

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL

Enfoques, Estrategias y
Experiencias con Base en la
Comunidad



Dirección Nacional de
SALUD MENTAL
Y ADICCIONES

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL

Enfoques, Estrategias y
Experiencias con Base en la
Comunidad



AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Daniel Gustavo GOLLAN

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde MASSA

ÍNDICE

PRÓLOGO

11

INTRODUCCIÓN

13

1. APORTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES

• 1.1. Epidemiología de la salud mental y las adicciones en Argentina: una aproximación general. *Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Fernando Prieto*

19

• 1.2. Encuesta nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas. *Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio*

25

• 1.3. Consumo de sustancias psicoactivas en trabajadores de una ciudad patagónica. *Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Matías Somoza*

43

• 1.4. Relevamiento de la red de servicios de salud mental y adicciones en hospitales generales. *Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Fernando Prieto.*

51

• 1.5. Mortalidad por suicidio en Argentina. Período 1997-2011.

Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Fernando Prieto, Vanina Agostinho.

73

• 1.6. Registro nacional de personas internadas por motivos de salud mental y/o adicciones. *Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Fernando Prieto, Vanina Agostinho.*

85

• 1.7. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina. *Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Daniela Bonanno, Fernando Prieto.*

93

2. LA SALUD MENTAL EN EL TERRITORIO

- 2.1. Fundamentos del trabajo territorial en adicciones en el campo de la salud mental. *Alberto Calabrese.*
- 2.2. Un modelo de intervención comunitaria en el campo de la salud mental. La Experiencia Albariño. *Sebastián Aquila, Jorge Aquino, Luciano Bartoli, Karina Bergallo, Bárbara Baldino, Florencia Carril, Leila Chait, M. Belén García Rapisarda, Claudia González Márquez, Javier Rodríguez, Corina Russo, Federico Schinelli.*
- 2.3. Experiencias de abordaje de la salud mental y de los consumos problemáticos de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. *Natalia Laura González, Ingrid Metsch, Marcela Palazzo, Ana Vázquez, Karina Wagner.*
- 2.4. La problemática del alcohol en la Argentina. Estrategias desde el Programa Nacional de Prevención y Lucha frente al Consumo Excesivo de Alcohol. *Ernesto V. Serrano y Maida Panossian.*
- 2.5. Abordaje psicosocial en incidentes críticos: tres casos de intervención en el marco de emergencias sanitarias. *Bárbara Alter, Anabel Benavidez, Soledad Verónica Abella, Daniel R. De Socio, Mara Lizzie Hope Jones, María del Carmen Micelotta, Víctor Guillermo Alfieri, Ignacio Di Pinto.*
- 2.6. Abordaje psicosocial en villas y barrios vulnerables. *Lucrecia Cabrera, Daniel De Socio, Natalia Fresco.*
- 2.7. Equipos móviles en salud mental. *Daniel De Socio, Maximiliano Giménez, Yanina Herrero, María Micelotta, Víctor Guillermo Alfieri.*
- 2.8. Experiencia de trabajo en barrio Primavera. *Analia González, M. Laura Gutiérrez, Florencia Rolfo, Paula Rovetto, Andrea Tau.*
- 2.9. Salud mental y derechos humanos: una experiencia de externación en el territorio. *Gabriela Franco.*

115

119

141

155

177

205

219

243

253

3. HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN Y GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD MENTAL

- 3.1. Comunicación responsable ante la problemática del suicidio.

Martín de Lellis, Andrea Demasi.

- 3.2. Visión borrosa. Encuadres de los medios masivos sobre las problemáticas ligadas al consumo excesivo de alcohol.

Aldo Dománico, Christian Dodaro.

- 3.3. El foro intersectorial como herramienta de participación y organización comunitaria. *Daniela Moreno, Martín de Lellis.*

- 3.4. El Foro de Salud Mental como herramienta de articulación territorial.

Maximiliano Giménez.

4. PROCESOS DE FORMACIÓN Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES: SU ADECUACIÓN AL NUEVO PARADIGMA

- 4.1. Formación y regulación de técnicos y profesionales en el campo de la salud mental. *Martín de Lellis, Lucía Pomares, Natalia Da Silva.*

- 4.2. Conformación de equipos interdisciplinarios: la psiquiatría en los procesos de inclusión. *Federico Beines.*

5. SALUD MENTAL Y JUSTICIA

- 5.1. Capacidad jurídica: para el efectivo ejercicio de los derechos.

Ma. Fernanda Díaz Fornis, Javier Ignacio Frías, Ana Cecilia Garzón, Mauro Giménez, María Luz Petracca, Noelia Rodríguez, Patricia Zubiarrain.

- 5.2. Salud Mental y Justicia: Sistema de Apoyos y Capacidad Jurídica.

Ma. Fernanda Díaz Fornis, Mauro Giménez, Cecilia Garzón, Noelia Rodríguez, Patricia Zubiarrain.

- 5.3. Internación(es) en salud mental: análisis de las similitudes y diferencias entre dispositivos. *Soledad Verónica Abella, Natalia Amaral, Carolina De Rose, Brenda Maier, Agustina Miguel, Alfonsina Povilaitis, Adriana Risoli y Marlene Yolis.*

- 5.4. Casa de Salud para la inclusión social.

Silvina Costa, Sandra Merlo, Germán Alberio

265

285

295

311

327

345

361

377

393

411

PRÓLOGO

En el tránsito del paradigma asilar-tutelar -que rigió históricamente la concepción y el abordaje de la salud mental en Argentina- hacia un paradigma comunitario y promotor de los derechos humanos que cobró renovado impulso a partir del año 2010 con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, se impone el desafío de edificar un nuevo ordenamiento jurídico, administrativo y sanitario, incorporando el aporte de los saberes profesionales y populares. Una transformación, aún en proceso, que planteó –sigue planteando- el desafío de hacerla sólida y a la vez lo suficientemente permeable a futuros aportes.

Por ello, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a partir de lo acordado en una de las reuniones semanales de coordinación, consideró clave elaborar y poner a disposición un libro que compile las múltiples iniciativas impulsadas en todo el país enmarcadas en el Plan Nacional de Salud Mental, el cual fija la misión y guía el trabajo de este organismo a través de un esfuerzo coordinado con otros sectores del Estado e instituciones de la sociedad civil.

Aquí se halla reunido un conjunto de experiencias y herramientas de gestión de base territorial para afrontar las problemáticas emergentes en Salud Mental, estudios que contribuyen a fortalecer el fundamento epidemiológico de las políticas públicas, acciones intersectoriales para adecuar la formación de profesionales y técnicos al nuevo paradigma e iniciativas que ilustran los procesos de coordinación entre equipos del Sector Salud y la Administración de Justicia para dar respuesta a los desafíos que propone, desde una perspectiva de derechos, la Ley Nacional de Salud Mental.

Los trabajos presentan un carácter innovador que resultará de interés para decisores, profesionales, técnicos, formadores, usuarios y la comunidad en general. Procuran contribuir al desarrollo, sistematización y replicación de nuevos abordajes que promuevan la interdisciplinariedad e intersectorialidad necesarias en la cada vez más amplia red de servicios de nuestro país.

Sabemos que por delante tenemos un extenso camino para la consolidación de una salud mental inclusiva en lo social, plural en su abordaje y promotora de derechos, tanto para aquellos que nunca debieron ser violentados como para aquellos ganados en esta última década.

Y que podemos recorrer este camino de transformación con todos, entre todos y para todos.



Lic. María Matilde Massa

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación

INTRODUCCIÓN

La presente compilación surge de trabajos elaborados por equipos técnicos pertenecientes a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), los cuales cubren una variada gama de problemas, intereses y/o estrategias que demandan acciones coordinadas en los distintos niveles de atención.

Reflejan, de un modo convincente, la labor de tales equipos desde la creación de la DNSMyA hasta la fecha, así como el esfuerzo de sistematización efectuada para dar cuenta de sus objetivos, metodología y principales resultados.

En la primer sección se incluyen diversos trabajos desarrollados por el área de Epidemiología de la DNSMyA, cuyo objetivo es la caracterización de las principales problemáticas de salud mental existentes en Argentina (ej: suicidio, consumo problemático de sustancias), información acerca de la red de servicios asistenciales, registro de las personas internadas, así como el seguimiento de los egresos hospitalarios desde el año 2011 hasta la fecha.

En la segunda sección se exponen experiencias de base territorial que se destacan por el carácter innovador en el abordaje de la salud mental y por tratar situaciones que han tenido muy baja visibilidad en el diseño e implementación de las políticas públicas pero que hoy aspiran a constituirse en insumos relevantes para orientar las acciones de las autoridades y/o equipos de salud. Los componentes estratégicos que se hallan comprendidos en tales experiencias se enmarcan en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, incluyendo tópicos tales como la integralidad, la articulación intersectorial, la integración de equipos interdisciplinarios, el fortalecimiento de las redes de servicios de salud, el uso de tecnologías apropiadas, la participación y organización comunitaria. Estos artículos están precedidos por una reflexión teórica en torno a los fundamentos del trabajo territorial en el campo de las adicciones.

Los primeros trabajos ilustran diversas modalidades de abordaje ante el consumo problemático de sustancias en áreas de alta vulnerabilidad psicosocial, a través de dispositivos innovadores de prevención y/o asistencia de las personas desarrollados en y con la comunidad. Con posterioridad, intervenciones de base territorial que cubren diferentes temáticas del campo de la salud

mental tales como los procesos de externación, la atención en zonas críticas y con baja accesibilidad mediante la implementación de dispositivos móviles, la prevención del suicidio, la atención de la salud mental en incidentes críticos y/o en situaciones de emergencias o catástrofes. Se añade a tales experiencias un trabajo teórico que enfoca la cuestión del consumo problemático de alcohol en Argentina desde una perspectiva sanitaria, destacando no sólo su prevalencia e impacto poblacional sino también algunas de las iniciativas adoptadas en el marco de la implementación del Programa Nacional de Prevención y Lucha Frente al Consumo Excesivo de Alcohol.

En la tercera sección se presentan iniciativas que jerarquizan herramientas de comunicación y gestión para la formulación de políticas públicas y para el fortalecimiento de las redes socio-sanitarias en los niveles locales. Se incluyen en esta sección una evaluación en torno a la realización de foros intersectoriales en todo el territorio del país y de los foros distritales que se realizaron en el conurbano bonaerense con el objetivo de promover la participación y la organización comunitaria. Seguidamente se exponen dos trabajos que ilustran, con sus características metodológicas específicas, el empleo de las visiones y herramientas de comunicación masiva en salud mental: a) El desarrollo de estrategias y recomendaciones prácticas orientada a promover un tratamiento de la información que prevengan y/o mitiguen los prejuicios en torno al sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias; b) Una reflexión crítica en torno al rol de los medios de comunicación en la construcción y/o reforzamiento de estereotipos y prejuicios vinculados al consumo problemático de sustancias.

La cuarta sección está vinculada a los procesos de formación y las prácticas de los profesionales del campo de la salud mental, aspectos que resultan centrales y prioritarios para dar viabilidad al proceso de implementación de la Ley 26.657 y el Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones. En tal sentido se analiza la situación existente en el país y se exponen las principales iniciativas promovidas por la Dirección Nacional de Salud Mental para adecuar los procesos de formación de actuales y futuros profesionales en salud mental a la normativa vigente. También se incluye en esta sección una sentida reflexión en torno a los nuevos desafíos que hoy se le imponen a la psiquiatría para su efectiva integración a la labor que deben desempeñar los equipos de salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria, integral y orientada hacia la protección de los derechos de los sujetos con padecimiento mental.

La presente compilación finaliza abordando, en la quinta sección, las iniciativas que ha desarrollado el Equipo Jurídico de la DNSMyA en articulación con el Poder Judicial a partir de dos cuestiones inéditas que introduce la Ley Nacional de Salud Mental y que obligan a una profunda innovación en las prácticas de los profesionales actuantes: las evaluaciones de capacidad jurídica y la fiscalización de las condiciones de internación en establecimientos de salud mental. En este marco cobra especial sentido la experiencia desarrollada por un dispositivo de inclusión social destinado a personas con padecimiento mental y en conflicto con la ley penal, en la que es posible constatar cómo se integran en un proyecto convocante instituciones sanitarias y del Poder Judicial.



I. APORTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES



EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES EN ARGENTINA: UNA APROXIMACIÓN GENERAL

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Fernando Prieto.

Entendemos a la epidemiología como la ciencia dedicada al estudio de los procesos colectivos de salud-enfermedad. Se encarga de abordar los fenómenos que atraviesan el campo de la salud y sus manifestaciones a nivel poblacional. Los eventos de salud mental presentan particularidades específicas propias de un proceso complejo como es la subjetividad.

La construcción de la disciplina no ha sido sencilla, sin embargo se ha avanzado sobre diferentes aspectos que permiten establecer bases para el estudio y la construcción de espacios de trabajo y producción de conocimiento. A nivel latinoamericano, estas luchas se fueron dando simultáneamente, en diferentes países con retrocesos y avances. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2009) –del que Argentina forma parte–, aprobó el documento “Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental”, en lo que puede considerarse un hito histórico de extraordinaria importancia. La Estrategia recoge la experiencia alcanzada en nuestro continente, en especial en las últimas dos décadas, y expresa el compromiso de todos los gobiernos de la región acerca del evento. El documento se estructura en cinco Áreas Estratégicas, una de las cuales se refiere al fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y emplear información sobre salud mental.

Los sistemas de registro y de información del sector salud son un elemento clave para reducir la brecha existente en términos de información y apoyar a la gestión de los servicios. Estos no pueden ser un simple mecanismo de recolección de datos sino que es la principal herramienta para la realización de acciones de salud basadas en evidencia. Además, será necesario desarrollar

indicadores de salud mental factibles de obtener; en los que se deberá decidir qué medir, con qué frecuencia y el modo en que se los obtendrá.

La Estrategia plantea tres objetivos principales:

- 1) Evaluar integralmente los Sistemas de Salud Mental en los países, estableciendo una línea de base y realizando el seguimiento de la situación.
- 2) Mejorar el componente salud mental de los sistemas nacionales de información, asegurando la recopilación y el análisis regular de datos básicos en salud mental.
- 3) Fortalecer la investigación en el campo de la salud mental en el contexto de las necesidades de cada país y los recursos disponibles.

Al igual que los sistemas de información, el desarrollo de líneas de investigación en el campo de la Salud Mental es de vital importancia para el fortalecimiento de la Salud Mental en América Latina y el Caribe.

En 2013, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020 (OMS 2013) reitera entre sus objetivos reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre Salud Mental, ya que son componentes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, es importante señalar que el sistema de salud argentino posee como característica estar fuertemente fragmentado y desarticulado debido a que operan tres subsectores de atención a la salud (Público, Obras Sociales y Privado).

Además, dado que el país presenta diversas realidades regionales, es importante contar con información actualizada y oportuna que las refleje para orientar las políticas públicas en la materia; que no sólo protejan y promuevan la salud mental de todas las personas y que respalden el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con algún padecimiento mental sino que permitan también planificar acciones que garanticen el cumplimiento de dichas políticas. Para tal fin, es indispensable fundamentar dichas acciones con información veraz, confiable y actualizada que conlleve a la efectividad de las mismas.

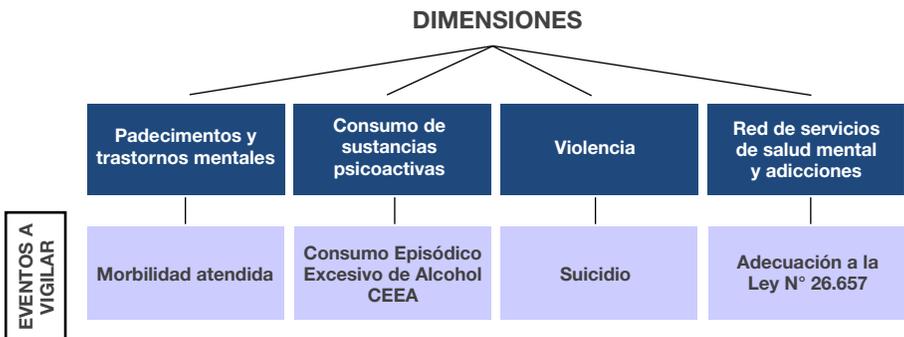
En este sentido, desde el año 2010 Argentina cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, siendo la Dirección Nacional de Salud Mental

y Adicciones (DNSMyA) la autoridad de aplicación de la misma. A lo que se suma el Decreto Reglamentario 603/2013 aprobado por el Poder Ejecutivo en mayo de 2013, en el cual se definieron, aclararon y desagregaron los contenidos del articulado de la mencionada ley. El 20 de enero de 2014 se aprobó oficialmente el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2013-2018, por medio del cual se proponen una serie de acciones y metas de trabajo para asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, según lo establecido por dicha Ley y su Decreto Reglamentario.

El PNSM tiene como propósito proteger y promover la salud/salud mental de todos los habitantes, formulando contenidos para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias, planes, proyectos, programas, actividades, procedimientos, directrices e intervenciones; jerarquizar e integrar el campo de la Salud Mental en el campo de la Salud y de las políticas públicas en general; y disminuir la brecha entre la necesidad y el acceso de la población a la red de servicios de salud mental.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones como autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental y en el marco del Plan Nacional de Salud Mental determina como dimensiones más relevantes para monitorear las siguientes: 1) Padecimientos y trastornos mentales en general; 2) Consumo de sustancias psicoactivas; 3) Violencia; 4) Red de servicios de Salud Mental y Adicciones.

En consonancia con las anteriores dimensiones se propone priorizar en esta etapa la vigilancia de los siguientes eventos:



El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Mental se nutre de información propia y de la proveniente de otras fuentes como estadísticas vitales (nacimientos, muertes), estadísticas hospitalarias (egresos y producción de los servicios), estadísticas y censos (datos demográficos y encuestas permanentes de hogares).

En relación a los padecimientos y trastornos mentales, la información será proveniente de las estadísticas hospitalarias, el Registro Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental (RESAM) y los Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento.

En lo que respecta al consumo problemático de alcohol la principal estrategia utilizada es el análisis de las encuestas epidemiológicas realizadas en forma periódica o continuada. Tanto la Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas, como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (MSAL 2011) y la Encuesta Mundial de Salud Escolar constituyen una fuente de datos que permitirá evaluar la prevalencia de ciertas condiciones o factores de riesgo. Esta estrategia ha demostrado ser de suma utilidad, sobre todo para obtener información, por ejemplo, sobre factores de riesgo potenciales y hábitos personales. Además, la realización de estudios poblacionales en grupos acotados territorialmente es una importante estrategia complementaria, tal como se aprecia en el trabajo que se incluye en este libro con el título: Consumo de Sustancias Psicoactivas de trabajadores en una ciudad patagónica, del año 2013.

Asimismo, se utiliza la misma estrategia para el intento de suicidio, cuyas fuentes de información son: la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE 2007, 2012), el Sistema de Vigilancia de Lesiones Externas (SIVILE), Egresos hospitalarios por lesiones intencionales autoinfligidas. Del análisis de estas fuentes se evaluará la pertinencia de generar nuevas estrategias de vigilancia en Salud Mental.

En lo que respecta al suicidio corresponde la vigilancia de mortalidad, utilizando como fuente de información las estadísticas vitales; aunque los datos estadísticos de mortalidad en general presentan demoras se comenzará por el análisis de esta información que hasta la fecha no se ha utilizado, y que cubre el período 1997-2011.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consenso de Panamá. (2010). Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas”. Recuperado en «<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Salud-mental-conferencia-regional-2011-resumen-relatoria-rg.pdf>».

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). “Tree map data cause global Disability Adjusted Life Years, both sexes of all ages 2005-2010”. University of Washington. Disponible en «<http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>».

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en: «<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index>».

Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela. Recuperado en: «www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf».

Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Disponible en: «http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/index.html».

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington DC, EUA. Disponible en: «<http://new.paho.org/bulletins/index>».

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020. Disponible en: «<http://apps.who.int/iris/bitstream>».

Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Disponible en: «<http://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/DI-ONUAG46-119.pdf>».

Reglamentación Ley 26.657. Decreto 603/2013. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.

ENCUESTA NACIONAL SOBRE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio.

RESUMEN

El consumo problemático de alcohol y de otras sustancias psicoactivas son eventos de gran impacto social y sanitario. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y caracterizar la población consumidora. En la metodología utilizada, el diseño muestral fue probabilístico multietápico. Se seleccionaron 51.043 viviendas. Resultaron encuestables 45.828 viviendas y se obtuvo respuesta en 38.912. El instrumento de recolección fue un cuestionario para tres unidades de análisis: viviendas particulares, hogares particulares y personas entre 16 y 65 años. Como conclusiones se destacó que la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en varones y en la población joven. Las provincias con mayores prevalencias de consumo de último año y último mes de bebidas alcohólicas fueron Mendoza y CABA. La mayor prevalencia de consumo de último año y último mes de marihuana se presentó en CABA. Además, la mayor prevalencia de consumo de otras sustancias psicoactivas corresponde a tranquilizantes, seguida por cocaína y por medicamentos para adelgazar.

Palabras clave: Prevalencia de Consumo, Sustancias Psicoactivas, Bebida Alcohólica, Marihuana.

INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional de Salud Mental instituye, en su artículo 4, que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” y reconoce a “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales” como sujetos de derecho “en su relación con los servicios de salud”.

En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que hasta el momento las mismas no fueron abordadas desde una perspectiva sanitaria, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca” (Decreto reglamentario N° 603/2013).

Con lo cual, resulta de importancia incluir las adicciones y los consumos problemáticos en la red de servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, en la promoción, prevención, atención e inclusión social, en el diseño de estrategias para el desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos, programas y actividades de salud mental con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, (Capítulo II, Artículo 4°) y su Decreto reglamentario.

En el marco del PNSM (Problema N° 6) se plantea el escaso desarrollo de la epidemiología en Salud Mental, para lo cual se propone (Objetivo N° 2) promover el desarrollo de la investigación epidemiológica de modo interdisciplinario e intersectorial. Para dar respuesta a esta problemática se realizó la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPre-CoSP-2011) en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y con la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística.

OBJETIVOS

General

- Analizar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y caracterizar la población consumidora.

Específicos

- Calcular prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en diferentes períodos de referencia y su relación con la población total.

- Describir el consumo según variables sociodemográficas de la población de 16 a 65 años de edad que consume sustancias psicoactivas.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de los resultados que se obtuvieron a partir de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2011.

La población objetivo de la misma fueron personas entre 16 y 65 años que habitan en viviendas particulares ubicadas en localidades urbanas de 5.000 y más habitantes.

El diseño muestral que se utilizó fue probabilístico multietápico. Se seleccionaron 51.043 viviendas. Resultaron encuestables 45.828 viviendas y se obtuvo respuesta en 38.912.

El instrumento de recolección fue un cuestionario para tres unidades de análisis: viviendas particulares, hogares particulares y personas entre 16 y 65 años.

El período de relevamiento se realizó entre agosto y octubre de 2011 y se utilizaron dos criterios para las escalas:

- Escala aritmética con valor máximo 100 para valores superiores a 10 %.
- Escala logarítmica para valores inferiores al 10 %.

RESULTADOS

Prevalencias comparadas de consumo de sustancias psicoactivas.

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es la más alta en relación a las demás sustancias psicoactivas investigadas. El consumo de tabaco e inhalables presenta una edad de inicio más temprana (16 años) en relación a las otras sustancias psicoactivas. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencias comparadas de consumo de sustancias psicoactivas. 2011.

