitado el proceso de internación de muchos pacientes, oficiando de acompañante no sólo al paciente, también al personal de la institución hospitalaria. A partir de la presencia del acompañante, diversos actores del hospital comenzaron a aceptar las internaciones sin tanta resistencia.

En las reuniones de equipo se relatan tensiones que dan cuenta de que, si bien la ley está presente y es una herramienta, también hay fuertes resistencias que reflejan que no están dadas las condiciones para realizar algunas internaciones en el hospital general. La mayoría de los trabajadores del hospital consideraron “*peligrosos*” a los pacientes de salud mental, principalmente a aquellos que tienen alguna problemática de consumo. Se los identifica más como delincuentes que como pacientes o personas afectadas por una problemática de salud. Desde la oficina de enfermería se piensa que el equipo de salud mental debería hacerse cargo de estos pacientes, cuestionando que no se deriven a instituciones especializadas.

Por otro lado, un aspecto crítico hallado en torno a las internaciones por crisis subjetivas refiere a la prescripción de psicofármacos. Según lo expresado por los profesionales en-

travestidos, se puede concluir que es necesario delinear un trabajo sobre la especificidad de dichas prescripciones, así como debatir sobre el modelo de asistencia centrado en el fármaco exclusivamente, escindiendo la problemática de los pacientes, del contexto y del proceso de asistencia. Siendo una práctica que por sí misma evidencia la subsistencia de lógicas manicomiales, y una franca desasistencia. Así como también se visibiliza en lo planteado por la jefa de enfermeras al apuntar que el paciente de salud mental suele ser el último en atenderse.

En lo relativo a las internaciones/alojamientos de los pacientes asignados como *casos sociales*, es decir, aquellos que más allá de una problemática de salud mental no tienen contención familiar ni recursos económicos, los profesionales relataban que permanecen internados a la deriva, sin atención médica ni de enfermería y sin ser registrados como pacientes, carentes de respuestas a las necesidades de atención que tal vez requieren.

Las entrevistas muestran la complejidad que asume un proceso de transformación institucional en las modalidades de atención y en los diversos actores intervinientes.

Existen modificaciones en la reorganización de la atención que dan cuenta de un cambio que se viene dando y que se registra posteriormente a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Los trabajadores del servicio de salud mental señalaron modificaciones que comenzaron a emerger, principalmente, a través de los pedidos de los juzgados en las solicitudes de abordaje o informes interdisciplinarios, que citan en los mismos oficios artículos de la Ley Nacional de Salud Mental y/o requirieron intervenciones de carácter interdisciplinario a implementar con determinados pacientes.

Interdisciplina e intersectorialidad, dos componentes claves y actuales para el abordaje en salud mental. Su aplicación en el hospital

Modificar el modelo de atención tradicional con su lógica de atención manicomial implica que se lleven adelante otras formas de atención.

Alicia Stolkiner (1999–2001–2005) se aboca en diversas publicaciones a conceptualizar y desarrollar la importancia de la *interdisciplina* para los procesos de atención en salud y para la reforma en salud mental.

Dada la complejidad de las dimensiones a afrontar, cuando se trata del sufrimiento subjetivo, se requiere aceptar que desde el ámbito de salud –y mucho más aún desde una única disciplina– esa complejidad es inabarcable. Por tanto, es preciso elaborar y enfrentar el desafío de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales tal como se resalta en los artículos 8, 9, 11, 13 y 15 de la Ley N° 26.657.

Señala Alicia Stolkiner (1999) que la interdisciplina nace de la incontrolable disciplina de los problemas que se nos presentan, de la dificultad para encasillarlos. Esto se debe a que los mismos no se muestran como objetos demarcados, sino como demandas complejas, difusas, las cuales dan lugar a prácticas llenas de contradicciones.

La interdisciplina se muestra hoy más allá de lo legislativo como una práctica de necesidad insoslayable. El punto de partida es el reconocimiento de la existencia de problemáticas o situaciones complejas determinadas por la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que no son aislados y que, por consiguiente, no pueden ser descritos, explicados, abordados desde una simple sumatoria de enfoques parciales de distintos profesionales que trabajan independientemente.