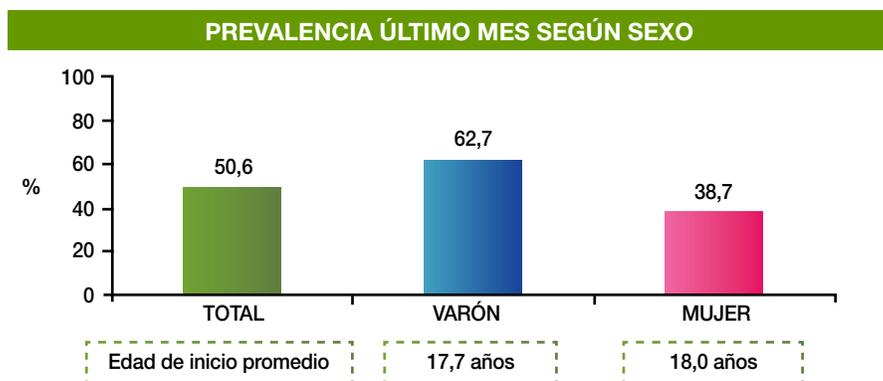
	Bebida Alcohólica	Tabaco	Marihuana	Tranquilizantes	Cocaína	Estimulantes	Éxtasis	Inhalables	Pasta Base
Prevalencia de vida	77,7 % 17.509.770	52,9 % 11.910.749	10,7 % 2.400.616	3,3 % 732.584	3,1 % 694.171	0,9 % 205.523	0,9 % 194.937	0,6 % 130.928	0,3 % 65.705
Prevalencia último año	66,2 % 14.904.442	32,5 % 7.315.388	3,2 % 717.449	1,3 % 289.606	0,7 % 153.717	0,1 % 26.572	0,1 % 19.014	0,1 % 27.561	0,0 % 9.141
Prevalencia último mes	50,6 % 11.389.101	28,9 % 6.510.280	1,7 % 373.546	0,5 % 120.641	0,3 % 72.850	0,1 % 13.281	0,0 % 4.411	0,0 % 7.475	0,0 % 2.789
Edad de Inicio (Promedio)	17,6	16,8	19,3	27,6	19,2	20,8	22,6	16,2	22,6
Edad de Inicio Desvío Estándar	4,3	4,2	5,2	9,9	4,4	5,9	5,9	3,5	8,0
Edad de Inicio (Mediana)	17	16	18	26	18	18	22	16	20

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes es mayor en varones (62,7%) que en mujeres (38,7%) e inclusive es más alta que para ambos sexos (50,6%). En relación a la edad de inicio, los varones comienzan a consumir antes que las mujeres. (Ver gráfico 1).

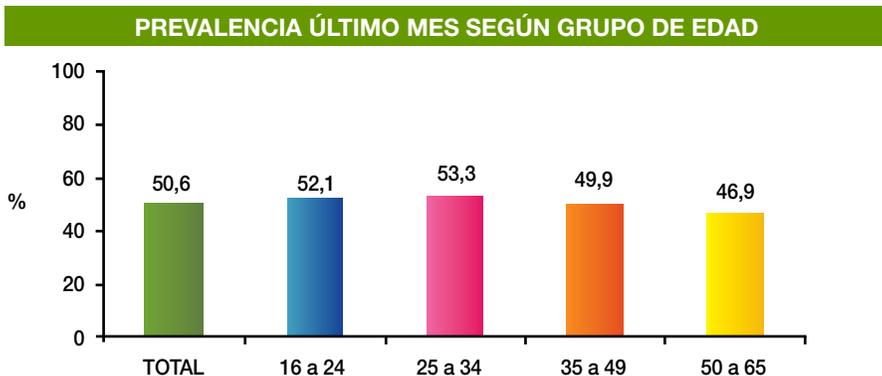
Gráfico 1. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas último mes, según sexo. 2011.



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

En lo que respecta a la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes según grupo de edad, la misma es mayor en los grupos de 25 a 34 años (53,5%) y en los de 16 a 24 años (52,1%). (Ver gráfico 2).

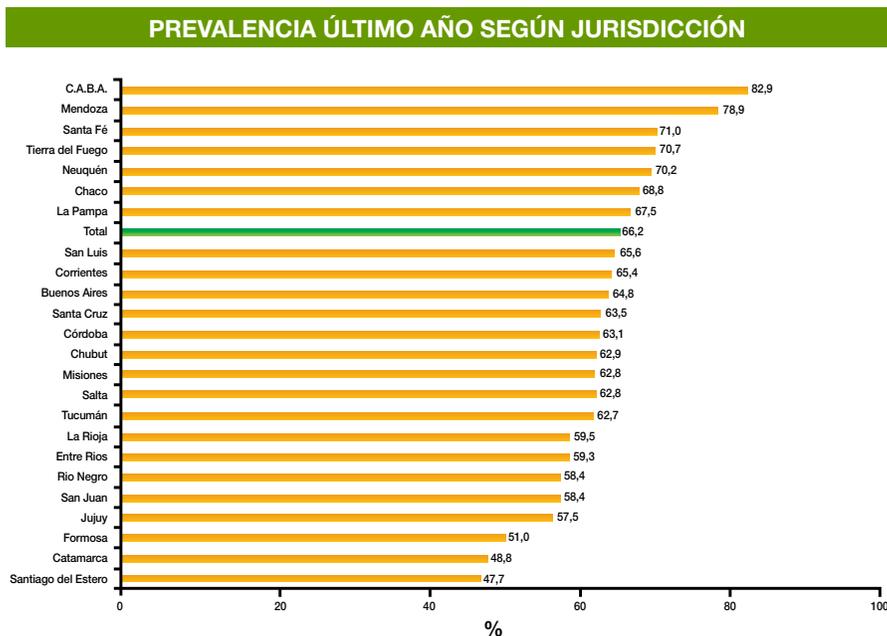
Gráfico 2. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas último mes, según grupo de edad. 2011.



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Del total de personas estudiadas, la mayor prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último año se presenta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (82,9%), seguido por la provincia de Mendoza (78,9%). (Ver gráfico 3).

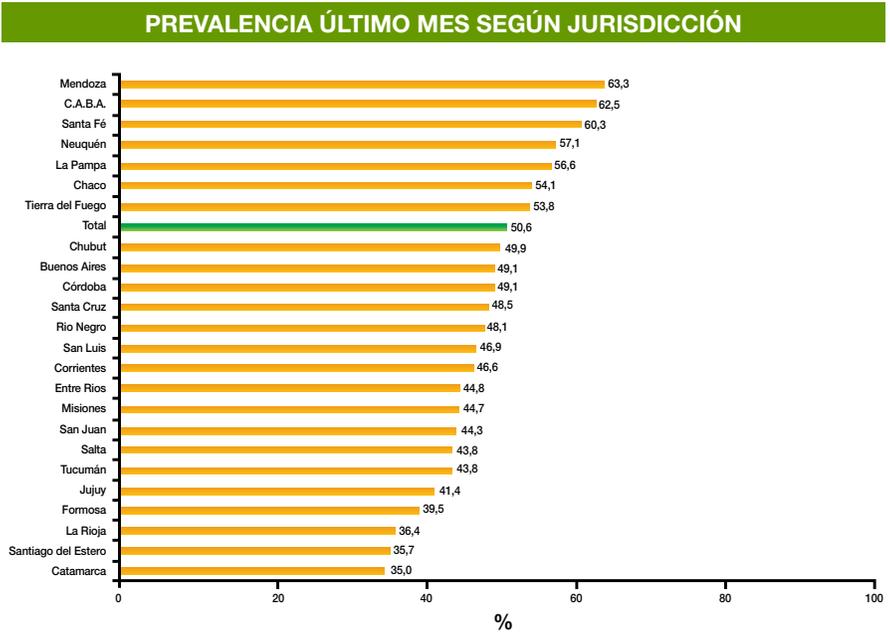
Gráfico 3. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas último año, según jurisdicción. 2011.



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

En relación a la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes se observa que los valores más altos se encuentran en las provincias de Mendoza (63,3%), CABA (62,5%) y Santa Fe (60,3%). (Ver gráfico 4).

Gráfico 4. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas último mes, según jurisdicción. 2011.

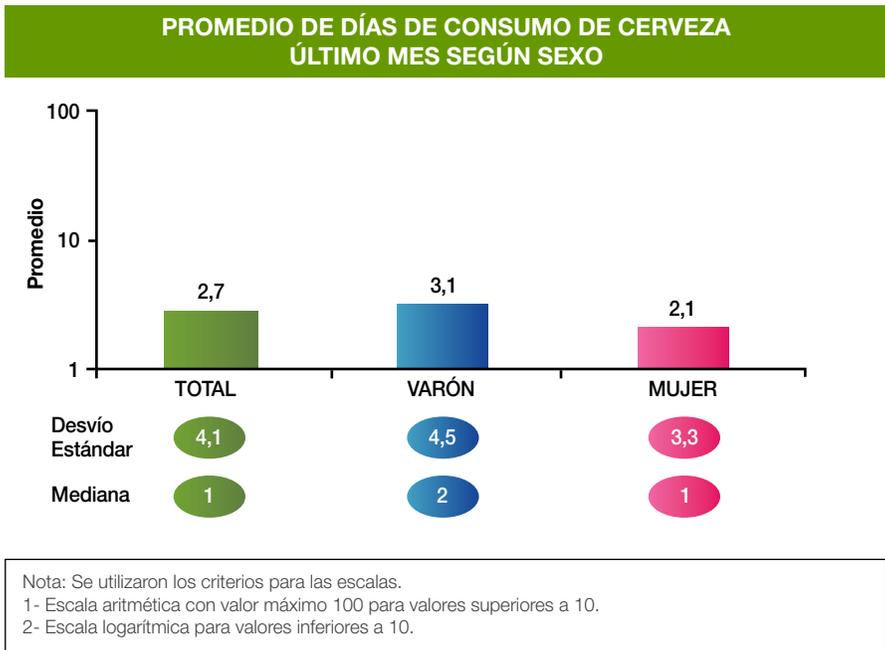


Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Del total de personas que consumieron bebidas alcohólicas en el último mes, y en relación al promedio de días de consumo de cerveza, se observa que los varones consumieron más días que las mujeres (3,1 y 2,1 respectivamente). (Ver gráfico 5).

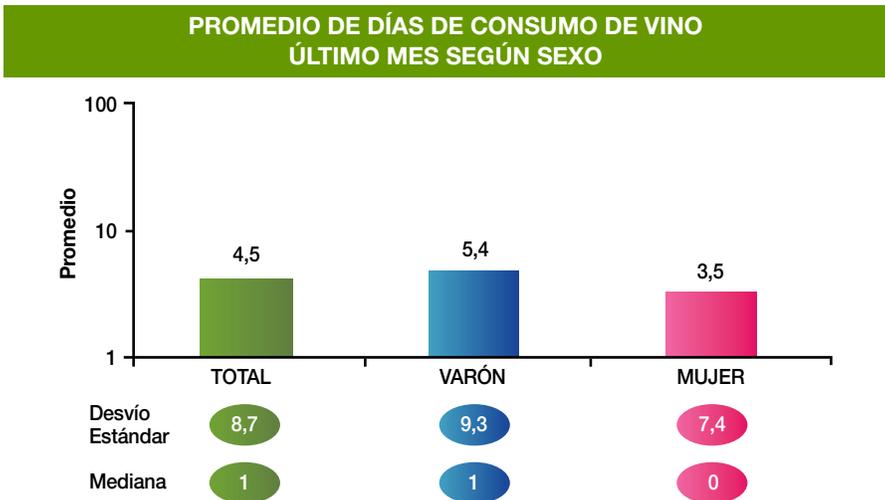
Gráfico 5. Promedio de días de consumo de cerveza, último mes, según sexo. 2011.



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

En relación al promedio de días de consumo de vino, es mayor en varones (5,4) que en mujeres (3,5); presentando un desvío estándar de 9,3 y 7,4 respectivamente. (Ver gráfico 6).

Gráfico 6. Promedio de días de consumo de vino, último mes, según sexo. 2011.



Nota: Se utilizaron los criterios para las escalas.

1- Escala aritmética con valor máximo 100 para valores superiores a 10.

2- Escala logarítmica para valores inferiores a 10.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

En lo que respecta al promedio de días de consumo de bebidas fuertes (licores, whisky, vodka, gin o similares), el mismo es mayor en varones (0,5) que en mujeres (0,4); presentando un desvío estándar de 1,8 y 1,7 respectivamente. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Promedio de días de consumo de bebidas fuertes. Último mes, según sexo. 2011.

**PROMEDIO DE DÍAS DE CONSUMO DE BEBIDAS FUERTES
ÚLTIMO MES SEGÚN SEXO**

	Total	Varón	Mujer
Promedio	0,5	0,5	0,4
Desvío estándar	1,7	1,8	1,7
Mediana	0	0	0

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

ABUSO Y CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS (CEEAA)

Tanto el abuso como el consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas (CEEAA) apuntan a caracterizar el consumo excesivo de alcohol (CEA) y están definidos por diferentes cantidades de tragos de bebida alcohólica. El CEEAA está definido por el consumo de una cantidad de tragos única (cinco), mientras que el abuso considera pesos diferenciales según el tipo de bebida: 8 tragos para cerveza, 5 tragos para vino y 3 tragos para bebida fuerte.

El abuso de bebidas alcohólicas total combinado (AATC) refiere al consumo de 8 o más tragos de cerveza y/o 5 tragos de vino y/o 3 tragos de bebidas fuertes al menos una vez en los últimos 30 días, ya sea entre semana o en el fin de semana. Mientras que el consumo episódico excesivo de total combinado de bebidas alcohólicas (CEETCA) refiere al consumo de 5 o más tragos de cerveza, vino o bebidas fuertes, al menos una vez en los últimos 30 días, pudiendo este consumo haberse producido entre semana o en el fin de semana.

El abuso y el consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas son 7 veces más en fin de semana que entre semana. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Abuso y Consumo Episódico Excesivo de bebidas alcohólicas. 2011

TIPO DE CONSUMO	Cantidad	Porcentaje
Abuso de bebidas alcohólicas entre semana	289.973	2,5
Abuso de bebidas alcohólicas en fin de semana	2.122.111	18,6
Abuso total combinado de bebidas alcohólicas	2.171.355	19,1
Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas entre semana	409.590	3,6
Consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas en fin de semana	2.951.368	25,9
Consumo episódico excesivo de total combinado de bebidas alcohólicas	3.005.317	26,4

Nota: las prevalencias se calculan sobre el total de personas que consumieron bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

El CEETCA es mayor que el AATC. Si lo desagregamos por sexo, es mayor en varones que en mujeres para ambos casos.

Tanto el abuso como el consumo episódico excesivo son mayores en los varones y, para ambos sexos, los dos tipos de consumo se presentan más en el fin de semana. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Abuso total combinado y Consumo Episódico Excesivo de total combinado de bebidas alcohólicas. 2011

		Total	Entre Semana	Fin de Semana
ABUSO TOTAL COMBINADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	Total	19,1	2,5	18,6
	Varón	25,2	3,6	24,7
	Mujer	9,3	0,8	9,1
CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE TOTAL COMBINADO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	Total	26,4	3,6	25,9
	Varón	34,5	4,9	33,9
	Mujer	13,5	1,5	13,2

Nota: las prevalencias se calculan sobre el total de personas que consumieron bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

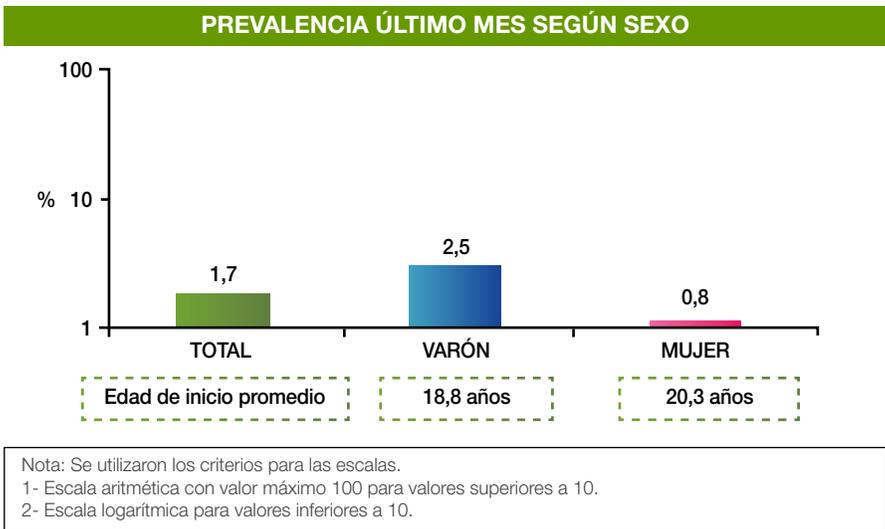
DEMANDA DE TRATAMIENTO

En relación a la demanda de tratamiento, de las personas que afirmaron consumir bebidas alcohólicas en el último mes, el 7,1 % buscó asistencia en Alcohólicos Anónimos y el 2,5 % en Centros de Alcoholismo.

CONSUMO DE MARIHUANA

La prevalencia de consumo de marihuana en el último mes es mayor en varones (2,5) que en mujeres (0,8) y la edad de inicio promedio es de 18,8 años para varones y de 20,3 años para mujeres. (Ver gráfico 7).

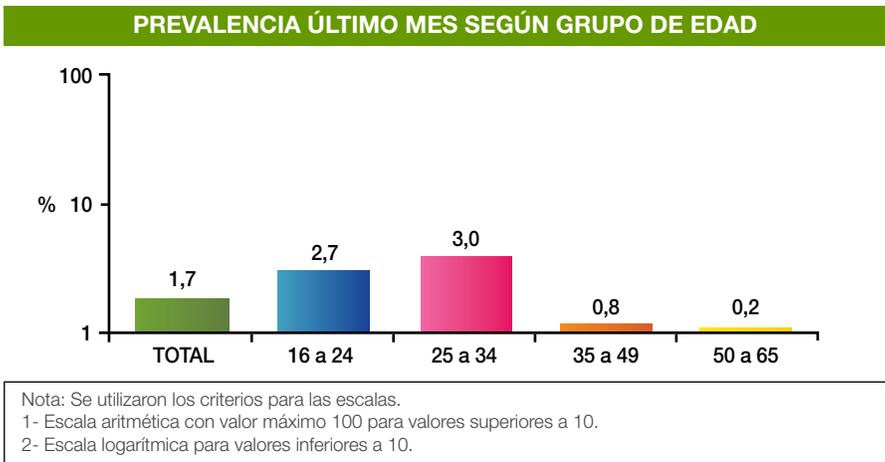
Gráfico 7. Prevalencia de consumo de marihuana, último mes según sexo. 2011.



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

La mayor prevalencia de consumo de marihuana en el último mes se presenta en el grupo de 25 a 34 años (3,0%), seguido por el de 16 a 24 años (2,7%). (Ver gráfico 8).

Gráfico 8. Prevalencia de consumo de marihuana, último mes según grupos de edad. 2011.

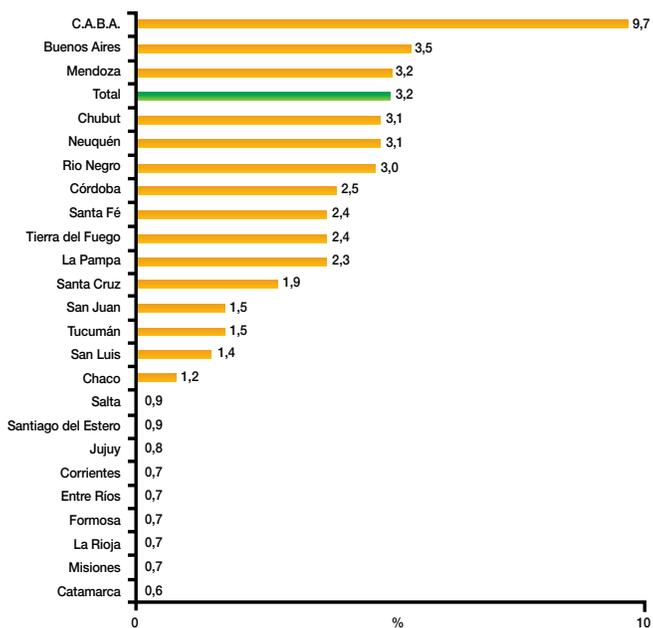


Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Del total de personas estudiadas, la mayor prevalencia de consumo de marihuana tanto en el último año como en el último mes se observa en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (9,7% y 5,2% respectivamente). (Ver gráficos 9 y 10).

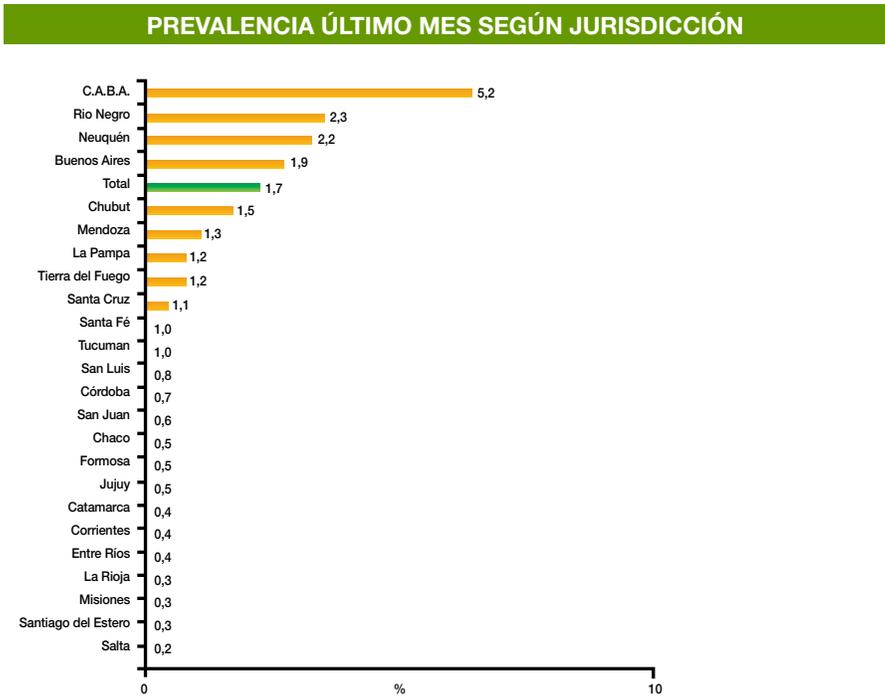
Gráfico 9. Prevalencia de consumo de marihuana, último año según jurisdicción. 2011.

PREVALENCIA ÚLTIMO MES SEGÚN JURISDICCIÓN



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Gráfico 10. Prevalencia de consumo de marihuana, último mes según jurisdicción, 2011.



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La mayor prevalencia de consumo de otras sustancias psicoactivas en el último mes corresponde a tranquilizantes (0,54 %), seguida por cocaína (0,32 %) y por medicamentos para adelgazar (0,17 %). (Ver tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de vida, último año y último mes de otras sustancias psicoactivas. 2011.

Sustancia	Prevalencia de vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
Tranquilizantes	3,25%	1,29%	0,54%
Cocaína	3,08%	0,68%	0,32%
Medicamentos para adelgazar	1,88%	0,38%	0,17%
Alucinógenos	0,85%	0,14%	0,04%
Inhalables	0,58%	0,12%	0,03%
Estimulantes	0,91%	0,12%	0,06%
Éxtasis	0,87%	0,8%	0,02%
Opiáceos y anestésicos	0,47%	0,6%	0,03%
Pasta base	0,29%	0,4%	0,01%
Crack	0,91%	0,8%	0,01%

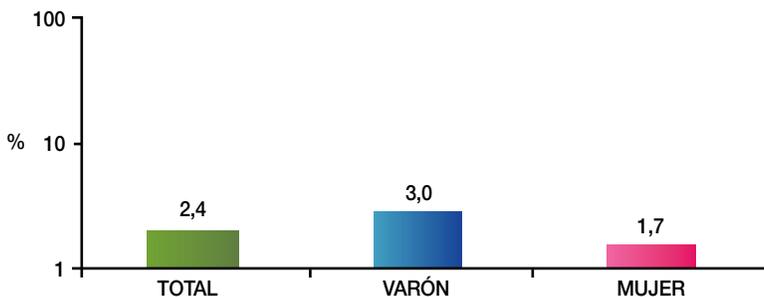
Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

DEMANDA DE TRATAMIENTO

En relación a la demanda de tratamiento, del total de personas que consumieron al menos una sustancia alguna vez en la vida, el 3,0 % de los varones y el 1,7 % de las mujeres buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas. (Ver gráfico 11).

Gráfico 11. Demanda de tratamiento de otras sustancias psicoactivas según sexo. 2011.

BUSCÓ AYUDA PROFESIONAL PARA DISMINUIR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN SEXO



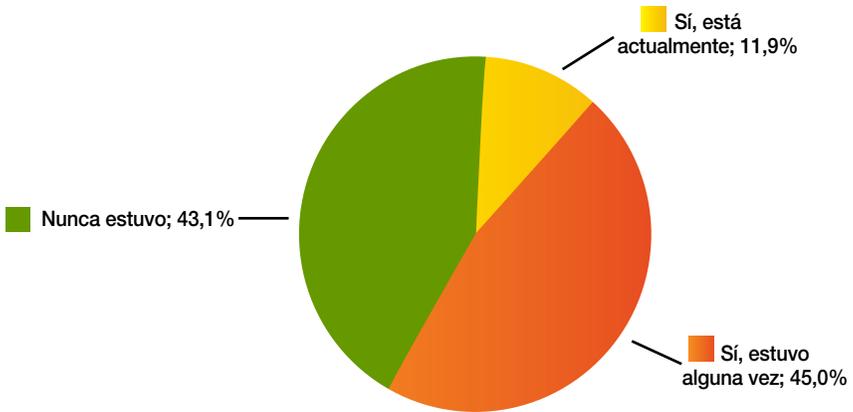
Nota: Se utilizaron los criterios para las escalas.
 1- Escala aritmética con valor máximo 100 para valores superiores a 10.
 2- Escala logarítmica para valores inferiores a 10.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Del total de personas que buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, el 43,1 % nunca estuvo en tratamiento, el 11,9 % está en tratamiento y el 45,0 % estuvo en tratamiento alguna vez. (Ver gráfico 12).

Gráfico 12. Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. 2011.

PREVALENCIA ÚLTIMO MES SEGÚN JURISDICCIÓN



Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Del total de personas que buscaron ayuda profesional para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, el 29,7 % acudió a consultorios externos, el 16,9 % a iglesias o grupos religiosos y el 16,5 % a hospitales generales. (Ver Gráfico 13).

Gráfico 13. Lugar de tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas. 2011.



Nota: Se utilizaron los criterios para las escalas.

1- Escala aritmética con valor máximo 100 para valores superiores a 10.

2- Escala logarítmica para valores inferiores a 10.

Fuente: ENPreCoSP 2011. INDEC-MSAL. Elaboración: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

CONCLUSIONES

Se enumeran a continuación los principales conclusiones que se desprenden del presente trabajo:

- La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es la más alta en relación a las demás sustancias psicoactivas investigadas.
- El consumo de tabaco e inhalables presenta una edad de inicio más temprana (16 años) en relación a las otras sustancias psicoactivas.
- La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes fue mayor en varones y en la población joven (16 a 34 años).
- Las prevalencias más altas se encontraron en las provincias de Mendoza, CABA y Santa Fe, mientras que las provincias con prevalencias más bajas fueron Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja.

- La bebida alcohólica con mayor promedio de días de consumo al mes fue el vino, seguida por la cerveza y por último las bebidas fuertes.
- El abuso de bebidas alcohólicas y el consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas se produce 7 veces más en fin de semana que entre semana.
- Tanto el abuso como el consumo episódico excesivo son mayores en los varones y para ambos sexos, los dos tipos de consumo se presentan con mayor frecuencia en el fin de semana.
- De las personas que afirmaron consumir bebidas alcohólicas en el último mes, menos del 10 % buscó asistencia en Alcohólicos Anónimos o en Centros de Alcoholismo.
- La prevalencia de consumo de marihuana en el último mes fue mayor en varones y en la población joven (16 a 34 años). La edad de inicio es menor de 20 años en ambos sexos.
- La mayor prevalencia de consumo de marihuana se observa en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- La mayor prevalencia de consumo de otras sustancias psicoactivas corresponde a tranquilizantes, seguida por cocaína y por medicamentos para adelgazar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Nacional de Estadísticas. (2008) “Anexo a los resultados preliminares de la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008”, -ENPreCoSP-2008. Disponible en: «http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/65/anexo_enprecosp_29_07_08.pdf».

Instituto Nacional de Estadísticas. (2010). Censo Nacional de Población. Recuperado en «http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/centso2010_tomo1.pdf».

Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas ENPreCoSP (2011). http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-05_encuesta-nacional-sobre-prevalencias1.pdf

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN TRABAJADORES DE UNA CIUDAD PATAGÓNICA

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Matías Somoza.

RESUMEN

La problemática de las adicciones reside en la particular vinculación que los individuos sostienen con ellas, en una sociedad y momento histórico determinado. El objetivo del presente trabajo es describir la problemática del consumo de sustancias psicotrópicas en trabajadores de una ciudad patagónica en 2013. Se procedió, como método, a un estudio con una primera etapa cualitativa (grupos focales) y una segunda etapa cuantitativa (estudio descriptivo de corte transversal). La población del estudio se compuso de trabajadores de una ciudad patagónica. Los resultados obtenidos muestran que las sustancias más consumidas por los trabajadores durante los últimos 30 días fueron el alcohol (66 %), tabaco (35 %), marihuana (9 %) y cocaína (2 %). El 65 % de los trabajadores refirió sentirse poco o nada informado con relación a las adicciones. Los principales motivos referidos por los que se supone que una persona puede tener problemas de adicción al consumo de sustancias fueron la falta de diálogo familiar (47 %), la falta de proyecto de vida (37 %) y tener familiares o amigos con tendencia a consumir drogas (35 %). Como conclusiones se extrae que las causas que facilitan el consumo problemático de sustancias psicoactivas son múltiples y de diversa índole. La oferta de servicios de salud mental sería insuficiente e inadecuada, ya que la problemática del consumo de sustancias psicoactivas no se aborda desde un enfoque integral.

Palabras clave: Sustancias Psicoactivas, Patagonia, Trabajadores.

INTRODUCCION

La problemática de las adicciones no reside estrictamente en el consumo de sustancias sino en la particular vinculación que los individuos sostienen con ellas, en una sociedad y momento histórico determinado. En consecuencia, este fenómeno debe ser entendido en su complejidad analizando los componentes personales, vinculares, sociales, culturales, económicos y políticos que dan cuenta de la necesidad de aproximarse al mismo desde una perspectiva integral.

El enfoque de prevención integral de las adicciones centra su interés en las personas sin poner en primer lugar el tipo de sustancia que consumen. El planteo de este enfoque es trabajar en prevención desde una perspectiva que focalice en el vínculo que la persona establece con una sustancia, que promueva y desarrolle las fortalezas subjetivas de los individuos y los grupos interviniendo, además, frente a aquellos factores de riesgo que potencian el uso y abuso de sustancias.

El consumo problemático de alcohol y de otras sustancias psicoactivas son eventos de gran impacto social y sanitario. Son muchas y variadas las formas en que el consumo de sustancias psicoactivas afecta la salud pública. Además del daño directo a la salud física o mental producido por la sustancia consumida, deben considerarse sus consecuencias sociales y su asociación con problemáticas tales como: accidentes, traumatismos, suicidios, violencia y/o enfermedades de transmisión sexual.

El consumo de alcohol constituye una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial, explicando el 4 % de la morbi-mortalidad mundial por todas las causas.

El presente estudio surge a partir de un pedido de colaboración a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para un estudio local ante la percepción de la problemática del consumo de sustancias entre trabajadores fabriles de una localidad de la patagonia.

OBJETIVOS

General

- Describir la problemática del consumo de sustancias psicotrópicas en trabajadores de una ciudad patagónica en 2013.

Específicos

- Caracterizar a la población de trabajadores.
- Describir la percepción de la población en relación a esta problemática.
- Estimar prevalencias de vida y de último mes para cada sustancia según sexo.
- Describir epidemiológicamente a los consumidores actuales de las sustancias prevalentes.
- Comparar proporciones de consumo actual estimadas para cada sustancia según sexo entre la población del estudio con la Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP) 2011 para la provincia correspondiente.
- Estimar asociación entre consumo de sustancias prevalentes y autopercepción de la problemática del consumo.
- Estimar fuerza asociativa entre el consumo simultáneo de las sustancias prevalentes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio con una primera etapa cualitativa y una segunda cuantitativa. En la primera se trabajó mediante grupos focales sobre la percepción y el imaginario social respecto del consumo de sustancias y adicciones. En la segunda etapa, cuantitativa, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para describir la problemática y para elaborar hipótesis sobre sus determinantes. La población del estudio se compuso de trabajadores de una ciudad patagónica.

RESULTADOS

Grupos Focales

Pese a tratarse de una temática sensible, que implica una conducta íntima y socialmente estigmatizada, durante el desarrollo de los grupos focales se generó un clima de confianza y apertura al diálogo entre los participantes.

Uno de los grupos estuvo conformado por diez personas (nueve varones y una mujer) y el otro por ocho (cinco varones y tres mujeres). En ambos grupos hubo presencia de trabajadores de diversas edades y provincias de origen, aportando heterogeneidad en las miradas sobre la problemática.

ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Caracterización sociodemográfica

Se realizaron 429 encuestas a trabajadores, lo que representa aproximadamente un 4 % de la población de referencia. El índice de masculinidad de esta población es de 182 hombres por cada 100 mujeres. La mediana de edad es de 32 años (Q1 27 – Q3 37), con un rango de 19 a 68 años. La mediana de edad en hombres es de 33 años (Q1 27 – Q3 39) y en mujeres es de 29 años (Q1 26 – Q3 34).

La mayor parte de los trabajadores (96 %) nació en la República Argentina y el 74 % no es nativo de la ciudad estudiada. Para 306 trabajadores que no nacieron en dicha ciudad se registró la cantidad de años de residencia en el municipio. La mediana de cantidad de años de residencia en la localidad fue de 13 años (Q1 6 – Q3 26), el rango en cantidad de años va de 0 a 50 años.

El 61 % de los encuestados se encuentra en pareja (el 37 % unido y el 24 % casado). El 58 % vive con su pareja y el 48 % con sus hijos, el 14 % vive sólo.

El 26 % de los trabajadores encuestados no concluyó los estudios secundarios.

La mediana de años de antigüedad entre los 377 trabajadores que registraron el año de ingreso laboral a su empleo actual fue de 5 años (Q1 3 – Q2 8), la antigüedad mínima fue de cero años y la máxima de 40.

El 87 % manifestó estar satisfecho con su trabajo actual y el 35 % tiene proyectos para cambiar su puesto de trabajo actual.

Percepción general sobre la problemática

El 65 % de los trabajadores refirió sentirse poco o nada informado en relación a las adicciones. Respecto a la magnitud de esta problemática, el 69 % piensa que los problemas de adicciones en los trabajadores son similares al resto de la población.

Los principales motivos referidos por los que se supone que una persona puede tener problemas de adicción al consumo de sustancias fueron la falta de diálogo familiar (47 %), la falta de proyecto de vida (37 %) y tener familiares o amigos con tendencia a consumir drogas (35 %).

En respuesta a la pregunta sobre el tipo de acciones que considera que deberían tomarse para prevenir el aumento de las adicciones, el 49 % de los trabajadores propuso campañas/charlas/talleres informativos periódicos efectivos.

La sustancia que se empezó a consumir más tempranamente entre los trabajadores fue el tabaco (mediana de 15 años), seguido por el alcohol (16 años), marihuana (18 años), tranquilizantes (18 años) y cocaína (19 años). Estas edades fueron similares a las de la provincia.

Uno de los temas más recurrentes fue la estigmatización social del consumidor, que termina por ello siendo marginado.

Las causas que facilitan el consumo problemático de sustancias psicoactivas son múltiples y de diversa índole. Surgieron con más fuerza la falta de opciones recreativas, la hostilidad climática y la dinámica familiar centrada en el trabajo.

También se hizo especial énfasis en la cultura consumista que caracteriza a la población estudiada; la acumulación, compra o consumo de bienes y servicios considerados no esenciales funcionaría como una suplencia ante otras carencias (afectivas y/o recreativas). Las condiciones que propician la tendencia al consumo en general también incluirían el consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, la oferta de servicios de salud mental sería insuficiente e inadecuada, ya que la problemática de consumo de sustancias psicoactivas no se aborda desde un enfoque integral.

Prevalencias de consumo actual de sustancias psicoactivas

Las sustancias más consumidas por los trabajadores durante los últimos 30 días (consumo actual) fueron el alcohol (66 %), tabaco (35 %), marihuana (9 %) y cocaína (2 %). El orden en la frecuencia de consumo de estas sustancias coincide con los datos de la ENPreCoSP 2011 de la provincia correspondiente y del país.

Entre las sustancias de consumo prevalente la mayor proporción de consumo frecuente se presenta con el tabaco (57%), con la marihuana (34 %) y con la

cocaína (20 %). Resulta llamativo que para aquellas sustancias consumidas con prescripción médica no se haya referido consumo frecuente.

El consumo de alcohol y de tabaco, por otra parte, fue relativamente homogéneo en todos los grupos de edad analizados. El consumo de marihuana, por el contrario, fue mayor entre los jóvenes. Sin embargo, el grupo de menor edad analizado entre los hombres (20 a 24 años) no fue el de mayor consumo de marihuana sino que el pico se produce entre los 25 y 29 años. En el caso de la cocaína, y teniendo en cuenta que la baja prevalencia no permite un análisis más sólido, el consumo también fue homogéneo, por lo menos hasta los 44 años.

El análisis bivariado permite hipotetizar que los hombres tendrían mayores posibilidades de consumo de alcohol y los menores de 32 años tendrían mayores posibilidades de consumir marihuana.

Los inmigrantes (internos o externos) tendrían menores posibilidades de consumir marihuana o cocaína, y los que viven en pareja tendrían menores posibilidades de consumir marihuana.

Autorreferencia de vinculación con el consumo de sustancias

El 5 % de los trabajadores consideró tener problemas por el consumo de algunas sustancias. El 5 % refirió haber fallado en el cumplimiento de una responsabilidad debido al consumo, el 10 % refirió que sus familiares o amigos le han reprochado el consumo y el 3 % alguna vez buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo.

La autorreferencia de tener problemas por el consumo fue mayor entre los consumidores de cocaína. La asociación con haber fallado en las responsabilidades fue mayor con el consumo de cocaína que con el resto de las sustancias, aunque también se vinculó con el consumo de marihuana y éxtasis. Los consumidores de alcohol, marihuana, cocaína y éxtasis han sido reprochados por amigos o familiares, aunque los de cocaína y éxtasis lo fueron en mayor medida. Fue muy baja la demanda de ayuda en relación con el consumo. La asociación significativa entre el consumo simultáneo de diferentes sustancias da cuenta de la problemática del policonsumo.

Consumo actual de sustancias según variables de exposición

Al realizar el análisis bivariado entre el consumo actual de alcohol y ser hombre, se encontró que estos tendrían casi dos veces más chances de haber consumido alcohol durante el último mes que las mujeres. No se encontraron asociaciones significativas respecto de otras variables analizadas.

Asociación entre consumo actual de sustancias y autopercepción del problema

La mayor proporción de consumidores actuales de sustancias prevalentes que piensan que tienen problemas por el consumo se encontró entre los consumidores de cocaína (30 %). Esta asociación resultó significativa.

CONCLUSIONES

El debate en los dos grupos focales se tradujo en un interesante ejercicio de participación ciudadana y en un excelente vehículo para conocer la percepción respecto al consumo de sustancias y adicciones en general en dicha ciudad.

De lo manifestado en los grupos focales se pudo inferir que el consumo problemático de sustancias psicoactivas es una realidad sentida que sería transversal a ambos sexos, a todos los grupos etarios (aunque algunos enfatizaron que era una mayor problemática en los jóvenes) y niveles socio-económicos; destacándose además la facilidad de acceso a dichas sustancias.

La caracterización demográfica mostró que la mayor parte de la población de trabajadores se compone de hombres de 25 a 39 años. Son una minoría los trabajadores nativos en dicha ciudad. De los inmigrantes (externos o internos), la mayor parte reside en la localidad desde hace más de 6 años, se encuentra en pareja y convive con otra u otras personas. Un porcentaje importante de los trabajadores no concluyó los estudios secundarios.

En relación a la percepción de los trabajadores respecto de la problemática hallamos que la mayor parte considera que el consumo entre trabajadores no difiere del de la población general. La mayor parte de los trabajadores se siente poco o nada informada sobre adicciones.

En dicha ciudad patagónica, las sustancias más consumidas fueron el alcohol y el tabaco, seguidas por la marihuana y la cocaína. Las edades de inicio de consumo de las distintas sustancias fueron similares a las de la provincia correspondiente. El consumo actual de marihuana sería significativamente mayor en la población encuestada que en la provincia, tanto para hombres como para mujeres, mientras que sólo en el caso de las mujeres el consumo de alcohol fue significativamente mayor en la ciudad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Nacional de Estadísticas. (2010). Censo Nacional de Población. Recuperado en «http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/censo2010_tomo1.pdf».

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado en: «http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf».

Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Accedida el 10/08/2013 en:«http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/index.html».

RELEVAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN HOSPITALES GENERALES

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Fernando Prieto.

RESUMEN

Tal como lo plantea el Plan Nacional de Salud Mental, la red de servicios Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto reglamentario. Como objetivo, el presente trabajo buscó identificar la situación actual de la Red de Servicios de Salud Mental y Adicciones a nivel jurisdiccional. Según el método empleado, se elaboraron dos tipos de cuestionarios. El cuestionario A para jurisdicciones de menos de 2.500.000 de habitantes y el cuestionario B para jurisdicciones de 2.500.000 de habitantes o más. En el cuestionario B no se solicitó a las jurisdicciones información detallada de cada institución y/o servicio. Los mismos fueron respondidos por los referentes jurisdiccionales de salud mental y adicciones. Los cuestionarios A permitieron caracterizar los Servicios de Salud Mental y Adicciones (SSMyA) de los Hospitales Generales. Como resultado, se presentaron un total de 20 cuestionarios. No completaron el mismo las siguientes jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba y Formosa. En Argentina existe un total de 212 hospitales generales (HG) con servicio de salud mental (SSMyA) en el sector público. Como parte de las conclusiones elaboradas, se advierte que la razón de HG con SSMyA por 100.000 habitantes es insuficiente. El 100 % de los HG de las provincias de Catamarca, Neuquén y Río Negro posee el máximo grado de cumplimiento de los indicadores que caracterizan a los SSMyA. En estas provincias, y en Santiago del Estero, Entre Ríos, Corrientes y Misiones todos los SSMyA en los HG poseen internación.

Palabras clave: Red de Servicios, Hospitales Generales, Servicio de Salud Mental y Adicciones.

INTRODUCCIÓN

Nuestro país plantea, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (Capítulo V, Artículos 8º y 9º), desarrollar como política de Salud Mental (SM) la promoción de los procesos de atención basados en abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en SM. La misma debe basarse en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y por fuera del ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (Problema N° 2), se plantea que: “La red de Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013”. Para resolver la problemática se propone:

1. Fortalecer la Red de Salud/Salud Mental, procurando la adecuación y/o creación de servicios, dispositivos, entre otras instancias, acordes a la política de Salud/Salud Mental.
2. Abrir de manera programada, gradual y definitiva servicios de SM en los Hospitales Generales (HG) con camas para internación y atención de la urgencia.
3. Cerrar de manera programada, gradual y definitiva la admisión para internaciones en las instituciones monovalentes (colonias, hospitales, comunidades terapéuticas, clínicas psiquiátricas, entre otros).

Respecto del modelo de atención a ser impulsado y/o fortalecido en cada una de las jurisdicciones para la implementación del PNSM se destaca lo siguiente:

- a) Los efectores y organismos públicos de salud deberán coordinar sus acciones a través de redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de complejidad creciente que permitan articular los diferentes niveles de atención, aseguren el empleo apropiado y oportuno de los recursos y su disponibilidad para toda la población.
- b) La adopción de buenas prácticas institucionales que eviten y/o mitiguen toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención.

c) La implementación de estrategias de base comunitaria que sustituyan y/o reviertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronificación que acontece en las instituciones asilares.

Para el fortalecimiento de la red de servicios con base comunitaria se estimulará la creación de equipos interdisciplinarios móviles para la atención de las urgencias en los subsistemas público, privado y obras sociales. En ello, tendrán especial atención las niñas, niños y adolescentes con padecimiento mental y problemática de consumo. También se estimulará la creación y el fortalecimiento de guardias interdisciplinarias de SM en los hospitales polivalentes; como así también el fortalecimiento de dispositivos habitacionales con diferentes grados de apoyo y socio productivos, entre otros.

Con el propósito de fortalecer el Sistema de Información y la Red de Servicios de Salud/Salud Mental, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) realizó en el mes de noviembre de 2012, un relevamiento de la Red de SSMyA en todas las jurisdicciones del país para así contar con información actualizada del estado de situación de los servicios de SM que prestan los HG.

OBJETIVOS

General

- Identificar la situación actual de la Red de SSMyA a nivel jurisdiccional.

Específicos

- Determinar la razón por jurisdicción de HG con SSMyA por 100.000 hab.
- Determinar la proporción de HG con SSMyA por jurisdicción.
- Determinar la proporción de HG con internación en SMyA.
- Determinar el grado de cumplimiento de indicadores que caracterizan los servicios de SSMyA en los HG.

METODOLOGÍA

Se elaboraron por cuestiones operativas de accesibilidad a la información, dos tipos de cuestionarios para la recolección de la información. El criterio principal que dictó la toma de los cuestionarios fue la cantidad de habitantes por jurisdicción.

Cuestionario A

El cuestionario A se elaboró con el objetivo de identificar la situación actual de la Red de Servicios de Salud Mental y adicciones a nivel jurisdiccional, para ser aplicado en las jurisdicciones de menos de 2.500.000 habitantes.

Cuestionario B

El cuestionario B fue ideado para aquellas jurisdicciones que cuentan con más de 2.500.000 habitantes. En este cuestionario no se solicitó a las jurisdicciones información detallada de cada institución y/o servicio (solo se les solicitó información por aglomerados), por ello no se pudo analizar el grado de cumplimiento de indicadores que caracterizan los SSMYA en HG.

Es importante resaltar que en función del objetivo planteado, desde la DNS-MyA no se realizaron definiciones nuevas de los conceptos trabajados en los cuestionarios. Los mismos fueron elaborados por el equipo de epidemiología de la DNSMyA y respondidos por los referentes jurisdiccionales de salud mental y adicciones.

Los cuestionarios A permitieron caracterizar los SSMYA de los HG a partir de 4 indicadores establecidos por el área de epidemiología, en función de las principales características que debe tener un servicio de salud mental:

1. Atiende adicciones.
2. Realiza internaciones en el mismo hospital.
3. Cuenta con atención ambulatoria.
4. Cuenta con guardia (24 hs.) de salud mental.

En función de estas variables simples se elaboró un índice que permite reflejar el grado de cumplimiento de los indicadores de los servicios. El grado 4 refiere a los servicios que reúnen todos los indicadores y el grado 0 a aquellos que no reúnen ningún criterio.

Para el mapeo del grado de cumplimiento se dividieron los resultados obtenidos en cuartiles.

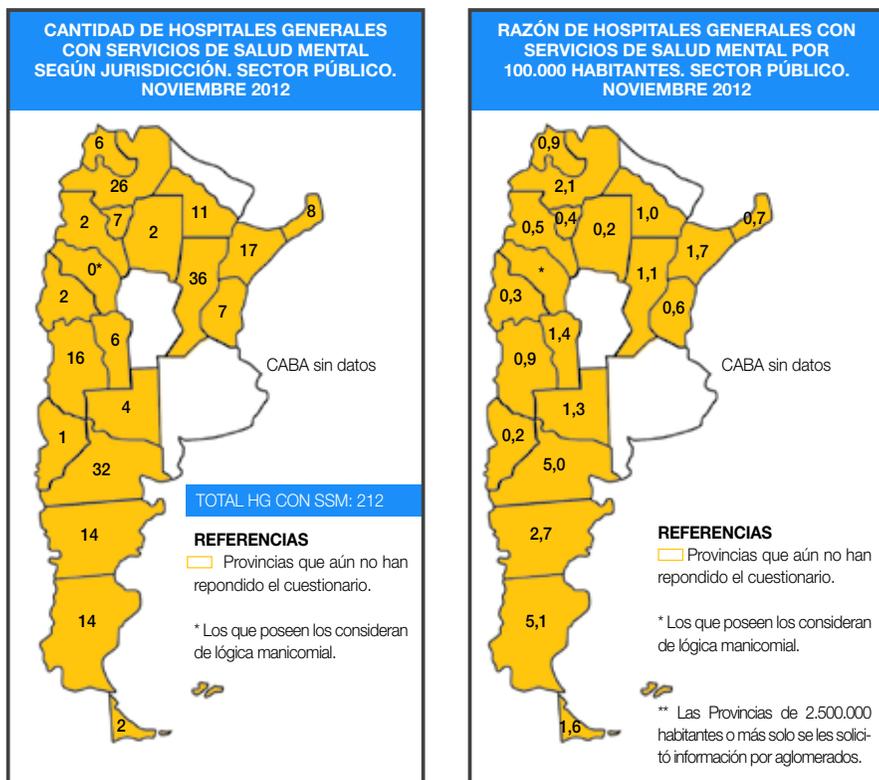
Además, se calculó el porcentaje de HG con al menos un grado de cumplimiento de indicadores de los SSMYA sobre el total de HG.