Al ser un campo no hegemonizado por una única disciplina –ya que se define como conjunto complejo, abierto, con diversidad de saberes, teorías y coexistencia de prácticas–, la salud mental invita a los profesionales actuantes a pensar y fundar una práctica que no paralice o reduzca la complejidad del fenómeno que enfrenta y a trabajar la interdisciplina como interacción de saberes. El saber es limitado y los procesos de atención son complejos y dinámicos (Galende, 2008).

En lo que hace al objeto de este trabajo, la psicóloga del equipo de salud mental expresó que se registran ciertas dificultades en el trabajo interdisciplinario, dado que la interconsulta deviene una simple derivación, así como también, en algunas ocasiones, los profesionales que no integran el equipo otorgan el alta del paciente sin avisar ni consultar, de manera que dichos pacientes se van sin atención, sin turno, sin oferta ambulatoria.

En una de las reuniones, y problematizando acerca del trabajo conjunto, se señaló que no es lo mismo “*equipo*” que “*servicio*”, ya que “*servicio*” da cuenta de una especificidad de una disciplina y no del trabajo con los servicios de otra disciplina. La concepción de “*equipo*” se sustenta en que no se trata de sumar saberes –esto solo aumenta la fragmentación–, sino en problematizar las perspectivas profesionales aún con la tensión que eso produce en un esfuerzo de articular lógicas disciplinares diferentes.

El marco conceptual e ideológico en el cual se inscribe la Ley de Salud Mental parte de una definición de la salud comprendida tanto desde una perspectiva sanitaria como social. Desde este enfoque, la salud remite a un concepto abarcativo e integral, implica un punto de vista más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento, dado que se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo emocional,

intelectual, laboral, con la capacidad de integración al medio social y cultural. Se busca, así, romper con las clásicas antinomias: individuo/sociedad; psíquico/físico; salud/enfermedad; salud mental/salud somática. La salud, entendida como una construcción social, requiere de la participación de los individuos y comunidades. Desde este marco, la definición de salud mental también contiene aspectos sociales y culturales en una perspectiva histórica, rescatando tanto los determinantes singulares como los sociales. Conforme a ello, se necesitan equipos de profesionales que puedan identificar las necesidades de cada paciente en su momento vital y gestionar las acciones necesarias para lograr la concreción de las respuestas acordes y posibles.

Resulta importante destacar que en “La Salud Mental en Argentina. Avances, Tensiones y Desafíos”, Gerlero y Augsburguer (2010) mencionan que:

La salud mental no se asocia con una disciplina en particular, varias de ellas están, o pueden estar, implicadas en sus prácticas dependiendo del contexto del que se hable –la enfermería, la psicología, la psiquiatría, la medicina general, la terapia ocupacional, la musicoterapia, el arte terapia, el trabajo social, etc.–; es necesario remarcar una vez más que no se trata de una especialidad de la medicina como lo es la psiquiatría, con quien comparte la conformación del complejo campo disciplinar que la configura, tampoco es solo cuestión de profesionales y técnicos, sino que es un conjunto de problemáticas en las que tienen injerencia los distintos sectores del estado, variados espacios de la sociedad civil y, desde ya, las personas que requieren atención (Cohen 1999). Integra en su

comprensión los diferentes niveles de la expresión de la vida del hombre, comenzando por sus gradientes biológicos, psicológicos, psicosociales, institucionales y comunitarios, que aportan, a través de complejos procesos, a la constitución de la noción de subjetividad (Galende, 2008), (pp. 63–64).

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

La red de servicios surge a partir de un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda y civiles (usuarios y familiares), los cuales pueden tener, incluso, distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. Los distintos componentes de la red deben arti-

cularse coherentemente de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud.

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

En este trabajo se tomó el concepto de *intersectorialidad* como el conjunto de intervenciones coordinadas entre instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas a comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida. Estas intervenciones deben proveer a las personas los recursos que necesitan y que no pueden aun proveerse por sus propios medios (casa, comida, capacitación en oficios, trabajo), para una efectiva inclusión social y una rehabilitación duradera. Solo a través de procesos de dignificación de las personas, podrán recuperar su vida activa en la comunidad. A través del trabajo intersectorial se posibilita la vida en la comunidad de personas que padecen. Según las reflexiones de una de las trabajadoras sociales entrevistadas, existen fuertes críticas respecto de la trama general que involucra a la salud mental de las poblaciones. Aparecen serias dificultades en alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria,



descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva. Hay carencia de actividades barriales, o vecinales, no hay decisiones políticas para la creación de propuestas culturales, deportivas y recreativas.