RESULTADOS

De las 24 jurisdicciones, 20 completaron los cuestionarios administrados para indagar el estado de situación de la red de SSMyA. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Formosa no respondieron el cuestionario, por lo cual no se las pudo incluir dentro del análisis de la información. Dichas jurisdicciones se presentarán en los mapas en color blanco.

Se presentan a continuación 4 mapas que brindan información sobre los SSMyA en HG: cantidad de SSMyA, razón de SSMyA por 100.000 hab., porcentaje de SSMyA con grado 4, porcentaje de SSMyA con internación. (Ver gráfico 1).

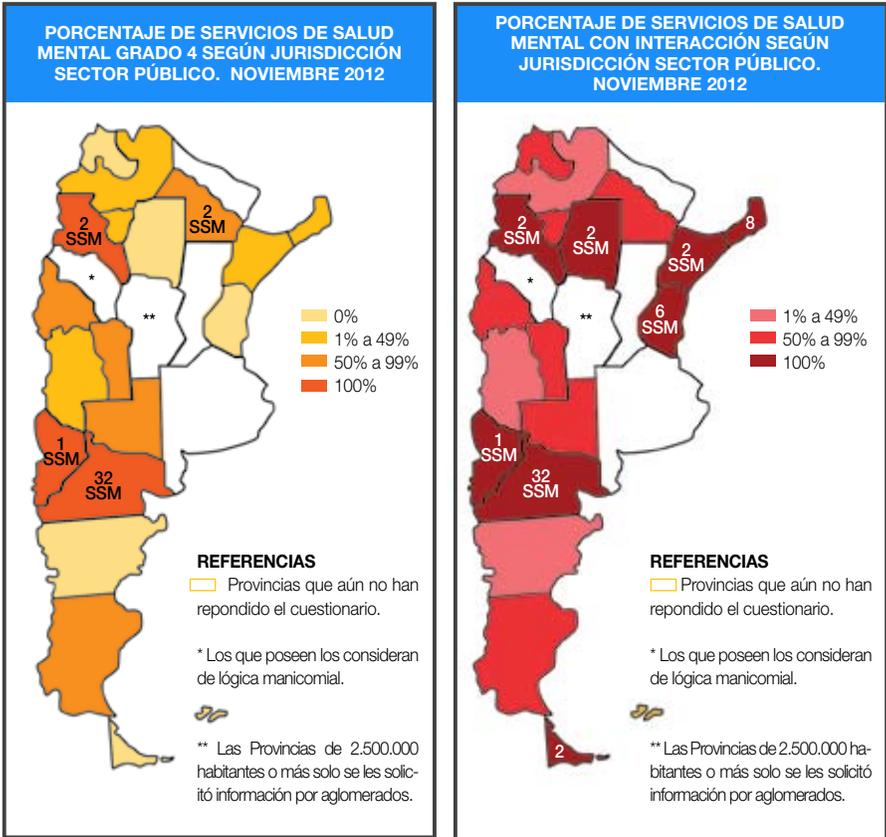
Gráfico 1. Cantidad de HG con SSMyA y razón por 100.000 hab. Argentina, Noviembre 2012.



Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Del relevamiento realizado en noviembre de 2012, se observa que en Argentina existen un total de 212 HG con SSMyA en el sector público. Las provincias que poseen mayor razón de SSMyA por 100.000 hab. son Río Negro y Santa Cruz (5,0 y 5,1 respectivamente). (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Porcentaje de SSMyA grado 4 y con internación. Argentina, Noviembre 2012.



Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Todos los HG con SSM de las jurisdicciones de Río Negro (32), Neuquén (1) y Catamarca (2) poseen grado 4. En estas jurisdicciones, y en Santiago del Estero, Entre Ríos, Corrientes y Misiones todos los SSM en los HG poseen internación. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Total de Hospitales Generales Públicos con SSM

Jurisdicción	Htales. Grales. Públicos	Htales. Grales. con SSM	% Htales. con SSM
Buenos Aires	-	-	-
CABA	-	-	-
Catamarca	51	2	3,92
Chaco	49	11	22,45
Chubut	32	14	43,75
Córdoba	0	0	-
Corrientes	43	15	34,88
Entre Ríos	66	6	9,09
Formosa	-	-	-
Jujuy	24	6	25,00
La Pampa	38	3	7,89
La Rioja	33	0	0,00
Mendoza	25	16	64,00
Misiones	48	8	16,67
Neuquén	29	1	3,45
Río Negro	35	32	91,43
Salta	52	25	48,08
San Juan	16	2	12,50
San Luis	31	6	19,35
Santa Cruz	14	14	100,00
Santan Fé	44	36	81,82
Santiago del Estero	2	2	100,00
Tierra del Fuego	3	2	66,67
Tucumán	7	7	100,00

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

A continuación se presenta información de los hospitales generales con SSM y la caracterización de los mismos según jurisdicción. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Grado de cumplimiento de los indicadores que caracterizan los SSMyA en los HG Públicos.

Grado de Cumplimiento	Referencia
0	
1	
2	
3	
4	

REGIÓN NOA

Jujuy

Jujuy presenta seis HG con SSMyA de dependencia provincial, lo que indicaría menos de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,9). Ninguno de ellos presenta grado de cumplimiento 4. (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Hospitales generales con SSMyA. Jujuy. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
de Niños	SI	SI	SI	SI	3
O. Orías	SI	SI	SI	SI	3
P. Soria	SI	SI	SI	SI	3
Paterson	SI	SI	SI	SI	3
San Roque	SI	SI	SI	SI	3
Snopek	SI	NO	SI	SI	2

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Tucumán

Tucumán presenta siete SSMyA en HG de dependencia provincial y un municipal, lo que indicaría menos de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,4). De los SSMyA con los que cuenta la provincia, dos de ellos no internan en el mismo hospital y sólo dos SSM presentan grado de cumplimiento 4. (Ver tabla 4).

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Ángel C. Padilla	SI	SI	SI	SI	4
Asistencia Pública	SI	NO	SI	NO	2
Belascuain	SI	SI	SI	NO	3
Centro de Salud	SI	SI	SI	NO	3
Del Niño Jesus	SI	SI	SI	12 hs.	3
Ins. Mat.Nstra. Sra. de las Mercedes	SI	NO	SI	NO	2
Nicolás Avellaneda	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Salta

Salta presenta veintiseis SSMyA en HG, todos ellos de dependencia provincial, lo que indicaría una razón de 2,1 SSMyA públicos cada 100.000 habitantes. Sólo tres SSMyA presentan grado de cumplimiento 4 y sólo nueve (34 %) internan. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Hospitales generales con SSMYA. Salta. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Dr. A. Oñativía	SI	NO	SI	NO	2
Dr. Arroyabe Pichanal	S/D	NO	SI	NO	1
Dr. Elias Anna	NO	NO	SI	NO	1
Dr. F. Herrera Campo	NO	NO	SI	NO	1
Dr. J. Corbalan	SI	NO	SI	NO	2
Dr. L. Anzoategui	NO	NO	SI	NO	1
Dr. M. Ragone (de SM)	SI	SI	SI	SI	4
Dr. N. Pagano	SI	NO	SI	NO	2
El Carmen	SI	SI	SI	NO	3
Gral. Mosconi	NO	NO	SI	NO	1
J. Castellano	SI	SI	SI	NO	3
La Caldera	NO	NO	SI	NO	1
La Poma	SI	NO	SI	NO	2
M. Cornejo	SI	NO	SI	NO	2
Materno Infantil	SI	SI	SI	SI	4
Ntra. Sra. del Rosario	SI	SI	SI	NO	2
Ntra. Sra. del Valle	SI	NO	SI	NO	2
O. Costas	SI	NO	NO	NO	1
Pte. J. Perón	SI	SI	SI	NO	3
R. Villagran	NO	NO	SI	NO	1
San Bernardo	SI	SI	SI	NO	3
San Rafael	SI	NO	SI	NO	2
San Roque Embarcación	NO	NO	SI	NO	1
San Vicente de Paul	SI	SI	SI	NO	3
Señor del Milagro	SI	SI	SI	SI	4
Sta. Teresita	SI	NO	SI	NO	2

Fuente Elaboración: SVESMYA – DNSMYA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Santiago del Estero

Santiago del Estero presenta tres SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría menos de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,2). Ninguno presenta grado de cumplimiento 4. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Hospitales generales con SSMyA. Santiago del Estero. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Ctro. Pcial. de Salud Infantil	SI	SI	SI	NO	3
Independencia	SI	SI	SI	NO	3
Región Dr. R Carrillo	SI	SI	SI	NO	3

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Catamarca

Catamarca presenta dos SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría menos de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,5). Los dos HG presentan grado de cumplimiento 4. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Hospitales generales con SSMyA. Catamarca. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Eva Perón	SI	SI	SI	SI	4
San Juan Bautista	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

La Rioja

Presenta un servicio de SMYA en HG, pero el mismo reproduce concepciones y prácticas de carácter manicomial.

REGIÓN NEA

Chaco

Chaco presenta tres SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría un SSMyA público cada 100.000 habitantes. De los SSMyA dos de ellos presentan grado de cumplimiento 4, el SSMyA del Hospital Pediátrico no interna en el mismo hospital ni posee guardia de 24 hs. (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Hospitales generales con SSMyA. Chaco. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Avelino Castelán	SI	NO	SI	NO	2
Julio C. Perrando	SI	SI	SI	SI	4
4 de Julio	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Corrientes

Corrientes presenta quince SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría casi dos SSMyA públicos cada 100.000 habitantes (1,7). Sólo un SSMyA presenta grado de cumplimiento 4. Todos internan en el mismo hospital. (Ver tabla 9).

Tabla 9. Hospitales generales con SSMyA. Corrientes. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Angela Llano	NO	SI	SI	NO	2
Jose Francisco de San Martin	NO	SI	SI	NO	2
J.R. Vidal	NO	SI	SI	NO	2
Juan Pablo II	SI	SI	SI	SI	4
Juana Francisca Cabral	NO	SI	SI	NO	2
Bella Vista El Salvador	SI	SI	SI	NO	3
Camilo Muniagurria	SI	SI	SI	NO	3
San Roque	SI	SI	SI	NO	3
Samuel v Robinson	SI	SI	SI	NO	3
Las Mercedes	SI	SI	SI	NO	3
Dr. Fernando Irastorza	SI	SI	SI	NO	3
San Juan Bautista	SI	SI	SI	NO	3
Dr. Ricardo Billinghurst	SI	SI	SI	NO	3
María Auxiliadora	SI	SI	SI	NO	3
San José	SI	SI	SI	NO	3

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Misiones

Misiones presenta siete SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría menos de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,7). Sólo un SSMyA presenta grado de cumplimiento 4. Todos internan en el mismo hospital. (Ver tabla 10).

Tabla 10. Hospitales generales con SSMyA. Misiones. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Alem	SI	SI	SI	SI	3
Dr. Rene Favalaro	SI	SI	SI	SI	3
El Dorado	SI	SI	SI	SI	3
Escuela de Agudos	SI	SI	SI	NO	4
Materno Neonatal	SI	SI	SI	SI	3
Nstra. Sra. de Fátima	SI	SI	SI	SI	3
Oberá	SI	SI	SI	SI	3

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

REGIÓN CENTRO

Entre Ríos

Entre Ríos cuenta con siete HG de dependencia provincial con SSMyA. Esto establece una razón inferior a un SSMyA públicos cada 100.000 habitantes (0,6). Ningún SSMyA presenta grado de cumplimiento 4. Todos internan en el mismo hospital. (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Hospitales generales con SSMyA. Entre Ríos. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Centenario	NO	SI	SI	NO	2
Felipe Heras	SI	SI	SI	NO	3
J. J. Uriquiza	NO	SI	SI	NO	2
San Antonio	NO	SI	SI	NO	2
San Martín	NO	SI	SI	NO	2
San Roque	NO	SI	SI	NO	2
Santa Rosa	NO	SI	SI	NO	2

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

REGIÓN CUYO

San Juan

San Juan presenta dos SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría menos de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,3). De los dos SSMyA, sólo el Htal. Dr. Quiroga presenta grado de cumplimiento 4, el Htal. Rawson solo presenta servicio de atención ambulatoria. (Ver tabla 12).

Tabla 12. Hospitales generales con SSMyA. San Juan. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Dr. Guillermo Rawson	SIN DATO	SIN DATO	SI	NO	1
Dr. Quiroga	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

San Luis

San Luis presenta seis SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría más de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (1,4). De los seis SSMyA que reportó, sólo presenta información de cuatro. De los cuatro SSMyA, tres presentan grado de cumplimiento 4. (Ver tabla 13).

Tabla 13. Hospitales generales con SSMyA. San Luis. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Policlinico Reg. JD Perón	SI	NO	SI	SI	2
San Luis	SI	SI	SI	SI	4
de Merlo	SI	SI	SI	SI	4
de San Francisco	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Mendoza

Mendoza presenta diecisiete SSMyA en HG de dependencia provincial. Posee casi un SSMyA público cada 100.000 habitantes (0,9). Sólo un SSMyA presenta grado de cumplimiento 4 y once SSMyA internan en el mismo hospital. Se presenta información de quince de los SSMyA. (Ver tabla 14).

Tabla 14. Hospitales generales con SSMyA. Mendoza. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Carlos Saporiti	SI	SI	SI	NO	3
Dr. A. Perrupato	SI	SI	SI	NO	3
Dr. D. Paroisien	SI	SI	SI	NO	3
Dr. H. Gaiyac (monovalente)	NO	SI	NO	NO	1
Dr. JN Lencina	SI	SI	SI	NO	3
Dr. L Chrabalowski	SI	NO	SI	NO	2
Dr. Ramón Carrillo	NO	NO	SI	NO	1
Dr. T. Schestakow	SI	SI	SI	NO	3
Enfermeros Argentinos	SI	NO	SI	NO	2
Eva Perón	NO	NO	SIN DATO	NO	0
F. Arenas Raffo	SI	NO	SI	NO	2
General	SI	SI	NO	NO	2
H. Notti (Infanto Juvenil)	SI	SI	SI	SI	4
Materno Lagomaggiore	SI	SI	SI	NO	3
Militar Reg. Dr. D. Paroisien	NO	NO	NO	NO	0
Reg. Malargüe	SI	NO	SI	NO	2
Universitario	NO	NO	NO	NO	0

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

REGIÓN PATAGONIA

La Pampa

La Pampa presenta cuatro SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría que posee más de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (1,3). De los establecimientos que cuentan con SSMyA, dos presentan grado de cumplimiento 4; tres de los SSMyA cuentan con servicio de internación. (Ver tabla 15).

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Evita	SI	NO	SI	NO	2
Dr. L Molas	SI	SI	SIN DATO	SI	3
Gob. Centeno	SI	SI	SI	SI (pasivas)	4
Padre Buodo	SI	SI	SI	SI (pasivas)	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Río Negro

Río Negro presenta treinta y dos SSMYA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría que posee cinco SSMYA públicos cada 100.000 habitantes. Todos los HG con SSMYA presentaron grado de cumplimiento 4. (Ver tabla 16).

Tabla 16. Hospitales generales con SSMYA. Río Negro. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Cinco Saltos	SI	SI	SI	SI	4
Campo Grande	SI	SI	SI	SI	4
Dr. F. Lopez Lima	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Carlos Ratti	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Ernesto Accame	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Elias Smirnoff	SI	SI	SI	SI	4
Cervantes	SI	SI	SI	SI	4
Chichinales	SI	SI	SI	SI	4
Cipolletti	SI	SI	SI	SI	4
Catriel	SI	SI	SI	SI	4
Fernandez Oro	SI	SI	SI	SI	4
Bernardino Rivadavia	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Fernando Rocha	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Jorge Rebock	SI	SI	SI	SI	4
Dr. José Cibanal	SI	SI	SI	SI	4
Chimpay	SI	SI	SI	SI	4
Coronel Belisle	SI	SI	SI	SI	4
Enfer. Artemides Zatti	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Anibal Serra	SI	SI	SI	SI	4
Valcheta	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Osvaldo Pablo Bianchi	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Héctor Monteoliva	SI	SI	SI	SI	4
Guardia Mitre	SI	SI	SI	SI	4
Las Grutas	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Ramón Carrillo	SI	SI	SI	SI	4
Bolsón	SI	SI	SI	SI	4
Ñorquinco	SI	SI	SI	SI	4

Dra. Nelly B. Crobato	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Nèstor Perrone	SI	SI	SI	SI	4
Sierra Colorada	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Rogelio Cortizo	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Orencio Calleja	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Neuquén

Neuquén presenta dos SSMYA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría menos de un SSMYA público cada 100.000 habitantes (0,2). El SSMYA presenta grado de cumplimiento 4. (Ver tabla 17).

Tabla 17. Hospitales generales con SSMYA. Neuquén. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Castro Rendor	SI	SI	SI	SI	4
de Pediatría	SI	SI	SI	NO	3

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMyA.

Chubut

Chubut presenta catorce SSMyA en HG de dependencia provincial, lo que indicaría casi tres SSMyA públicos cada 100.000 habitantes (2,7). Ninguno de los SSMyA presenta grado de cumplimiento 4 y sólo cinco internan en el mismo hospital. (Ver tabla 18).

Tabla 18. Hospitales generales con SSMyA. Chubut. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Subzonal Puerto Madryn	NO	SI	SI	NO	2
Gaiman	SI	NO	SI	NO	2
Dolavon	SI	NO	SI	NO	2
Sarmiento	SI	NO	SI	NO	2
Trevelin	SI	NO	SI	NO	2
El Maiten	SI	NO	SI	NO	2
Lago Puelo	SI	NO	SI	NO	2
Corcovado	SI	NO	SI	NO	2
Cholilla	SI	NO	SI	NO	2
El Hoyo	SI	NO	SI	NO	2
Cdro. Rivadavia (Reg.)	NO	SI	SI	SI	3
Trelew	NO	SI	SI	SI	3
Esquel	NO	SI	SI	SI	3
Rawson	NO	SI	SI	SI	3

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Santa Cruz

Santa Cruz presenta catorce SSMYA en Hospitales Generales de dependencia provincial, lo que indicaría casi cinco SSMYA públicos cada 100.000 habitantes (5,1). De los SSMYA ocho presentan grado de cumplimiento 4. Seis de los SSMYA no internan en el mismo hospital. (Ver tabla 19).

Tabla 19. Hospitales generales con SSMYA. Santa Cruz. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
San Lucas	SI	NO	SI	NO	2
Los Antiguos	SI	NO	SI	NO	2
Dr. O Natale	SI	NO	SI	NO	2
A. Zamudio	SI	NO	SI	SI	3
Dr. Kuester	SI	NO	SI	SI	3
Ramón E S Paul	SI	NO	SI	SI	3
Río Gallegos (reg.)	SI	SI	SI	SI	4
Padre José Tardivo	SI	SI	SI	SI	4
E. Canosa	SI	SI	SI	SI	4
B. Fernandez	SI	SI	SI	SI	4
Pto. Deseado	SI	SI	SI	SI	4
Cuenca Carbonifera	SI	SI	SI	SI	4
Lago Argentino	SI	SI	SI	SI	4
Dr. Miguel Lombardich	SI	SI	SI	SI	4

Fuente Elaboración: SVESMYA – DNSMYA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

Tierra del Fuego

Tierra del Fuego presenta dos SSMyA en HG de dependencia provincial., lo que indicaría más de un SSMyA público cada 100.000 habitantes (1,6). Los dos SSMyA presentan grado de cumplimiento 3 porque no atienden adicciones. (Ver tabla 20).

Tabla 20. Hospitales generales con SSMyA. Tierra del Fuego. Año 2012.

Nombre del Hospital	¿Atiende adicciones?	¿Realiza Internaciones en el Hospital?	¿Cuenta con atención ambulatoria?	¿Cuenta con guardia (24hs) de SM?	Grado de Cumplimiento
Río Grande (Reg)	NO	SI	SI	SI	3
Ushuaia (Reg)	NO	SI	SI	SI	3

Fuente Elaboración: SVESMyA – DNSMyA en base a información suministrada por los referentes provinciales de SMYA.

CONCLUSIONES

La razón de HG con SSM por 100.000 habitantes es insuficiente. Las provincias de Río Negro y Santa Cruz son las que más disponen de HG con SSMyA. El 100 % de los HG con SSMyA de las provincias de Neuquén, Catamarca y Río Negro posee grado 4 de cumplimiento de indicadores. Los HG con SSMyA de las provincias de Chubut, Santiago del Estero, Jujuy y Entre Ríos no tienen ningún efector con dicho grado de cumplimiento de indicadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. (2009). Informe sobre la evaluación de los sistemas de salud mental en los países de Centroamérica y República Dominicana usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Disponible en «http://www.who.int/mental_health/evidence/report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf».

MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ARGENTINA. PERÍODO 1997-2011

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Fernando Prieto, Vanina Agostinho.

RESUMEN

Se estima que anualmente muere cerca de un millón de personas a nivel mundial por suicidio y las tendencias muestran un aumento alarmante principalmente en el grupo de adolescentes y jóvenes. El objetivo del presente trabajo es caracterizar epidemiológicamente la mortalidad por suicidio en la República Argentina durante el período 1997 – 2011. Como metodología, se analizaron los registros de defunciones por causas externas consolidados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. La tasa de mortalidad por suicidio en el período analizado presentó su valor máximo en el año 2003 (8,7 por 100.000 habitantes) a partir del cual comienza un descenso fluctuante hasta el año 2011. La tendencia de la tasa de suicidio en el grupo de 75 años y más ha ido disminuyendo paulatinamente, en cambio la tendencia en el grupo poblacional de 15 a 24 años de edad muestra un aumento a lo largo del periodo y alcanza la tasa más alta en 2011 (13 por 100.000 habitantes). La tasa de mortalidad por suicidio en los varones tuvo su valor máximo en el año 2003 (14,1 por 100.000 habitantes) y en mujeres en el año 2002 (3,7 por 100.000 habitantes). Durante todo el período analizado, la tasa de mortalidad por suicidio fue más alta en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. El grupo de 15 a 24 años muestra un progresivo ascenso durante el período 1997-2011.

Palabras Clave: Suicidio, Epidemiología, Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010) como “El acto deliberado de quitarse la vida” y se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad, constituyendo una problemática de salud pública a nivel mundial.

De acuerdo a la OMS (2004), por año se suicidan casi un millón de personas en el mundo, conformando una tasa de mortalidad global estimada en 16 por 100.000 habitantes. A nivel mundial, las tasas de suicidio han aumentado en un 60 % en los últimos 45 años. Se estima que el suicidio supuso el 1,8 % de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4 %. Las tasas de mortalidad por suicidio tienden a aumentar con la edad, pero en los últimos años se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante del comportamiento suicida entre los jóvenes de 15 a 25 años. Es una de las tres principales causas de muerte en el grupo de 15 a 44 años (OMS, 2012).

La conducta suicida es un proceso complejo que abarca desde la ideación suicida, la elaboración de un plan suicida, la obtención de los medios para hacerlo, el intento de suicidio hasta el suicidio como desenlace fatal. Resulta un padecimiento multicausal en el que intervienen determinantes psicológicos, biológicos, genéticos, sociales y situacionales.

El abordaje del suicidio sobrepasa las capacidades del sector salud. La complejidad de sus causas requiere un enfoque intersectorial para su prevención. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental en su artículo 3 “reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Es importante mencionar, la posible existencia de subregistro en los datos de suicidio, considerando que el uso de esta categoría en los registros puede verse afectado por el uso de otras categorías que también describen muerte por otras causas violentas.

OBJETIVOS

General

- Caracterizar epidemiológicamente la mortalidad por suicidio en la República Argentina durante el período 1997–2011.

Específicos

- Describir la tendencia de la mortalidad por suicidio en la República Argentina durante el período 1997–2011.
- Describir la mortalidad por suicidio según jurisdicción, edad y sexo. Año 2011.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población de este estudio fueron las defunciones por causas externas de los registros permanentes de estadísticas vitales. Es importante señalar que hay muertes por causas externas cuya intencionalidad no está consignada en dichos registros.

Para el análisis de la evolución temporal se consideró el período 1997-2011 y en el análisis transversal se tomó la información de 2011.

En 2011 se realizó el análisis de los registros de defunciones por causas externas consolidados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

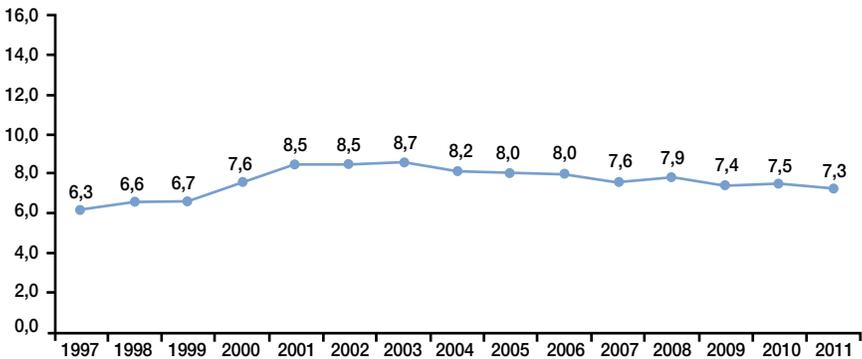
Para el análisis estadístico se calcularon tasas por 100.000 habitantes, las que fueron ajustadas por edad para la comparación entre las jurisdicciones.

Para describir la mortalidad por suicidio según jurisdicción, edad y sexo se calculó la proporción del evento por grupo de edad y sexo para el total país y según jurisdicción.

RESULTADOS

La tasa de mortalidad por suicidio presentó un aumento progresivo desde el año 1997 hasta 2003, en el que alcanzó su valor máximo (8,7 por 100.000 habitantes) a partir del cual se observó una disminución paulatina hasta llegar, en 2011, a su valor mínimo en el período analizado (7,3 por 100.000 habitantes). (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes. Total País. Período 1997-2011



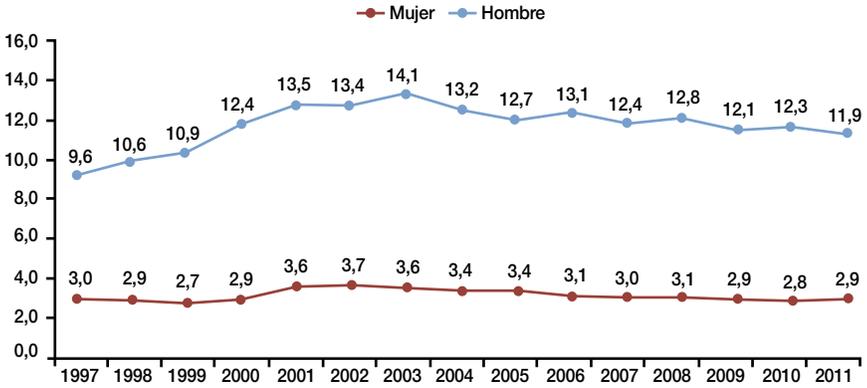
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Al igual que en la población general, la tasa de mortalidad por suicidio en varones registró un aumento desde 1997 hasta llegar a su valor máximo en 2003 (14,1 por 100.000 habitantes) para mantenerse fluctuante, hasta lograr en el año 2011 el valor mínimo observado en el período (11,9 por 100.000 habitantes).

En mujeres, la tasa de mortalidad se mantuvo relativamente estable a lo largo del período analizado, presentando valores más bajos que los varones durante todo el período, con un pico en 2002 (3,7 por 100.000 habitantes).

En 2011 la razón por sexos fue de 4:1, es decir que se registraron 4 varones fallecidos cada 1 mujer. (Ver gráfico 2).

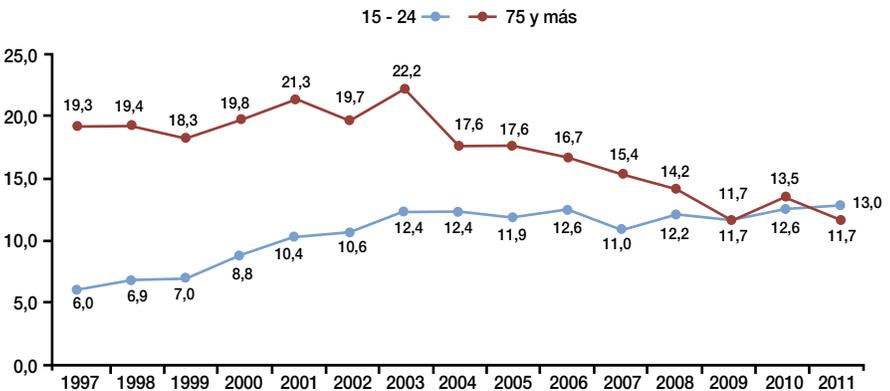
Gráfico 2. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según sexo. Total país. Período 1997–2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

En cuanto a la distribución por grupo de edad, se observó que la tendencia de la tasa de suicidio en el grupo de 15 a 24 años, presentó un aumento a lo largo del periodo y alcanzó la tasa más alta en 2011 (13 por 100.000 habitantes). Inversamente en el grupo de 75 años y más disminuyó paulatinamente, de una tasa de mortalidad de 19 por 100.000 habitantes en 1997 a 11,7 por 100.000 habitantes en 2011. (Ver gráfico 3).

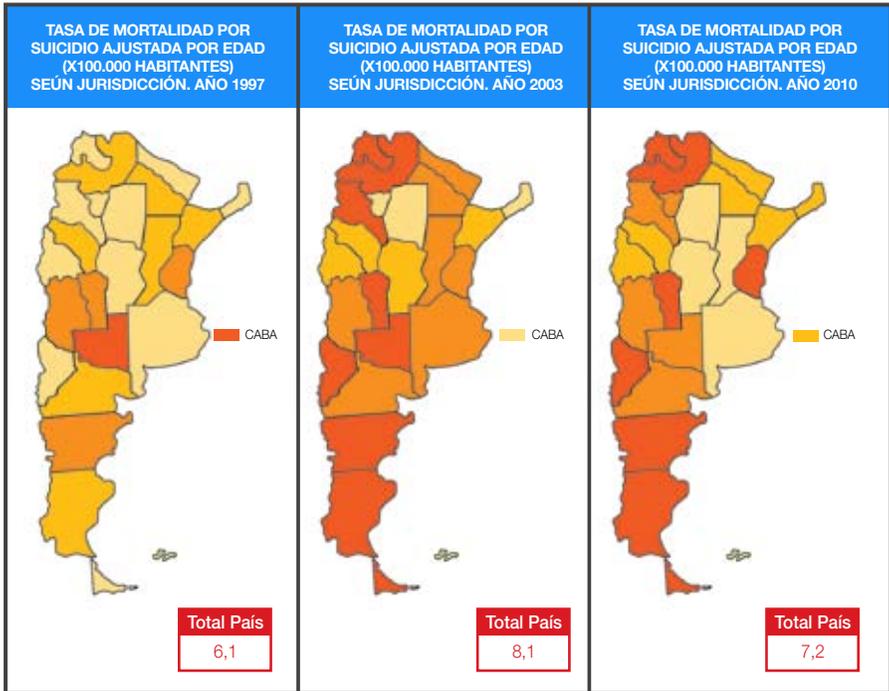
Gráfico 3. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según grupo de edad. Total país. Período 1997–2011



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La tasa de mortalidad por suicidio presentó un aumento progresivo desde 1997 hasta 2003, en el que alcanzó su valor máximo, con especial aumento en las regiones del NOA, Patagonia y en la provincia de San Luis. Si bien la tasa de mortalidad por esta causa a nivel país volvió a disminuir paulatinamente a partir de 2003, las regiones de NOA, NEA, Patagonia y la provincia de Entre Ríos continuaron manteniendo valores similares o más elevados a los presentados en 2003. (Ver gráfico 4).

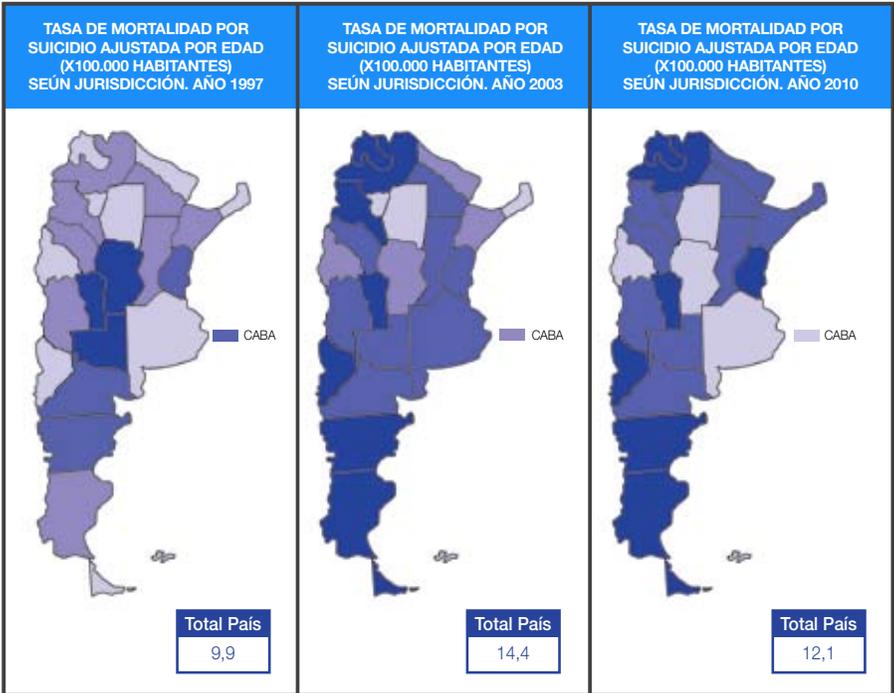
Gráfico 4. Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes según jurisdicción. Período 1997–2010.



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales. Elaboración: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de la Nación.

La tasa de mortalidad por suicidio en varones alcanzó su máximo valor en 2003. Al igual que para el total país, las regiones NOA y Patagonia y las provincias de Neuquén y San Luis fueron las más afectadas. En 2010 las jurisdicciones que presentaron tasas menores a 11,4 fueron San Juan, Santiago del Estero, Córdoba, Buenos Aires y CABA. (Ver gráfico 5).

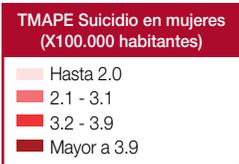
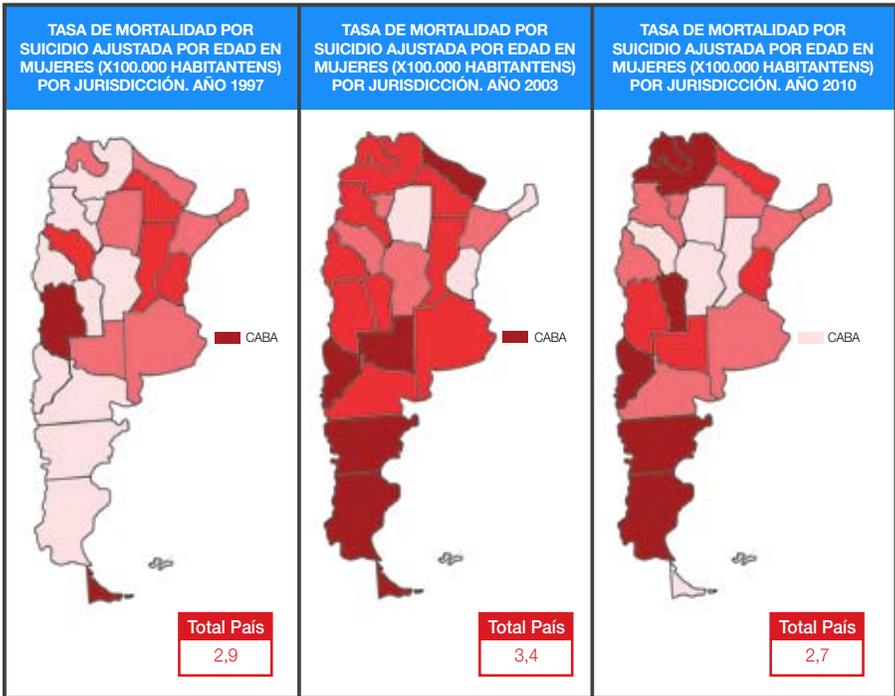
Gráfico 5. Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes en hombres. Período 1997–2010.



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales.
Elaboración: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de la Nación.

La tasa de mortalidad por suicidio en mujeres presentó su valor más alto en 2003. Las provincias más afectadas fueron Formosa, La Pampa, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego. En 2010 se observó, para este grupo, la tasa más baja en el período analizado; las jurisdicciones que alcanzaron una tasa menor a 2 fueron Catamarca, Córdoba, Santiago del Estero y Santa Fe. (Ver gráfico 6).

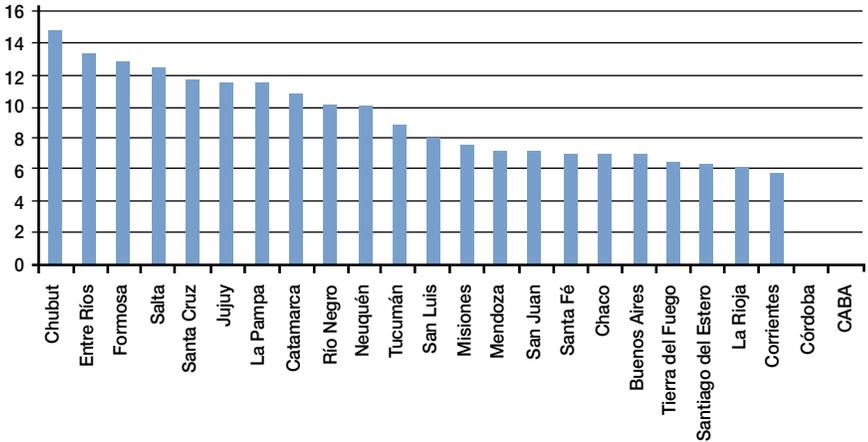
Gráfico 6. Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes en mujeres. Período 1997–2010.



Fuente: DEIS - INDEC: Estimaciones y Proyecciones Nacionales.
Elaboración: Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Ministerio de Salud de la Nación.

En 2011, se observó la tasa de mortalidad por suicidio más baja (7,3 x 100.000 habitantes) desde 2003. Las provincias más afectadas fueron Chubut (14,9), Entre Ríos (13,4) y Formosa (12,8). Por el contrario, las jurisdicciones con las tasas más bajas fueron Corrientes (5,9), Córdoba (4,4) y CABA (0,8). (Ver gráfico 7).

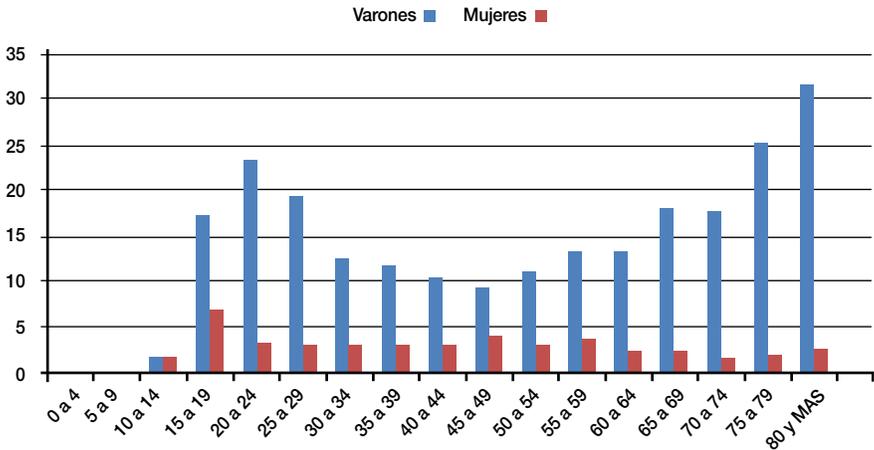
Gráfico 7. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según jurisdicción. Año 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

La tasa de mortalidad por suicidio en el año 2011, fue mayor en varones en todos los grupos de edad, con un pico en el grupo de 20 a 24 años (23,4 por 100.000 habitantes), a partir del cual comienza un descenso paulatino hasta el grupo de 45 a 49 años en el que comienza a aumentar hasta llegar a su valor más alto en el grupo de 80 años y más (31,5 por 100.000 habitantes). En mujeres, se observa un pico en el grupo de 15 a 19 años (6,9 por 100.000 habitantes) para luego disminuir y mantener valores estables en todos los grupos de edad. (Ver gráfico 8).

Gráfico 8. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según grupo de edad y sexo. Año 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

CONCLUSIONES

La tendencia en la tasa de mortalidad por suicidio en el período analizado fue en ascenso desde 1997 y presentó el máximo valor en 2003 (8,7 x 100.000 habitantes), luego del cual se presentó una disminución paulatina hasta llegar, en 2011, a su valor mínimo observado (7,3 por 100.000 habitantes).

La tasa de mortalidad por suicidio en varones, registró el valor máximo en 2003 (14,1 por 100.000 habitantes) y el valor mínimo en 2011 (11,9 por 100.000 habitantes); sin embargo, la razón para ambos sexos fue 4:1 ese mismo año. La tasa de mortalidad en mujeres se mantuvo relativamente estable durante el período analizado.

La tendencia de la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 15 a 24 años fue en aumento a lo largo del periodo; la tasa más alta se registró en 2011 (13 por 100.000 habitantes). Inversamente, la tendencia en el grupo de 75 años y más disminuyó paulatinamente registrando en 2011 una tasa de mortalidad de 11,7 por 100.000 habitantes.

Las regiones que presentaron mayores tasas de suicidio a lo largo del periodo fueron NOA y Patagonia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sola, M. (2011). "Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina", 1999-2007. *Revista Argentina de Salud Pública*, 9: 18-23.

Sola, M. (2011). "Algunas características sociodemográficas del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina 1999-2007", en *Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Adicciones* N° 2. Buenos Aires: Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevention suicide. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country*. Washington. Disponible en: «http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en».

Organización Mundial de la Salud (2012) *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS INTERNADAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL Y/O ADICCIONES

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Fernando Prieto, Vanina Agostinho.

RESUMEN

Ante la carencia de información actualizada respecto al proceso de adecuación de los efectores de salud a los objetivos y principios expuestos en la Ley Nacional de Salud Mental, se consideró necesario y eficaz contar con un Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental y Adicciones (RESAM). El mismo se incluirá dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). El objetivo del presente trabajo es exponer las características e implementación del RESAM en las diversas jurisdicciones.

Palabras clave: Registro de Personas Internadas, Salud Mental y Adicciones, Sistema de información.

INTRODUCCIÓN

La información sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes, los recursos destinados a su atención y su utilización, así como el gasto que ello implica y su efectividad, constituyen insumos imprescindibles para la elaboración de planes y programas de intervención y para la toma de decisión en política sanitaria. Para el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios jurisdiccionales, es esencial contar con un sistema que asegure calidad, oportunidad e integralidad de la información (Soratti, 2013).

ACERCA DEL SISA

En 2007, el Ministerio de Salud de la Nación creó el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) con el fin de aplicar las tecnologías de la información y de la comunicación para la planificación, implementación, ejecución, evaluación y monitoreo de las políticas sanitarias del Estado (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

El registro de la información se realiza en acuerdo con las directrices jurídicas que emanan del marco legal aplicable al sector Salud. En el mantenimiento y acceso a los datos personales y sensibles contenidos en los registros del SISA, se siguen las prescripciones jurídicas en materia de secreto profesional y derecho a la confidencialidad de la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales. Asimismo, la construcción y manejo de los sistemas estadísticos de información se realizan según las consignas de la Ley de Estadísticas 17.622 (Reglamentada por el Decreto 3110/1968).

En relación al acceso a los datos, se respeta lo regulado por la Ley 26.529 de Derechos de los Pacientes, la cual establece que el paciente es el titular de los datos referidos a su estado de salud o de enfermedad y tiene derecho de acceder a ellos en tiempo propio (Ministerio de Salud de la Nación 2013).

En resumen, en el marco del estado de derecho, el SISA representa para la población argentina un gran avance en pos del cumplimiento de las políticas sanitarias públicas, con el propósito de alcanzar más inclusión y más accesibilidad de las personas a los servicios de salud, mediante la gestión de la información, y resguardando los derechos a la privacidad y a la confidencialidad de los datos personales de los ciudadanos.

El SISA es un proyecto de tecnología de la información orientado a integrar -con etapas de implementación gradual de largo plazo- los subsistemas de información del sistema sanitario nacional y a atender las necesidades de gestión de la información del Ministerio de Salud de la Nación y de los Ministerios de Salud Provinciales (Ministerio de Salud de la Nación 2013).

REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS INTERNADAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL

La Ley Nacional de Salud Mental propone un cambio importante en los criterios de las viejas prácticas socio-sanitarias propias del siglo XIX que se prolongaron hasta nuestros días, específicamente en lo que respecta a la internación. En cuanto a la modalidad de abordaje “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”¹.

La opción de internación debe ser, según la Ley N° 26.657, “lo más breve posible y en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios...”². Asimismo “...es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social...”³.

Dicha ley prohíbe la creación de nuevos manicomios⁴ y establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales⁵. El objetivo es asegurar el pleno goce de los derechos humanos y dar oportunidad a las personas con padecimiento mental de rechazar la asistencia si así lo desea. Incorpora a la legislación argentina los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y la Declaración de Caracas de la OPS, entre otros instrumentos internacionales.

El Decreto Reglamentario N° 603/2013 representa la confirmación de los principios y los derechos incorporados por esta ley y permite avanzar en su plena aplicación, a fin de hacer efectivas las garantías de las personas usuarias del servicio de salud mental. En sus considerandos, manifiesta que la Ley N° 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina. Prevalcen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso

¹ Ley Nacional 26.657. Capítulo V. Artículo 9.

² Ley Nacional 26.657. Capítulo VII. Artículo 15.

³ Ley Nacional 26.657. Capítulo VII. Artículo 14.

⁴ Ley Nacional 26.657. Capítulo VII. Artículo 27.

⁵ Ley Nacional 26.657. Capítulo VII. Artículo 28.

22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Se destaca asimismo que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia, ha sido incluido como parte del texto de la Ley N° 26.657.

La ley aludida presta una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los términos de dicha ley deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población, entendida la misma 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” (Artículo 3°) en el marco de la vida en comunidad.

Asimismo, el Plan Nacional de Salud Mental (Problema N° 7) plantea el insuficiente desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de atención de los servicios de salud mental y adicciones.

Por lo anteriormente expuesto y ante la carencia de información actualizada respecto al proceso de adecuación de los efectores de salud a los objetivos y principios expuestos en la Ley Nacional de Salud Mental, se consideró necesario y eficaz contar con un Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental y Adicciones (RESAM). Conforme surgen de los considerandos correspondientes a la resolución 961/13, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones como autoridad de aplicación elaboró el RESAM, que será incorporado al Sistema de Información Sanitaria Argentina (S.I.S.A.).

OBJETIVO

El RESAM permitirá monitorear el proceso de adecuación de los efectores de salud a los objetivos y principios expuestos en la Ley Nacional de Salud Mental, constituyendo un paso central para el desarrollo de una salud mental inclusiva y promotora de los derechos humanos. Será un excelente insumo con el fin de optimizar las políticas públicas de salud mental ya no sólo de acuerdo a las comunidades de pertenencia de quienes tienen padecimientos mentales, sino también en base a cada caso en particular.

METODOLOGÍA

El RESAM se incluirá dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) debido a que esta plataforma asegura la oportunidad e integralidad de la información. El mismo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud con internación en salud mental y adicciones del ámbito público, privado y de la seguridad social permitiendo así planificar acciones para orientar las políticas públicas. En una primera etapa, se implementará en los establecimientos de salud monovalentes del sector público.

La información sociodemográfica de las personas internadas por motivos de salud mental formará parte de la Ficha del Ciudadano, herramienta central del SISA que permite unificar y centralizar la información sanitaria, haciendo las veces de repositorio único para cada ciudadano. Dicha ficha será indivisible e induplicable y existirá sólo una para cada ciudadano registrado en el SISA. Para su identificación se creará el Código Único del Ciudadano (CUC) compuesto por 10 dígitos enteros asignados por el sistema en el momento de creación de la ficha. El sistema utilizará una secuencia numérica según la jurisdicción que da origen a la primera prestación o servicio de salud al ciudadano.

Cabe aclarar que no se utiliza el número de documento para la identificación de la ficha porque no es un dato seguro que esté disponible en todas las situaciones. Además, a diferencia del DNI, el CUC permite la disociación de la información de manera de poder “des-nominalizar” la ficha.

Los datos del ciudadano que se consignarán son:

- Tipo de documento.
- Número de documento.
- Apellidos.
- Nombres.
- Domicilio (calle, número, piso y depto., localidad).
- Información de contacto (mails, teléfonos, etc.).
- CUIT/CUIL.
- Foto.
- Tipo y número de documento de la madre.
- La solapa de núcleo familiar no mostrará nombres, apellidos, tipos y números de documento y tampoco la información de personas que pueda existir dentro de los formularios de registros.

El RESAM aportará datos de salud mental a la información de todo el país que ya provee el SISA. A continuación se detallan las dimensiones y las variables que se relevarán:

- Situación económica y habitacional: ingreso monetario y disponibilidad de vivienda.
- Situación vincular: red vincular de apoyo.
- Diagnóstico actual según CIE-10, certificado de discapacidad, autonomía en actividades de la vida diaria.
- Condiciones de la internación actual: fecha de ingreso, voluntariedad en la internación, consentimiento informado y motivo por el cual permanece internado/a.
- Internaciones previas.
- Situación judicial: insania, inhabilitación y notificación judicial.
- Egreso: fecha de egreso, motivo de egreso, institución de derivación, provincia, localidad, lugar de residencia, tratamiento ambulatorio, ocupación, ingreso monetario y cobertura en salud.

Es importante remarcar que en relación al mantenimiento y acceso a los datos personales y sensibles contenidos en los registros del SISA, se siguen las prescripciones jurídicas en materia de secreto profesional y derecho a la confidencialidad de la Ley de Protección de los Datos Personales. Por lo mismo, sólo el efector y el propio ciudadano podrán acceder a la información nominalizada.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) elaboró el registro de personas internadas por motivos de salud mental. El mismo fue consensuado con los referentes jurisdiccionales de Salud Mental y Adicciones y con los directores de los Hospitales Monovalentes públicos.

También este Organismo elaboró, en articulación con los referentes del SISA, una guía práctica de capacitación y tiene a su cargo los cursos de carga de datos del RESAM. Dichos cursos están destinados a referentes de epidemiología de Salud Mental provinciales, encargados del área de estadística / informática de cada establecimiento, referentes provinciales de Salud Mental, directores de los establecimientos, jefes de servicios de Salud Mental de Hospitales Generales y todo aquel funcionario que sea responsable de la carga de datos del establecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Proyecto Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA). Definiciones y políticas de funcionamiento de la Ficha del Ciudadano en el SISA. Buenos Aires.

Soratti, M. (2013). Proyecto SISA: Consolidación de un Sistema Integrado de Información Sanitaria en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, Vol. 4 N° 15. Disponible en: «<http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen15/36-39.pdf>».

EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Autores: Miriam Sola, Sandra Martínez Calle, Sofía Venesio, María de los Ángeles Cuello, María Celina Soumoulou, Matías Somoza, Daniela Bonanno, Fernando Prieto.

RESUMEN

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. La disponibilidad de información sustentada en datos válidos y confiables es condición necesaria para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basadas en evidencia y la evaluación del efecto de los programas de salud. Como objetivo del presente trabajo se buscó caracterizar epidemiológicamente los egresos hospitalarios del sector público por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina durante el periodo 2005-2010. En cuanto a la metodología, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Se utilizó como fuente de información los Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. En el marco de los resultados, se constató que la cantidad de egresos se mantuvo relativamente estable en todas las regiones, siendo Cuyo la que mayores cambios presentó. Se observó que en 2010 hubo mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento a partir del grupo de 10 a 14 años. El mayor valor se presentó en hombres en el grupo de edad de 20 a 24 años; mientras que en mujeres en el grupo de 15 a 19 años. Las regiones que presentaron mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total país fueron la Patagonia, Cuyo y Centro. Entre las principales conclusiones, se destaca que la mayor proporción

de egresos por trastornos mentales y del comportamiento se registró en Patagonia seguida por Cuyo, superando ambas la proporción del país. El mayor promedio de tiempo de estadia fue de tres meses en 2007. La región Centro es la única que superó este valor, llegando a los 4,5 meses.

Palabras clave: Egresos Hospitalarios, Trastornos Mentales, Abuso de Sustancias.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75 % en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos (OMS).

La Ley Nacional de Salud Mental “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”¹,

De acuerdo al marco normativo, la realización de un estudio de los egresos hospitalarios implica acotarse a los trastornos mentales severos y episodios agudos, que podrían requerir internación. Actualmente no existe información sobre cuál es la magnitud de este tipo de trastornos en relación con el resto de los eventos de salud que también requieren internación. Esta magnitud puede evaluarse a partir de un análisis epidemiológico de estos eventos.

Cabe aclarar que este estudio está limitado a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento (Capítulo V de la Clasificación Es-

¹Ley Nacional 26.657. Capítulo I. Artículo 1.

tadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión- CIE 10), dejando por fuera los egresos por intentos de suicidio y lesiones debidas a violencia.

Se presenta la información sobre egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento registrados en los establecimientos asistenciales con internación del Subsector Oficial -dependencia Nacional, Provincial y Municipal- del año 2005 al 2010. La información de los egresos hospitalarios permite obtener una aproximación del perfil de la morbilidad de la población, poniéndola a disposición de los distintos agentes del sistema de salud.

ANTECEDENTES

En 2010 se estimó que en el mundo los trastornos mentales y del comportamiento y patologías neurológicas explicaban el 10,38 % de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), en América Latina y el Caribe el 13,65 % y en Argentina el 15,36 %, porcentajes levemente menores que los debidos a patologías cardiovasculares y circulatorias, según datos obtenidos del sitio web del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

JUSTIFICACIÓN

La disponibilidad de información sustentada en datos válidos y confiables es condición necesaria para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la evaluación del efecto de los programas de salud. Los egresos hospitalarios constituyen un registro que permite formular indicadores que dan cuenta del grado de utilización de los servicios sanitarios y, a su vez, posibilita tener una aproximación del perfil de la morbilidad de los usuarios del sistema de salud.

La epidemiología en salud mental posibilita establecer la línea de base y los elementos para una eventual evaluación de las acciones. En efecto, contribuye a la formulación de un diagnóstico de las necesidades y demandas de atención en salud mental para facilitar la construcción de planes y programas que les den respuesta.

La Organización Panamericana de la Salud, tanto en su nivel regional como subregional, promueve la toma de decisiones basada en información. Si bien los egresos hospitalarios no son la única dimensión que determina la progra-

mación de acciones en salud mental, se considera importante y de relevancia contar con esta información para orientar las políticas públicas en la materia.

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar epidemiológicamente los egresos hospitalarios del sector público por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina durante el periodo 2005-2010.

Objetivos específicos

- Estimar la magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010.
- Describir los egresos por trastornos mentales y del comportamiento según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010.
- Identificar los principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según edad y sexo. Año 2010.
- Describir la tendencia de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Año 2005-2010.
- Describir los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo. La población de este estudio fueron todos los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento registrados en los establecimientos asistenciales con internación del Subsector Público, de dependencia Nacional, Provincial y Municipal. Se tomó en cuenta la totalidad de los casos del período en estudio, y para el análisis de la evolución temporal se consideró el período 2005-2010 y en el análisis transversal se tomó la información de 2010.

Para la realización de este trabajo se utilizó como fuente de información los Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico de la Dirección de Es-

tadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Se elaboró una línea base de información sobre los egresos hospitalarios del sector público por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina en el período 2005-2010, de acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión- (CIE 10).

Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

Para estimar la magnitud de egresos hospitalarios se calculó la proporción de egresos de salud mental en relación al total de egresos en el período 2005 a 2010.

Para describir los egresos según región, jurisdicción, edad y sexo se calculó la proporción de egresos por grupo de edad y sexo para el total país y sus regiones.

Para identificar los principales trastornos según región, jurisdicción, edad y sexo se calcularon las proporciones según edad y sexo para el total país y sus regiones para los cuatro diagnósticos más frecuentes.

Para describir la tendencia de los egresos según promedio de días de estada se calcularon las medidas de tendencia central, teniendo en cuenta especialmente la media.

Para describir los egresos según promedio de días de estada y diagnóstico se calcularon las medidas de tendencia central para cada uno de los grupos diagnósticos de egreso, teniendo en cuenta especialmente la media.

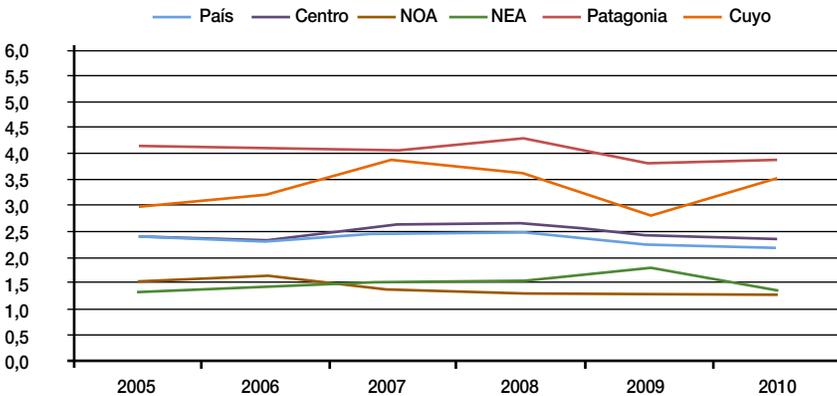
RESULTADOS

1. Magnitud de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos en el período 2005-2010

En el período 2005-2010, las regiones que presentaron mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total país fueron Patagonia (aproximadamente el 4% en todo el período), Cuyo (un pico cerca del 4 % en 2007, menos del 3 % en 2009, para luego

volver a subir) y Centro (similar al total país, rondando el 2,5 %). La cantidad de egresos se mantuvo relativamente estable en todas las regiones, siendo Cuyo la que mayores cambios presentó. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Proporción de egresos por trastornos mentales y del comportamiento. Total país y regiones. Período 2005-2010.



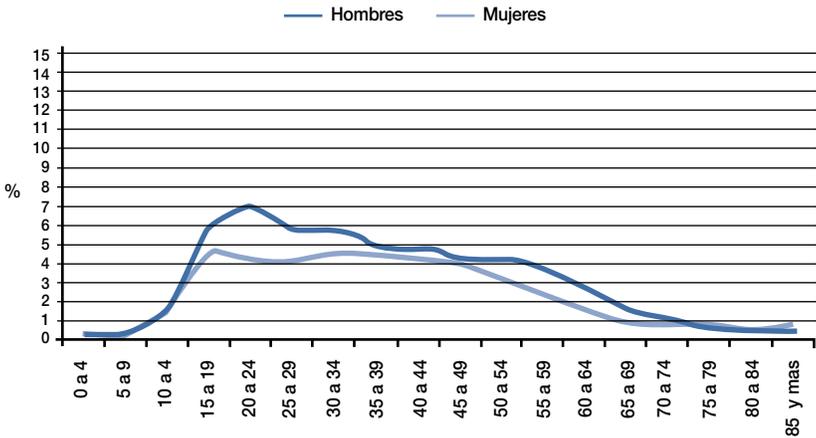
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

2. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según sexo y grupo de edad. Año 2010

En relación a la distribución según grupo de edad y sexo, se observó que en 2010 hubo mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento a partir del grupo de 10 a 14 años. El mayor valor se presentó en hombres en el grupo de edad de 20 a 24 años (7 %); mientras que en mujeres en el grupo de 15 a 19 años (4,6 %). (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=45202).



Nota: ver limitaciones al final del documento.

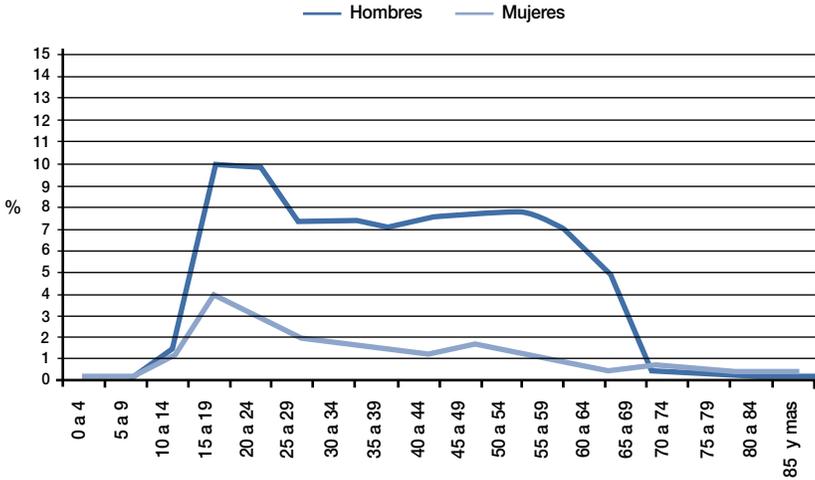
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

3. Principales trastornos mentales y del comportamiento en los egresos hospitalarios según región, jurisdicción, edad y sexo. Año 2010

3.1. Consumo de psicotrópicos

En relación al consumo de psicotrópicos, en 2010 hubo mayor proporción de egresos hospitalarios por este diagnóstico en hombres, siendo el grupo de 15 a 24 años el que registró el valor más alto (aproximadamente 10 %); esta proporción descendió a partir de los 54 años, equiparándose a las mujeres a la edad de 65 años. Por su parte, las mujeres presentaron un pico en el grupo de edad de 15 a 19 años (3,9 %), que disminuyó paulatinamente con el tiempo. (Ver gráfico 3).

Gráfico 3. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=14001).



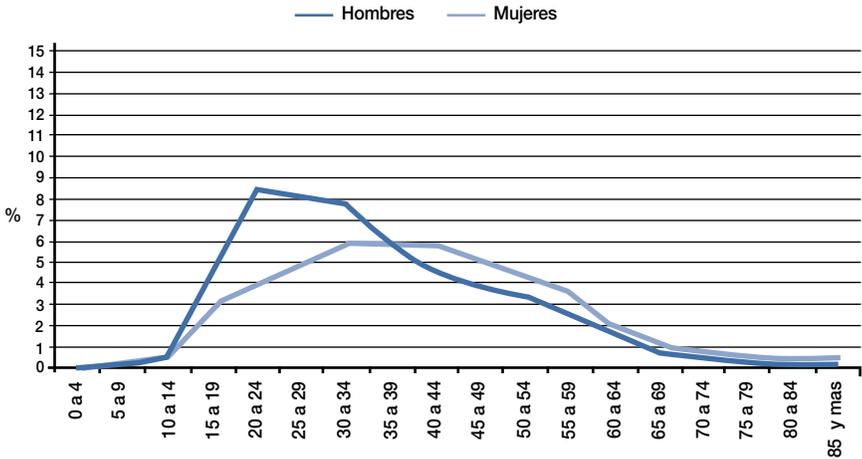
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

3.2. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

En 2010, la proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en hombres alcanzó un pico en el grupo de edad de 20 a 24 años (8,5 %), mientras que en mujeres en el grupo de 30 a 44 años (5,9 %). En ambos sexos, la proporción descendió paulatinamente con el correr de los años. (Ver gráfico 4).

Gráfico 4. Proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=9900).



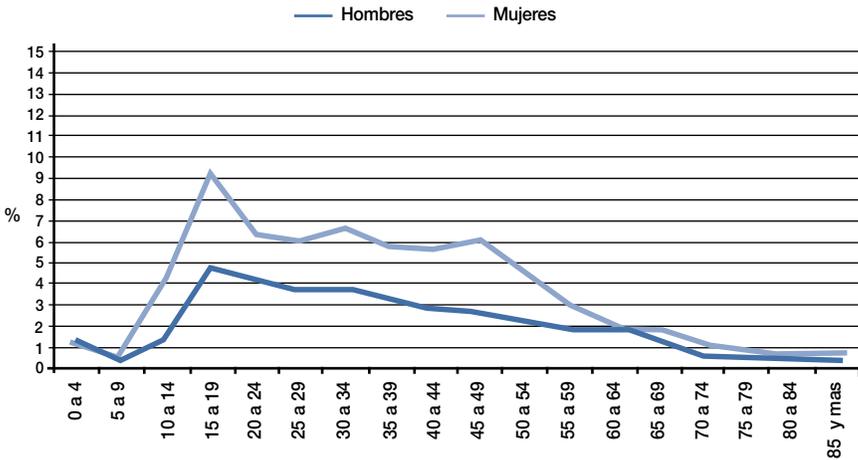
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

3.3. Trastornos del humor

En relación a los trastornos del humor, la proporción de egresos hospitalarios en 2010 fue mayor en mujeres, si bien presentó un pico en el grupo de 15 a 19 años para ambos sexos (mujeres 9,3 % y hombres 4,7 %). (Ver gráfico 5).

Gráfico 5. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos del humor según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=6667).



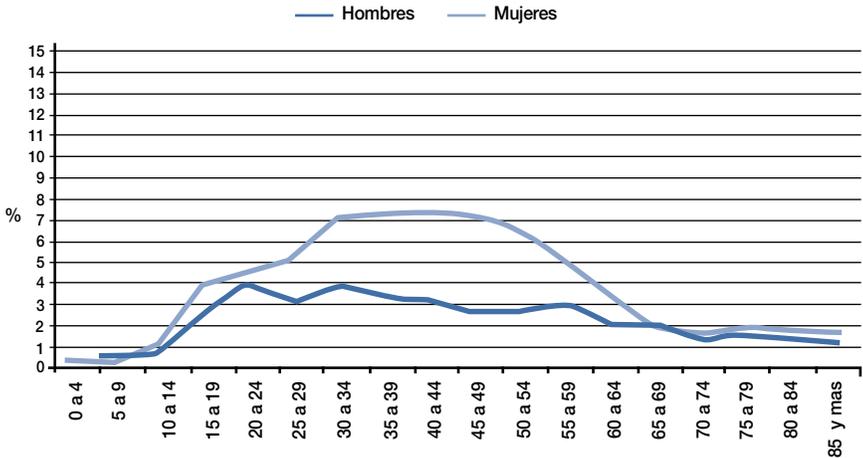
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

3.4. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

En relación a la proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, en 2010 la mayor proporción correspondió a las mujeres para todos los grupos de edad, las que presentaron los valores más altos (7,6 %) en el grupo de 30 a 49 años. (Ver gráfico 6).

Gráfico 6. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, según grupo de edad y sexo. Total país. Año 2010. (N=5672).



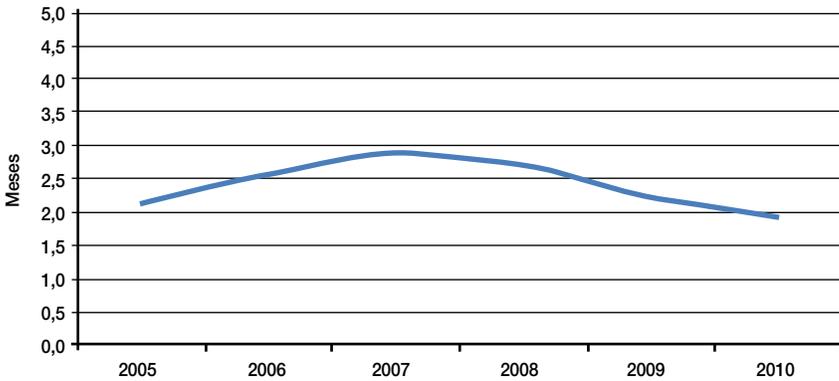
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

4. Tendencia de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada. Período 2005-2010

A partir de 2005 el promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento para el total país registró un aumento progresivo hasta 2007 (media: 2,9; desviación estándar: 17,1) para luego descender paulatinamente hasta el 2010. (Ver gráfico 7).

Gráfico 7. Promedio de meses de estada por trastornos mentales y del comportamiento. Total país. Período 2005-2010.



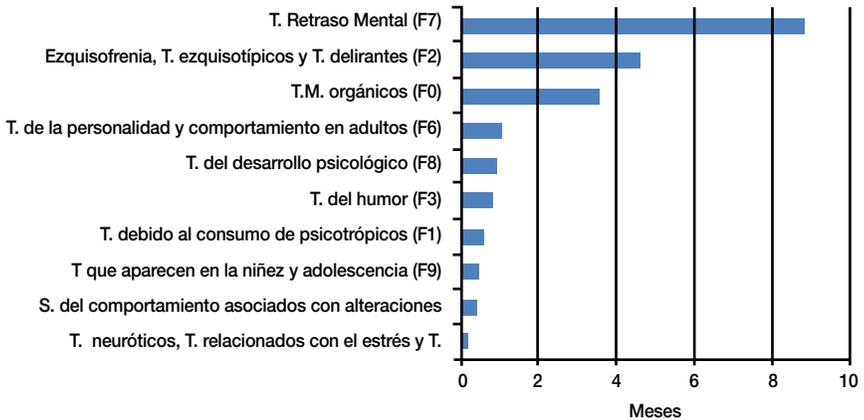
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

5. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento según promedio de días de estada y diagnóstico. Año 2010

En 2010, el promedio de meses de estada según diagnóstico para el total país fue mayor en retraso mental (media: 8,9; desviación estándar: 42); seguido por el grupo de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (media: 4,6; desviación estándar: 28,6); y en tercer lugar por los trastornos mentales orgánicos (media: 3,5; desviación estándar: 18,5). (Ver gráfico 8).

Gráfico 8. Promedio de meses de estada según diagnóstico. Total país. Año 2010. (N=45202).



Nota: ver limitaciones al final del documento.

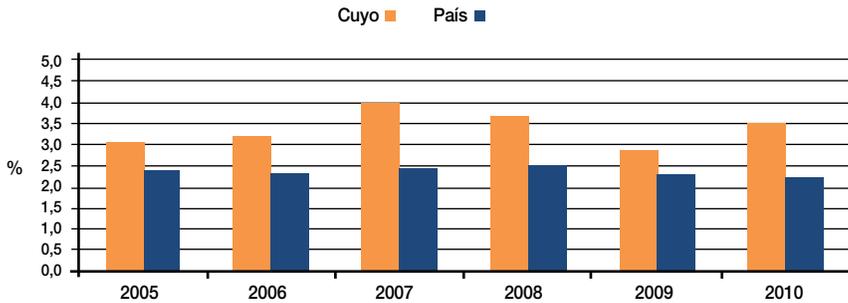
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

6. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas según región y total país. Período 2005-2010

6.1. Región Cuyo

La región Cuyo, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, presentó la proporción más alta en 2007, y para el período investigado fue superior en cada uno de los años estudiados a la del total país. (Ver gráfico 9).

Gráfico 9. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región Cuyo y total país. Período 2005-2010.



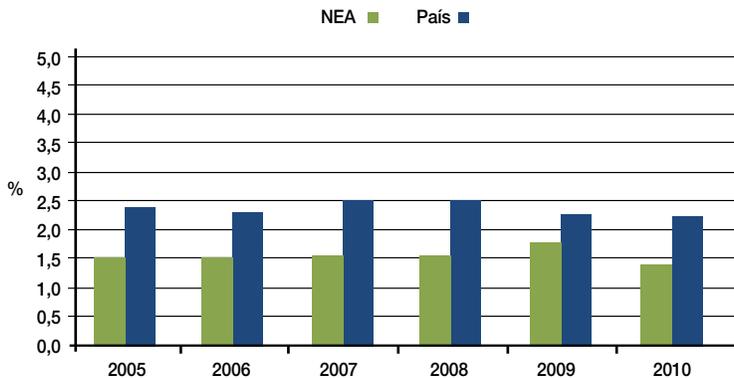
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

6.2. Región NEA

La región NEA presentó la proporción más alta de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en 2009; y para el periodo investigado fue inferior en cada uno de los años en relación a la del total país. (Ver gráfico 10).

Gráfico 10. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región NEA y total país. Período 2005-2010.



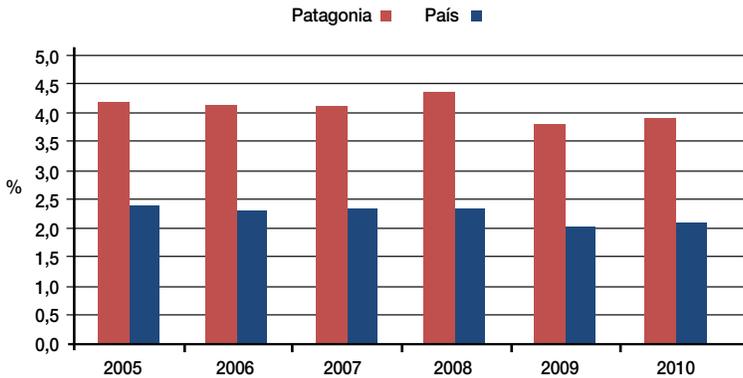
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

6.3. Región Patagonia

La región Patagonia, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, presentó la proporción más alta en el año 2008, y para el período investigado fue superior en cada uno de los años estudiados en relación a la del total país. (Ver gráfico 11).

Gráfico 11. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región Patagonia y total país. Período 2005-2010.



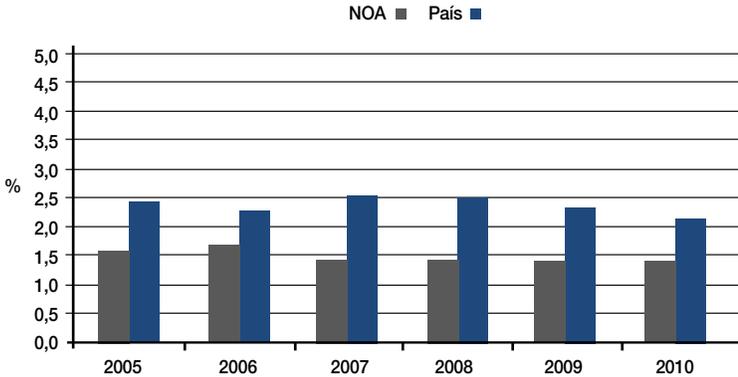
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

6.4. Región NOA

La región NOA, en relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, presentó la proporción más alta en 2006, y para el período investigado fue inferior en cada uno de los años estudiados en relación a la del total país. (Ver gráfico 12).

Gráfico 12. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región NOA y total país. Período 2005-2010.



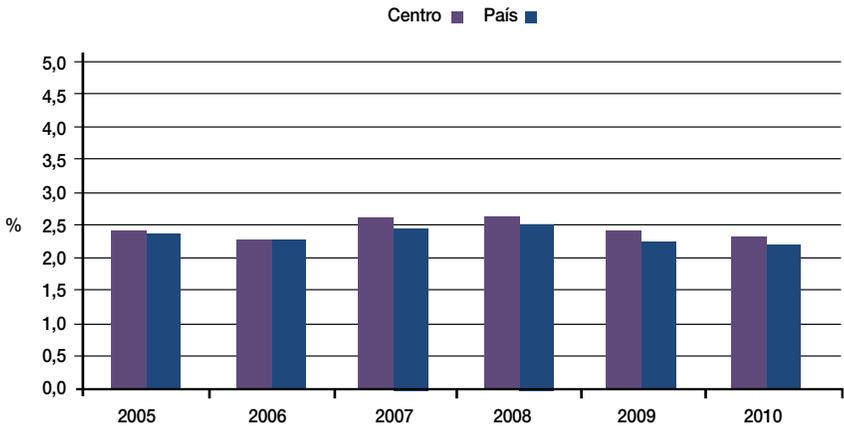
Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

6.5. Región Centro

En relación a los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, la región Centro y el país presentaron proporciones similares, siendo un poco superiores las de la región en cada uno de los años estudiados. El mayor valor de ambas se presentó en 2008 (Centro: 2,7 % y país: 2,5 %). La similitud de los valores podría deberse a que el 70 % de la población del país se encuentra en esta región. (Ver gráfico 13).

Gráfico 13. Proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en relación al total de egresos hospitalarios por todas las causas. Región Centro y total país. Período 2005-2010.



Nota: ver limitaciones al final del documento.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS.

CONCLUSIONES

Durante el período 2005-2010, la mayor proporción de egresos por trastornos mentales y del comportamiento se registró en Patagonia seguida por Cuyo, superando ambas la proporción del país. El mayor promedio de tiempo de estada fue de 3 meses en 2007. La región Centro es la única que superó este valor, llegando a los 4,5 meses.

En 2010, la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento se presentó en hombres. En las regiones Centro, Cuyo y Patagonia, el pico se registró en el grupo de edad de 20 a 24 años, al igual que en el país. Mientras que en NEA y NOA, el pico se ubicó en el grupo de edad de 15 a 19 años.

En relación a los principales grupos diagnósticos por trastornos mentales y del comportamiento registrados en 2010, se identificaron los siguientes:

- Trastornos debido al consumo de psicotrópicos:

En las regiones Centro, NEA, NOA y Cuyo, la mayor proporción de egresos hospitalarios por trastornos debidos al consumo de psicotrópicos se presentó en hombres en el grupo de 15 a 24 años, siendo concordante con el país. A excepción de Patagonia que registró su pico en el grupo de 30 a 34 años.

- Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes:

En correspondencia con el país, en las regiones Cuyo, Patagonia y Centro la mayor proporción de egresos hospitalarios por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes se registró en hombres en el grupo de edad de 20 a 24 años. Mientras que en NOA, el pico se presentó en el grupo de 10 a 14 años y en NEA en el de 15 a 19 años.

- Trastornos del Humor:

En el país, al igual que en Cuyo, el mayor registro de egresos hospitalarios por trastornos del humor se presentó en mujeres en el grupo de edad de 15 a 19 años. En el resto de las regiones, el pico se encontró en edades más avanzadas: en Patagonia en el grupo de 30 a 34 años, en Centro en el de 30 a 54 años, y en NEA y NOA en el de 45 a 49 años.

- Trastornos neuróticos, Trastornos relacionados con el estrés y Trastornos somatomorfos:

Al igual que en el país, la mayor proporción de egresos por Trastornos neuróticos, Trastornos relacionados con el estrés y Trastornos somatomorfos se presentó, para todas las regiones, en mujeres en el grupo de edad de 30 a 49 años; con excepción de NEA, en la que se registró en el grupo de 15 a 19 años.

En todas las regiones, los diagnósticos que significaron el mayor promedio de meses de internación son: Retraso mental y Esquizofrenia, Trastornos esquizotípicos y Trastornos delirantes. En NEA, NOA y Centro, el diagnóstico que se agregó a los anteriores fueron los Trastornos mentales orgánicos; en Cuyo, los Trastornos de inicio en la niñez y adolescencia y, en Patagonia, los Trastornos no especificados.

LIMITACIONES

La información referida a morbilidad hospitalaria tiene algunas limitaciones con respecto a su cobertura. No informan al Sistema Estadístico de Salud -SES- los establecimientos dependientes de Universidades Nacionales y de los Subsectores Obras Sociales y Privado. En cuanto a los establecimientos dependientes de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, se espera que informen al sistema debido a que fueron incorporados al mismo en el marco del convenio firmado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Defensa de la Nación, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 26 de junio de 2008.

La publicación de la información se realizaba cada cinco años hasta el año 2005 y correspondía a la morbilidad hospitalaria acaecida en los años terminados en 0 y 5. Como consecuencia de la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud aprobada en la XVIII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud -celebrada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 4 y 5 de mayo del 2004-, e implementada el 1° de enero de 2005, se acordó restablecer el procesamiento y envío anual de esta información, desde el nivel jurisdiccional al nivel nacional del SES.

Es importante realizar algunas aclaraciones con respecto a los problemas de cobertura de algunos archivos jurisdiccionales en los diferentes años para la elaboración, publicación y difusión de datos a nivel nacional:

2005: no se contó con la información de las Provincias de Salta y Tucumán.

2006: no se contó con la información de las Provincias de Entre Ríos y Tucumán.

2007: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 90 % de cobertura), Provincia de Santiago del Estero (alrededor del 85 % de cobertura), Provincia de Tierra del Fuego (sólo cubre la información de uno de los dos establecimientos oficiales con internación) y Provincia de San Juan (no incluye el establecimiento Dr. Guillermo Rawson).

2008: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 80% de cobertura), Provincia de Misiones (alrededor del 90% de cobertura) y Provincia de Tierra del Fuego (cubre la información de uno de los dos establecimientos oficiales con internación y del otro, sólo los egresos ocurridos hasta el 31 de agosto).

2009: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 80% de cobertura), Provincia de Misiones (alrededor del 90% de cobertura), Provincia de Córdoba (alrededor del 80% de cobertura), y Provincia de Río Negro (alrededor del 85% de cobertura).

2010: Provincia de Buenos Aires (alrededor del 75% de cobertura), Provincia de Córdoba (con un subregistro de aproximadamente el 50% de los establecimientos oficiales), y Provincia de Jujuy, cuya información no incluye los egresos producidos en 8 meses del año 2010 en el Hospital Oscar Orías y, en consecuencia, su cobertura se estima en el 93% aproximadamente.

GLOSARIO

Egreso: es la salida del establecimiento de un paciente internado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

Diagnóstico principal al egreso: afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico debe seleccionarse como afección principal, el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante.

Promedio de días de estadía: es el número promedio de días de hospitalización por cada paciente en un periodo de tiempo dado. Mide cuantos días en promedio está hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta su egreso. Este indicador es el más consistente y de mayor poder discriminatorio pues permite conocer la duración de la hospitalización y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo habitual o resulta muy corta como para asegurar una eficaz atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Nacional de Estadísticas. (2010). Censo Nacional de Población. Recuperado en «http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/kenso2010_tomo1.pdf».

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Egresos de establecimientos Oficiales por Diagnóstico. Bases de datos Años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.



II. LA SALUD MENTAL EN EL TERRITORIO



FUNDAMENTOS DEL TRABAJO TERRITORIAL EN ADICCIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Autor: Alberto Calabrese.

Con más retrocesos que avances, la temática denominada por las Naciones Unidas “problema mundial de las drogas”, nuevo título para un problema que lleva cinco décadas de “lucha contra”, con más título que resultados, seguimos sin poder trazar (aunque exista teoría y práctica para ello) una línea que se siga sin apelar a golpes bajos, falsa estadística, noticias catástrofe e inútiles incursiones represivas, donde los resultados poco tienen que ver con el esfuerzo que conllevan.

En efecto, las más de las veces, se cae en los lugares comunes o las apelaciones a una falsa moral, donde las sustancias psicoactivas prohibidas (drogas), aparecen como protagonistas de la decadencia y el daño de las poblaciones ya afectadas por un déficit estructural de necesidades básicas insatisfechas.

La falta de mirada, de lo que se subjetiviza como forma de un daño con características por momentos fantasmales, suele ser una ocupación territorial de ámbitos que favorecen determinadas prácticas delictivas, dado el clásico abandono que padecen esos territorios durante décadas de formación, donde determinadas prácticas del delito menor, actúan con mejores resultados dada la mimetización que favorece el medio. Si se quiere ver con atención, las prácticas delictivas que se constituyen en los asentamientos, son menores en cuanto a la calificación y cuantificación de delitos, dado que las prácticas mayores suelen estar en otros espacios. Sin embargo, de creerse lo que suelen recitar los medios acerca del volumen de delito, pasan prácticamente a constanciarse con esos ámbitos, lo que tiene una explicación causal profunda con mucho de los prejuicios que suelen permear a las audiencias, las que a su vez crean presión como para que sean tomadas en cuenta por poderes del estado, representaciones religiosas, reclamos de la “parte sana” de una sociedad que denuncia los lugares y a las personas a las cuales teme y quiere excluir.

Hay que tener en cuenta que el discurso sobre la prohibición de sustancias tiene escasas seis décadas de vigencia plena, con muy bajos resultados en la circulación y consumo de sustancias, logrando en cambio un fenomenal negocio que permite que se muevan cifras impensables a nivel mundial y de cada país que generan igualmente, amén del volumen de operaciones, una descomunal cadena de corrupción de personas e instituciones. Sin embargo, se insiste pertinazmente en manejarse siempre en los mismos términos a través del tiempo.

¿Qué sucede cuando estas cuestiones se trasladan al campo de la salud? Los conceptos que anteceden a esta pregunta están relacionados a una vieja práctica usual en el común origen de los pueblos, de considerar al externo como enemigo, a éste como necesario y, a la vez, sujeto a todas las características que corporizan a los enemigos imaginarios. Se trata de lo distinto, feo, sucio y malo, que permite hacer del supuesto enemigo algo claro y fácil de identificar y que de no ser por lo menos contenido y cuanto más destruido, corre el riesgo de destrucción de la sociedad por entero.

Las corporizaciones que resultaron de interpretar estas cosas suelen estar enmarcadas en los parámetros usuales del modelo Ético Jurídico, que ya asignó previamente determinadas características de objeto de delito a la propia sustancia y naturalmente a su poseedor como un delincuente. Pero con visos de cientificismo, este modelo no completa su convicción expresiva, sin la necesaria alianza con el sector Médico Hegemónico, que si bien da al poseedor de esas sustancias la categoría de “enfermo”, siguiendo los viejos cánones de la medicina descubridora de los virus, de poder identificarlos, eventualmente rodearlos, enuclearlos y finalmente expulsarlos. De ahí que, y bajo estos parámetros se hayan visto, por ejemplo, proyectos que pretenden establecer a la salida o entrada de los barrios sumergidos, lugares de tratamiento, en realidad pensados con esa mirada de aislamiento del “virus”, al que se le asignan especiales intenciones de contagio y expansión de su “vicio”. Esto naturalmente limita en forma drástica, el acercamiento amigable e integrador, al que se debería recurrir cada vez que pretendemos integrar a un sujeto en términos de vida activa.

Las miradas sobre esos sujetos, no pueden ser si se pretenden integradoras, sesgadas por visiones prejuiciosas tanto en el sentido de lo delincencial, como en el sentido benéfico de conmiseración por el otro. La única forma de abordar la exclusión, ya sea en forma larvada o manifiestamente agresiva, es la de reconocer al otro como sujeto de derecho, con características únicas en su individualidad y relaciones con el medio. Esta mirada amplia, se sigue por

una mirada integradora acerca de las personas incluidas -paradojalmente- en la exclusión. Nadie elige la misma, si no tiene un padecimiento psíquico grave o por razones de supervivencia. Así como en la trama de la resolución de conflictos personales, un terapeuta que se precie de tal, debe reconocer la identidad y capacidad de su paciente para constituirlo en protagonista de su proceso de tratamiento, así también quien interviene en los territorios debe hacerlo desde el respeto y reconocimiento a aquel que -desde un ámbito hostil y dificultoso, donde suele ser visto como espúreo y potencialmente dañino- acepta el difícil desafío de tratar de mejorar sus condiciones de vida tanto para sí como para su descendencia. Quien interviene en esta situación, debe ser reconocido a su vez como un cooperador y no como una suerte de agente del “deber ser”, ajeno a cualquier consideración sobre las razones del otro, ateniéndose simplemente a las suyas, que a su vez son hijas en ese caso de los discursos represivos y excluyentes.

De poco sirve también el apostar un grupo de trabajo, con la simple consigna de esperar el o los casos; la comunidad es un tejido vivo que se reconoce, transita, enlaza y transforma, porque de eso se trata: la verdadera y única prevención, es la que contribuye a la transformación. Esto se hace tanto más sensible, cuando interactuamos unos y otros en la construcción de los postulados de esa transformación. Con escucha, con interés, con solvencia, sin miedo y sí con constancia. La construcción no es un proceso de un día, es una instancia de vida y a la vez debe reparar una miopía de décadas, donde tanto el Estado como la sociedad en su conjunto (por lo menos en sus grandes núcleos), descansaron, respaldados por los prejuicios exculpantes y la falta de interés por los excluidos, salvo en determinadas contingencias específicas.

Vencer la desconfianza es un acto de creencia en el otro. Trasladarse al lugar de producción de los hechos, una demostración de naturalidad para la acción y reconocimiento del ámbito del otro. Ingresar en un domicilio es una demostración de confianza y una posibilidad para mayores espacios de inclusión.

¿Dónde entran las adicciones en este esquema? Estas se constituyen en una puerta de entrada para la acción en el territorio. Y por varias razones: en primer lugar porque de acuerdo con la falsa información, todo aquel que consume una sustancia prohibida, es sin más ni más, un adicto. En segundo lugar, porque el discurso hegemónico opera a su vez de dos maneras: a) como una forma de no mimetizarse con la exclusión, los padres y particularmente las madres, adoptan el discurso hegemónico y, en todo caso y como descarga, le echan la culpa con exclusividad a la sustancia, o agregan la identificación del vecino o compañero que se las proveyó; b) con base en lo dicho (y esto está muy

extendido socialmente) no se reconocen causas ni propias, ni familiares, ni grupales.

Sabemos que existen antecedentes, condicionantes y desencadenantes en la construcción de un estado de adicción. Y también, esto hay que subrayarlo, las adicciones ni empiezan, ni se limitan, ni se agotan en los consumos de drogas. Debemos afirmar una vez más: en el estadio de adicción (que es el menor en una escala de uso, abuso y dependencia) siempre vamos a estar cabalgando sobre una situación previa que tiene que ver con estructuras y con diversas presentaciones que requieren una lectura fundamental desde la salud mental. También en las situaciones de abuso más o menos severas, vamos a encontrar igualmente razones específicas asociadas a la salud mental, estamos hablando entre uno y otro tipo de usuario (abusador y adicto) de un aproximado del 30 % sobre el centil.

Igualmente, la situación expansiva del campo de la salud lleva a no conformarse con defender a un núcleo “sano” sino de incorporarlo al campo saludable, lo que implica el orden social de la vivienda, la educación, el trabajo, el hábitat, el deporte, la cultura, en fin todos los ámbitos que necesita el ser humano para desarrollarse como tal y que entendemos incluidos, pero no agotados, en lo que se conoce como determinantes de la salud.

Por otra parte, esta instancia usada como llave de una práctica de trabajo en el territorio, nos permite actuar en graves casos de violencia o maltrato, abuso, desórdenes mentales graves, o sea cuestiones que, de no ser por esta apertura, habrían permanecido desdibujadas o presumidas inexistentes.

La característica de los grupos interdisciplinarios en acción es, teniendo en claro la estrategia y sus objetivos, lograr las intervenciones tácticas en el terreno de producción de los hechos, con una mirada donde contribuyen las opiniones diversas, se respetan las intervenciones específicas y se emplean los instrumentos que se revelan eficaces para la intervención.

El crecimiento en estas intervenciones, se constituye en el reconocimiento de las partes en pos de logros comunes para la integración plena de las personas, independientemente de las manifestaciones sintomáticas y los padecimientos que los acucian.

UN MODELO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. LA EXPERIENCIA ALBARIÑO

Autores: Sebastián Aquila, Jorge Aquino, Luciano Bartoli, Karina Bergallo, Bárbara Baldino, Florencia Carril, Leila Chait, M. Belén García Rapisarda, Claudia González Márquez, Javier Rodríguez, Corina Russo, Federico Schinelli.

*“La comunidad que rodea al servicio es una fuente
inagotable de recursos existentes y potenciales,
materiales y humanos”.*
Benedetto Saraceno

RESUMEN

El presente documento se propone presentar una experiencia de asistencia, sostén, acompañamiento y cuidado del proceso de salud-enfermedad-atención basado en la intervención en y con la comunidad, por parte de un equipo territorial de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Se intentará transmitir la apoyatura teórica del proyecto, las prácticas que se desarrollan en el marco del mismo y las dificultades que surgen en la cotidianidad del trabajo¹.

Palabras claves: Salud Mental Comunitaria, Adicciones, Intervención, Comunidad.

¹ Este Equipo se encuentra bajo la dirección del Licenciado Alberto Calabrese, a quien le agradecemos muy especialmente por sus aportes teóricos, apoyo y estímulo para el trabajo en equipo.

INTRODUCCIÓN

El trabajo del Equipo Interdisciplinario de Salud Mental “Albariño” perteneciente a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se enmarca institucionalmente en el “Plan AHÍ”. El objetivo del mismo es ampliar y consolidar la presencia del Estado nacional en pequeños pueblos, parajes y barrios del territorio nacional que se encuentran aislados social y/o geográficamente, promoviendo los procesos de inclusión social y desarrollo local a través de la conformación de redes, la promoción de la organización y participación comunitaria y el reconocimiento de las identidades locales.

Para su puesta en marcha, los distintos ministerios que componen el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, en conjunto con los gobiernos provinciales y locales acompañan la conformación y consolidación de las Mesas de Gestión Local. En estos espacios conformados por instituciones, organizaciones sociales, municipios y vecinos, la comunidad identifica las distintas problemáticas sociales para luego definir las posibles estrategias de acción y participar junto al Estado en la concreción de las mismas².

En este marco, en el año 2011 la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) fue convocada por el Consejo Nacional de Políticas Públicas, para trabajar interministerialmente en un territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En ese entonces, el desafío de la convocatoria fue aplicar el mencionado Plan en Ciudad de Buenos Aires, experimentar e implementar la articulación interministerial en territorio y sistematizar una metodología de trabajo para luego replicarla en todo el territorio argentino. En consonancia con lo anterior, como DNSMyA teníamos la oportunidad, la responsabilidad y el desafío de construir, en conjunto con la comunidad, una experiencia que aporte a la reforma en salud mental que suscitaba la incipiente Ley Nacional de Salud Mental.

² Extraído de: www.desarrollosocial.gob.ar

EL PROYECTO ALBARIÑO

En agosto del 2011 se da inicio a la Experiencia Interministerial “Albariño” cuyo objetivo es formular e implementar políticas públicas que den respuestas territoriales al consumo problemático de sustancias psicoactivas en la Villa 15 (“Ciudad Oculta”).

El encargo inicial, formulado a través de mesas barriales de participación interministerial, por algunas organizaciones de la comunidad y otras autoridades estatales, era la construcción de un centro de evaluación y derivación de urgencias, especializado en adolescentes con consumo problemático de paco³. Para muchos actores que inicialmente recibieron las demandas del barrio, la tarea del equipo de salud mental debía ser la de evaluar toxicidades y derivar a los usuarios a centros de internación.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, cobra renovada fuerza la posibilidad de formular e implementar proyectos comunitarios en el campo de la Salud Mental que no se restrinjan a las acciones estrictamente asistenciales. Cabe destacar que al establecer en su artículo cuarto que: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establece en la presente ley en su relación con los servicios de salud”, la aludida norma legal obliga al Estado a reconsiderar los tratamientos que se brindan a personas que consumen drogas, lo que permite el cuestionamiento del enfoque asistencial tutelar.

Como resultado de estos lineamientos, los equipos técnicos tienen el desafío de producir herramientas que constituyan una alternativa al consultorio (como emblema de la asistencia) y que multipliquen efectos en la red de contención del sujeto, operando sobre los determinantes del consumo, garantizando una adecuada atención en servicios públicos de salud. En la misma línea, la normativa respalda la exigencia de prácticas en salud mental en pos de la autonomía y autogestión de los sujetos y comunidades, de-construyendo el ejercicio del control social por parte de los profesionales de la salud. “Se trata de lograr abordajes que no resulten una constante marcación de un afuera y un adentro, de inferioridad y subordinación social” (Pelli, 2007).

³ La pasta base de cocaína (llamada también paco) es una droga de bajo costo similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno. En ocasiones suele mezclarse con cloroformo, éter o carbonato de potasio, entre otras cosas.

Esta nueva mirada posibilita pensar el campo de la salud mental desde la interdisciplina, sumando nuevas perspectivas. Como señala el arquitecto Víctor Saúl Pelli, es deseable que la delimitación de necesidades sea alcanzada a través del accionar de las propias personas o grupos que padecen los problemas antes que por la acción directa de los expertos externos. Se tratará así de fortalecer la capacidad de los sujetos, para enfrentar sus problemas sobre la base de sus propias pautas culturales y políticas, más que de resolverse los desde afuera o de inyectarles productos, soluciones y pautas culturales, extraños y distorsionantes o, al menos, inoportunos. En los comienzos, en los primeros encuentros, cuando empezábamos a conocer el barrio y sus historias, nos sorprendía el arraigo de la mayoría de las personas a su lugar, no escuchábamos, pese a las dificultades, querer irse de la villa, “salir de ahí”. ¿Salir de su historia? ¿De su lugar? ¿Por qué? ¿Para qué?, en definitiva no necesitaban lo que “nosotros” creíamos que necesitaban.

Repensar las representaciones, prejuicios, pre-conceptos de las supuestas necesidades de una población, se convierte en una tarea prioritaria de los equipos técnicos. ¿Cuál sería entonces, el objetivo final de nuestras intervenciones? ¿Cuál es el fundamento técnico e ideológico de las mismas? “Las intervenciones toman así el carácter de un aporte a la capacidad autogestionaria de la persona, el grupo o el conjunto social asistido” (Pelli, 2007, pág. 62).

Desde el equipo de la DNSMyA y en continuo diálogo con los demás sectores, propusimos implementar un dispositivo de atención, prevención y cuidado en Salud Mental Comunitaria. La Ley constituye el soporte de las prácticas de este dispositivo, a través del cual el Estado aborda la cuestión desde un enfoque de derechos, propiciando la participación comunitaria y estrategias de integración intersectorial.

Territorio y contexto socio-histórico

El proyecto se desarrolla en un barrio de la ciudad de Buenos Aires, villa 15, conocida como “Ciudad Oculta”, el verdadero nombre del barrio es General Belgrano. Su localización es entre las avenidas: Eva Perón, Lisandro de la Torre, Piedrabuena, Argentina y Herrera. Si bien pertenece al barrio de Lugano, la avenida Eva Perón lo separa del barrio de Mataderos. Está muy cerca del límite con provincia de Buenos Aires (Av. Gral. Paz), lindando con el partido de la Matanza. El surgimiento del barrio data de 1937, cuando fue poblada por obreros del Mercado de Hacienda, de Ferrocarriles y del Frigorífico Lisandro

de La Torre. En ese período comienza la migración interna del país y se forman las primeras “villas miseria”⁴.

Posteriormente, con la inmigración proveniente de los países limítrofes, se continúa configurando la heterogeneidad poblacional. Según los últimos datos censales el 60 % de la población del barrio es argentino y el resto pertenece en su mayoría a población paraguaya y boliviana. Resalta la heterogeneidad poblacional y la diversidad cultural que se entretreje al interior de Ciudad Oculta. Las distintas expresiones culturales se abren espacios, se diferencian y convergen generando otras. En contradicción y en simultaneidad con esas experiencias de la diversidad, se arraigan la estigmatización de clase y étnica, que también reaparecen en los comentarios de los pobladores (Goffman, 1998).

Como afirma Goffman, el concepto de estigma no debe entenderse de un modo esencial sino relacional, en los procesos de estigmatización se observan relaciones de poder. Reflejándose en lo que nosotros llamamos identidades coaguladas y endogámicas: “Nosotros somos gente de bien, no como ellos”; “yo no tengo nada contra los paraguayos pero muchos son delincuentes”; “... esos pibes son unos fisuras y re-atrevidos”.

Resulta llamativa la dificultad para trasladarse hacia distintos puntos del barrio, la sectorización y la resistencia para el cruce de las calles que delimitan la villa; muchos, sin poder precisar un número exacto, desconocen el centro de la Ciudad de Buenos Aires, manifestando no haber salido nunca del barrio. Nos preguntamos ¿La lógica manicomial existe solo en las instituciones psiquiátricas? ¿Cómo derribar estos muros? ¿Cómo esfumar fronteras imaginarias causantes de ruptura de lazos? y ¿Cuál es el nivel de influencia y determinismo de estos mecanismos, en las problemáticas que escuchamos cotidianamente y que se enquistan bajo el rótulo de “las enfermedades”?

En relación a lo desarrollado, cabe destacar que los vecinos de Ciudad Oculta-Villa 15 se ven afectados por la vulneración de derechos de distintos tipos:

- A nivel ambiental: no hay acceso a servicios de agua potable, red cloacal, red de gas, recolección de residuos. Malas condiciones de salubridad, proliferación de basurales y roedores. Hay hacinamiento y precariedad habitacional.

⁴Extraído de www.conviven.org.ar

- En relación al trabajo: se verifica la imposibilidad de acceder al mercado laboral formal, la proliferación del empleo informal sin estabilidad, y en actividades poco rentables como cirujeo⁵, cartoneo⁶, y realización de changas⁷, la existencia de trabajo infantil y actividades delictivas como modo de subsistencia. Insuficiente apoyo a las iniciativas autogestivas.
- De servicios sanitarios: insuficiente desarrollo de programas de prevención primaria de la salud. Falta de articulación entre los distintos niveles del sistema de salud.
- De educación: limitado acceso por la escasez de vacantes en escuelas y jardines, dificultades para la permanencia en el sistema educativo.
- De seguridad: detención arbitraria y agresión de jóvenes por miembros de las fuerzas de seguridad, existencia de “zonas liberadas” para la realización de actividades delictivas.
- De recreación: el espacio público es prácticamente nulo y no están dadas las condiciones para su utilización en actividades lúdicas. Falta de plazas y espacios verdes, dificultoso acceso a propuestas culturales.

¿De dónde partimos?

El trabajo del equipo comunitario de salud mental tiene innumerables aristas, complejidades e intersticios, por lo que dar una imagen acabada de la tarea en territorio suele ser extremadamente complejo. Una aproximación puede estar dada en su diferenciación con determinados discursos sociales en relación a la problemática del consumo de sustancias, ya que sobre ellos se asientan prácticas hegemónicas que se contraponen a un modelo comunitario de la salud mental. A través de esta contraposición es posible presentar la manera en la que el equipo interdisciplinario piensa y aborda la cuestión de los consumos problemáticos y con esto la salud mental en general.

Dentro de estos discursos sociales predominantes se encuentra el discurso ético-jurídico, donde la sustancia juega el rol principal en el problema. Las

⁵En Argentina se conoce como “ciruja” a los vagabundos que recolectan basura o la revuelven en busca de algún útil (acto de cirujear).

⁶El “cartoneo” es el nombre de un oficio que consiste en recolectar cartón y otros derivados del papel por las calles de las ciudades.

⁷Trabajar de forma circunstancial o pasajera.

drogas en este caso son sólo las drogas ilegales, y las sustancias tienen la capacidad, para este discurso, de captar a los consumidores. Por otro lado, el que consume es visto como un delincuente, y por ende no hay otro tratamiento que el punitivo. Existe una constante valoración moral sobre el problema de los consumos problemáticos: aquel que consume es un desviado y merece una pena. También el fenómeno es visto en términos dicotómicos: consume o no consume, no hay grises, no hay matices, no hay contexto más allá de lo normativo.

Otro de los discursos sociales hegemónicos es el médico-sanitario, el cual ya no se centra en la legalidad de la sustancia sino más bien en su toxicidad. Si la sustancia es un agente tóxico, el consumidor ya no será un delincuente sino más bien un “enfermo”. Esto marcará las pautas de cómo se trabajará con la problemática: la prevención será evitar cualquier contacto con la sustancia en base a advertencias y disuasiones y el tratamiento la deshabitación o desintoxicación únicamente.

Estos discursos, que están socialmente instituidos y enarbolados por distintos actores sociales, sostienen abordajes y tratamientos punitivos-jurídicos o basados en el encierro y aislamiento de la comunidad y de las propias redes sociales, en clara contraposición con las normativas vigentes en relación a la salud mental y los derechos humanos. De este modo, es común encontrar tratamientos que responden a criterios morales sobre la problemática del consumo de sustancias, que suelen sostener la internación (particularmente en comunidad terapéutica) como único recurso, violando los derechos de las personas cuando las mismas son innecesarias y con escaso control del Estado sobre su funcionamiento.

Tales perspectivas sobre el problema son muchas veces sostenidas por los medios de comunicación y otros agentes de formación de opinión, lo que propaga la instalación de los mismos como verdades a priori y de carácter científico. Asimismo, estos imaginarios pueden ser reforzados desde otro instrumento de poder: el saber disciplinar. Así, paradójicamente, los profesionales de la salud pueden convertirse en representantes y ejecutores del control social. Son particularmente sensibles al respecto quienes trabajan en territorio, visitando hogares, recorriendo espacios públicos, “informando”, “diagnosticando”, realizando intervenciones familiares. Por ello es imprescindible que el equipo de salud mental comunitaria trabaje activamente en analizar y reflexionar en torno a la construcción del propio rol, otorgando una dimensión importante a la interpelación del trabajo del equipo, con énfasis en los posicionamientos éticos y políticos de sus integrantes. Estos problemas de orden

ético-político deben ser abordados de manera interdisciplinaria para analizar su complejidad de forma profunda. La multiplicación de saberes, la problematización de las prácticas, a la vez que deben ser trabajados en diálogo constante con la comunidad, fomentan los intercambios con otros equipos de trabajo y otros profesionales y contribuyen así a pensar creativamente los problemas.

Las representaciones, significaciones y los discursos mencionados son muchas veces compartidos por la comunidad. Se escuchaba en las consultas iniciales cómo las significaciones socialmente instituidas acerca de los consumos problemáticos de sustancias son reproducidas por la comunidad de Villa 15, en tanto el tipo de tratamiento mayormente solicitado (y conocido) es la internación. Los familiares de aquellos que dependen de sustancias y demandan tratamiento, culpabilizan alternativamente al consumidor, a la sustancia, a los compañeros de consumo y a los “tranzas”⁸, y consideran que el alejamiento de la Villa será la solución de su problemática. Pensamientos y discursos extrapolados de otros contextos, preformando las maneras de pensar y sentir de las personas de la comunidad, lo que no permite reflexionar acerca de las múltiples determinaciones de la problemática, entre ellas la responsabilidad social, comunitaria, familiar y personal en la práctica de consumo.

Como equipo de salud mental, con énfasis en la participación activa de la comunidad, fue necesario el cuestionamiento de las demandas de tratamiento y la elaboración de un proyecto alternativo que contenga en su seno un abordaje comunitario de los consumos problemáticos, a la vez de trabajar en la visualización y deconstrucción de las representaciones sociales. Para ello fue necesario un trabajo sobre el propio equipo, en pos de aprehender la sobreimplicación y afectos que el encargo inicial podría producir en los integrantes, evitando lugares instituidos de “salvadores”, trabajando en la elucidación del mismo a través de un análisis político y sustentando una posición ética.

OBJETIVO

Implementar un dispositivo de atención, prevención, sostén, acompañamiento y cuidado de la salud mental, basado en la perspectiva de la complejidad y la protección de los derechos humanos, en el marco de la Ley N° 26.657.

⁸ Se llama “Tranza” al vendedor (intermediario) de droga, suele encontrarse en la calle, una esquina, plaza, etcétera.

ACTIVIDADES Y TAREAS

Nuestra forma de conceptualizar y trabajar con el consumo problemático de sustancias:

Los discursos mencionados, no distinguen los consumos problemáticos de los que no lo son, y suelen centrarse en el individuo, la sustancia o en el contexto microsocia, sin producir un cuestionamiento de la participación comunitaria ni del significado que el consumo tiene para una sociedad determinada, en un particular momento histórico.

El consumo de sustancias tóxicas de carácter adictivo constituye una problemática compleja, cuyo abordaje integral necesariamente implica intervenciones que consideren sus diferentes dimensiones: el contexto micro y macro social en el que tienen lugar las prácticas de consumo, la subjetividad de la época, la relación que establece cada sujeto con cada sustancia, los imaginarios sociales acerca del consumo de drogas y su correlato en prácticas sociales que dan cuenta de cómo una comunidad particular situada históricamente interpreta la problemática del consumo.

Considerando la dimensión social, podemos señalar que la sociedad en que vivimos propone el consumo (en términos generales) como modo privilegiado de acceso a la felicidad, de arreglárnosla con las frustraciones de la vida y de la obtención del reconocimiento social. Las sustancias psicoactivas forman parte de los objetos que nuestra cultura y el mercado ofrecen para conseguir tales fines.

Nos preguntamos: ¿Por qué tantos jóvenes del barrio necesitan usar drogas? ¿Qué es aquello que necesitan anestesiarse o adormecer? ¿Qué restituye falsamente el consumo? ¿Qué tiene que ver esto con la trama vincular en la que fueron socializados? El recurso del consumo de sustancias posibilita la obtención de un goce inmediato, la evasión del mundo externo y de sus frustraciones, el alejamiento de situaciones y sensaciones displacenteras, además de otorgar una identidad social y la posibilidad de integrar un grupo de pertenencia. Refleja un modo de ser y existir.

Freud habla de los “quitapenas” (1974), como aquellos que brindan la posibilidad de refugiarse en un mundo propio consiguiendo la tan deseada liberación de todo aquello que los rodea. Restitución falsa de unas experiencias sin el conflicto ingénito a toda relación humana. Intento que se repite una y otra vez por borrar la división subjetiva que constituye lo humano.

Son justamente los mandatos sociales los que hoy exigen a la manera de una orden superyoica mitigar, anestesiar cualquier tipo de malestar o dolencia con “el antídoto” dador de la felicidad y el éxito.

ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

Consideramos necesario que la comunidad participe en la elaboración y construcción de aquello que se le aparece como problemático y en la elaboración de estrategias de afrontamiento de manera colectiva. Por ello trabajamos en la sede del “Albariño”, donde desarrollamos actividades terapéuticas, recreativas, de participación y organización comunitaria, pero también y fundamentalmente en las instituciones y organizaciones barriales, en tanto son lugares de pertenencia que configuran la trama de la red de contención. A su vez constituyen ámbitos de atención: la calle, los pasillos, las puertas de las casas y las plazas del barrio, en tanto son lugares privilegiados de encuentro que permiten intervenir y conocer lo que emerge como problemático, y también visibilizar recursos y escuchar intereses, reconociendo la circulación geográfica y la red vincular de las personas con las que trabajamos.

Este posicionamiento no considera a la salud mental desde una perspectiva que patologiza a los individuos, sino desde la consideración y elucidación crítica de los determinantes socio-históricos del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Por ello, en articulación con otras instituciones y organizaciones de la red local, buscamos abordar diferentes áreas que condicionan, predisponen o previenen la emergencia de problemáticas en salud mental, como el consumo problemático de sustancias, el maltrato en la infancia, las dificultades en la crianza, los proyectos de vida en adolescentes, los espacios de pertenencia, los derechos sexuales y reproductivos, las violencias, las crisis vitales y la accesibilidad cultural, educativa y recreativa.

De acuerdo con los diferentes niveles de intervención, desarrollamos múltiples líneas de acción, que pretenden trabajar las áreas mencionadas. Realizamos un trabajo de atención que incluye la consultoría en Salud Mental (entrevistas individuales, vinculares y familiares), el abordaje territorial y la atención domiciliaria. También se llevan a cabo, tanto en la sede del Albariño como en organizaciones barriales, grupos terapéuticos y de reflexión (grupos de mujeres, jóvenes, niños, familiares y referentes), así como grupos abiertos de orientación/admisión en salud mental.

Se realizaron diferentes talleres como el de Huerta Comunitaria, Construcción Natural, Taller de Radio, Relato Colectivo, de Prevención en los Colegios, y participamos en la organización y desarrollo de actividades lúdicas y artísticas (Festival de Hip-Hop, Programa Juegos y Jueguitos de la SENNAF, Día del Niño). Se acompañó y se trabajó con grupos de jóvenes para el desarrollo de actividades culturales, que derivaron en pintadas de murales y festivales artísticos, organizadas de forma totalmente independiente.

Cabe añadir también el trabajo en orientación ocupacional en escuelas y capacitaciones para la inclusión en el mundo laboral a partir de la inclusión en Programas del Ministerio de Trabajo de la Nación, y acompañando iniciativas autogestivas de los vecinos.

¿Cómo?

En relación a la intervención sería importante aclarar dos cuestiones tomando los desarrollos de Alfredo Carballada (2008). En primer lugar, entendemos a la palabra intervención proveniente del término latino *intervenio* que se puede traducir como “venir entre” o “interponerse”. De ahí que intervención pueda ser sinónimo de mediación, de intersección, ayuda o cooperación y, por otra parte, de intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión. En definitiva, en todo proceso de intervención en lo social podemos encontrar estas dos caras. En segundo lugar, (y en relación con esto) reconocer lo artificial de la intervención implica básicamente tender a su desnaturalización, entenderla como un dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. En este aspecto, la demanda proviene de los sujetos que acuden a las instituciones, los organismos, etcétera. Pero también la demanda es generada desde las instituciones, la agenda de políticas públicas, los medios de comunicación. En este juego de “venir entre” y/o “interponerse” participamos nosotros como equipo, en la intersección entre la demanda de los sujetos (vecinos), los organismos de la sociedad civil y el Estado. De la relación que establezcamos entre los tres niveles, surgen los objetivos y tareas para el proyecto. Esta relación se basa en un análisis de cada nivel en su complejidad: macro-meso-micro, reconociendo cuánto hay de cooperación y cuánto de intromisión, teniendo en cuenta las representaciones del deber-ser profesional.

En este sentido desarrollamos intervenciones destinadas a generar espacios participativos de autogestión y organización comunitaria (y fortalecer los existentes) que apunten al reconocimiento y a la potencia de las propias herramientas y recursos locales.

Se ubican en esta línea la participación en las redes que nuclean a las organizaciones comunitarias e instituciones del barrio (red “Lazos y Nudos”, red “Nuestros Derechos” y “red de Adicciones”, que se desprendió de esta última), la coordinación del encuentro correspondiente al módulo de adicciones del curso de “Promotores de Salud”, dictado por el Ministerio de Salud de la Nación y la coordinación de talleres de orientación vocacional-ocupacional en escuelas, la elaboración y dictado junto con SEDRONAR de cursos de formación destinados a líderes comunitarios interesados en la problemática del abuso de sustancias.

A estas intervenciones que se centran en la dimensión comunitaria, se suman otras, también comunitarias, que se dirigen al entorno microsociedad de la persona que abusa de sustancias. Estas intervenciones apuntan a la inclusión del consultante en redes familiares y sociales de contención y cuidado. Cuando estas se hallan desgastadas o son perjudiciales temporalmente, es fundamental evaluar la existencia de otras redes que pueda sostener y funcionar como andamiaje para la persona que consulta.

Para citar un caso concreto, un joven que se atiende en el dispositivo se acerca “fuera de horario” para pedir ayuda relativa al estudio de asignaturas del colegio que le presentaban cierta dificultad. Lo atendemos, lo escuchamos, entendemos que somos una referencia para el joven, pero no lo ayudamos nosotros, le proponemos que se dirija a una de las instituciones que brindan apoyo escolar, le preguntamos si la conoce, nos comunicamos con la Institución, lo acompañamos para presentarlo. Esto amplía la red del joven y los lugares donde encuentra contención y acompañamiento en su comunidad.

Claramente ubicamos en esta línea el trabajo con familiares, referentes y amigos, sea efectuado a través de grupos terapéuticos o de reflexión o las intervenciones realizadas en visitas domiciliarias o en los encuentros en el barrio.

Estas intervenciones suponen un trabajo territorial que permita conocer las instituciones por las que circulan las personas que consultan, conocer a sus vecinos, a la familia, intentar ubicar a quien recurren (o recurrían) frente a las dificultades y quienes están dispuestos a brindarles ayuda y quiénes no. Nos ha resultado fundamental e imprescindible “salir del consultorio” y comprender la necesidad de ocupar otros espacios como trabajadores de la salud, no sólo para facilitar la accesibilidad al sistema de salud, intentando tender puentes entre aquellos que necesítandolo no consultan, sino también para generar espacios de participación y reflexión que rastreen y movilicen los intereses, preocupaciones e inquietudes de las personas. En esta línea, podemos men-

cionar reuniones semanales sostenidas en el barrio con jóvenes que hacen un uso problemático de drogas. A partir de estos encuentros surgieron actividades como la organización de un almuerzo, partido de fútbol, la pintada de murales en los pasillos donde “paran” y salidas recreativas con sus familias. Al cabo de un tiempo de trabajo con ellos, acompañamos, la realización de dos Festivales Culturales y la Primera Jornada de Intercambio Barrial de “Salud Mental, Memoria y Trabajo”, en conjunto con otros sectores.

Las redes o grupos se convierten en herramientas adoptadas por el equipo, en tanto otorgan la posibilidad de “mirarse”, “escucharse”, “reconocerse”, resignificando al otro e interpelando al sujeto que participa en ellas. Buscan movilizar imaginarios y pensar-se desde otros lugares, problematizar lo que angustia, lo que hace síntoma o acto, incluyendo determinantes, causas y efectos. A través de ellas, nos interesa visualizar los efectos de la fragmentación social que deja sola a una comunidad y a sus miembros, identificando, apartando y disciplinando a quienes encarnan problemáticas más visibles. En este sentido, es necesario trabajar con las representaciones sociales que determinan y contribuyen al sentimiento de impotencia y desesperanza social. En una reunión de red, una integrante de “Madres del Paco” expresó: “ya sabemos que podemos; el tema ahora es el cómo”. Este “cómo” es una labor “artesanal”, en continua construcción, es un trabajo con la incertidumbre.

En resumen, apuntamos a la potencia que una comunidad tiene para solucionar sus necesidades, visualizando obstáculos, resistencias y creando junto a ellos, herramientas de afrontamiento. De esta manera trabajamos en pos de reelaborar comunitariamente los efectos del “trauma social”. Este concepto alude a situaciones de sufrimiento que una comunidad no logra elaborar por la intensidad y fractura estructural generada (ej: Terrorismo de Estado). Podríamos pensar que la pobreza, la violencia institucional, la discriminación y la injusticia son experiencias cotidianas que marcan la vida de estas personas, contorneando la subjetividad y oprimiendo sus posibilidades. Quizás esté aquí el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental y por ello, las fuertes resistencias que despierta su implementación.

Por otra parte podemos señalar intervenciones clínicas que se centran en la dimensión subjetiva del consumo. Comúnmente, la persona que hace un uso problemático de sustancias y solicita tratamiento, se presenta diciendo “soy adicto”. Suele considerarse a sí mismo enfermo y explicar todo lo que le sucede a partir de “su enfermedad”, se culpabiliza (como lo hace su entorno) pero sin responsabilizarse de sus actos. El sujeto queda capturado en su relación con el tóxico y en la identificación al “soy adicto” que le viene de lo social.

Esta captura imposibilita que se plantee alguna pregunta allí, y la intervención apuntará a problematizar el consumo, a intentar establecer cuál es la función del tóxico para esa persona, a la responsabilización subjetiva y a conmovir esa identificación, previo diagnóstico diferencial. La posibilidad surge cuando la droga deja de ser una respuesta que funciona para el sujeto y aparece la angustia.

Está claro que estas dimensiones que señalamos no corresponden a compartimentos estancos, sino que se ponen en juego simultáneamente. Podemos dar algún ejemplo de nuestra práctica: coordinamos un grupo terapéutico heterogéneo (no solo para aquellos con consumo problemático de drogas), al que concurren varios jóvenes que abusan de sustancias. Resulta impactante la manera en que todos asienten cuando alguno relata su experiencia desde la identidad del adicto. Durante varios encuentros estuvimos trabajando regularmente con uno de los jóvenes que frente a una pregunta acerca del futuro, responde “¿Querés que te conteste Darío, o el adicto?”. Hace un juego de palabras por el que reconoce que él es más que un adicto, que su ser no se termina en el vínculo que tiene con las drogas, aunque se referencia constantemente a ese “ser”. Luego de unos encuentros consigue un trabajo, a través del hermano del operador comunitario que trabaja en nuestro equipo y concurre a vernos quincenalmente. Cabe señalar, que en el trabajo con el grupo, logró un desplazamiento subjetivo y la acción de ayudarlo a conseguir un trabajo es una intervención que apunta al nivel de intervención microsocia.

Otro ejemplo es la realización de un grupo de reflexión de mujeres en el “Elefante Blanco”. Es un grupo abierto al que concurren mujeres en su mayoría víctimas de violencia, cuyos hijos suelen consumir, que necesitan algún tipo de contención o que quieren trabajar sobre algunas de sus inquietudes. La sola reunión de este grupo en este espacio que se asocia al consumo de sustancias es una intervención comunitaria sobre el espacio público que también puede impactar en lo microsocia, ya que genera vínculos entre vecinas que se apoyan mutuamente frente a las dificultades y elaboran estrategias conjuntas de afrontamiento de sus problemáticas, lo cuál también genera efectos sobre la subjetividad de las concurrentes