Ejes de reflexión: a manera de cierre y nuevas aperturas

Las modalidades de atención en salud mental históricamente han sido patrimonio exclusivo del médico psiquiatra y con un lugar reservado en los hospitales monovalentes, siempre por fuera de la comunidad y de los circuitos sociales. Pero más allá de ubicar este modelo, el trabajo de revertir lo manicomial excede al encierro, sobrepasa al cierre de estos establecimientos e interpela al sistema de salud en su conjunto y la capacidad inclusiva de la sociedad (Stolkiner y Garbus 2010).

La Atención Primaria de Salud (APS) se expresa con objetivos como los de accesibilidad, integralidad, interdisciplina, intersectorialidad, participación, equidad, trabajo comunitario, por mencionar los más destacados y tienden a la promoción y prevención.

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

Como fuera planteado, la salud mental implica un campo complejo y heterogéneo, tanto en lo que respecta a sus problemáticas como en lo referente a sus actores sociales e institucionales. Está conformado por ideologías (sanitarias y sociales), disciplinas, escuelas, cuerpos teóricos, propuestas diversas, técnicas, planes, programas, instituciones asistenciales,

formativas, profesionales, administrativas, prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas, rehabilitadoras, que coexisten. Además, lo compone el amplio conjunto de profesionales, técnicos, agentes de salud y otros trabajadores para dar respuestas a las problemáticas ligadas a la cotidianidad y a los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población (Galende, 2008).

Lo mencionado muestra que, a las legislaciones específicas es requisito la elaboración de diseños de políticas que permitan inscribir trabajos *en* salud mental y *para* la salud mental.

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

Los diversos actores del hospital remarcan en reiteradas oportunidades que pese a que la provincia inició un proceso de reforma e implementación de recursos en la atención en salud mental, y la creación de dispositivos, resulta importante señalar que se hacen necesarios la creación de otros en el interior de la provincia. De manera que aun existiendo una ley provincial y una nacional así como un

plan escrito acordes a la política de reforma, al momento, no ha sido posible su traducción en transformaciones concretas que recorran la amplitud del territorio provincial.

Al interior de la institución y del equipo se reconoce que, de manera paulatina, se viene dando un proceso de transformación. Sin embargo, el abordaje queda a cargo únicamente de los trabajadores del servicio de salud mental (psicóloga, psiquiatra, médico clínico, asistente social), aunque identifican el trabajo con enfermería como una deuda pendiente, especialmente en las situaciones de requerimiento de cuidado durante las internaciones.

Los hallazgos permiten deducir que con la ley comenzó a plantearse, no sin conflictos y tensiones, un proceso de trabajo diferente en la atención en el hospital de la localidad, que implicó condiciones de alojamiento de pacientes con problemáticas de salud mental.

Podemos sostener que, frente a un cúmulo de situaciones que antes se medicaban, restringían y derivaban, hoy se “alojan”, a partir del trabajo del equipo de salud mental. Es de gran valor la recepción por parte del sistema y sus agentes, aun debiendo sortear tensiones institucionales internas.

También se desprende de los datos recogidos que la interdisciplina no se da en todos los casos ni exenta de dificultades, pero si se puede pensar en ciertos efectos de interdisciplinariedad y de intercambio disciplinar, ya sea dentro de la institución como por fuera. Del discurso de los entrevistados se desprende que los casos que están trabajando exceden el trabajo individual y en consultorio, convocan a salirse del muro de la institución y a buscar otros actores que participen en los abordajes.

En líneas generales, según la interpretación a la que se puede arribar a través de las entrevistas y de las reuniones de equipo intrahospitalarias e intersectoriales, se observa desconocimiento sobre la normativa, así

como también aparecen representaciones de exclusión, discriminación, segregación y encierro para los pacientes con problemáticas de salud mental.

Las políticas en salud mental que requieren ser implementadas enfrentan actualmente obstáculos, desafíos. Uno de ellos es la desarticulación entre las necesidades y lo que se requiere socialmente en cada comunidad. Otro es la formación profesional, la capacitación, la producción de lineamientos para la mejora de la atención, servicios, dispositivos, ofertas alternativas, sustitutivas.

De todo lo recorrido se puede apreciar y concluir que en el campo de la salud mental y respecto de la ley, en el hospital seleccionado, las prácticas funcionan de un modo binario, disociado, en un contexto de lucha. Los principios que la ley establece no son de cumplimiento directo. Las principales dificultades en el proceso de atención surgen en el interior del hospital, y pensar en una reforma en salud mental necesariamente implica una transformación de la atención en salud en términos generales. Pensar las prácticas o los abordajes escindidamente, implicaría cometer el mismo error –teórico, técnico y conceptual– por el que la salud mental ha tenido y todavía tiene que reivindicar su lugar en los procesos de salud–enfermedad–cuidado, y en la red de salud en general. Dichas reformas no serán ni se darán sin los propios trabajadores de la salud y de la salud mental. Y podría decirse que hacia el exterior la dificultad se localiza en la escasez de dispositivos alternativos, de trabajo comunitario y de APS, en la articulación con otros niveles, en la carencia de profesionales que puedan problematizar y tengan un compromiso laboral, ético y social. La ausencia de ofertas terapéuticas alternativas a la hospitalocéntrica, de dispositivos lúdicos, culturales vuelve al hospital la única posibilidad de atención en el campo de la salud mental con



un equipo interdisciplinario armado recientemente. Queda así evidenciada la necesidad de un trabajo comunitario. La posibilidad de la reforma se ve seriamente comprometida si no se dispone del compromiso de profesionales, comunidad y poder político. Por tanto resulta fundamental avanzar con la participación y apertura de la comunidad en las cuestiones referentes a la salud mental.

Referencias

- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia.
- Escalada, R. (comp.). (2016) *Ley Nacional de Salud Mental. De la letra a su implementación*. Rosario: Laborde.
- DECLARACION DE ALMA-ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978
- Declaración de Caracas. (1990). Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 11–14 de noviembre de 1990
- Foucault, M. (1964). *Historia de la Locura en la época clásica*. Editorial Innisfree
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós.
- (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Introducción. La política en Salud Mental: efecto en la subjetividad de la nueva cultura*. Buenos Aires: Lugar.
- Gerlero, S. y Augsburg, C. (comp). (2012). *La salud mental en argentina: avances, tensiones y desafíos*. Rosario: Laborde Libros.
- Ley Nacional N° 26.657/2013 Decreto Reglamentario 603/2013. Argentina. Boletín Oficial N° 32649 el 29 de mayo de 2013.
- Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental. Argentina. Boletín oficial 03 de Diciembre de 2010.
- Ley Provincia de Santa Fe. N°10.772/2007 Decreto Reglamentario 2155/2007, boletín oficial el 28 de septiembre de 2007.
- Ley Provincial 6312/67. SAMCo – “Servicio para la Atención Médica de la Comunidad” boletín oficial de Santa Fe, 12 de Marzo de 1967.
- Ley Provincial N°10.772. Salud Mental. Santa Fe, 26 de diciembre de 1991.
- Menéndez, E. (1987). Modelo Medico 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.
- Onocko Campos, R; Massuda, A; Valle, I; Castaño, G; Pellegrini, O. (2008). Salud Colectiva y Psicoanálisis: Entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. En *Salud colectiva*, Vol.4 N°2. Lanús, mayo/agosto.
- Pichón Rivière, E. (1971). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Tomos I. Buenos Aires: Galerna.
- Rovere, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Stolkner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. En *Actualidad Psicológica*, Año XXVI. N° 239.
- (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental, I Jornadas Provinciales de psicología, salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Argentina.
- (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. En *Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA*. Año 2, número 4. Septiembre. <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasde>

- grado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf
- y Garbus, P. (2009). Ética y prácticas en Salud mental. En Fridman, P. y Fantin, J.C. (comps.) *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.
 - y Gómez, S. A. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. En *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, (en prensa). Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf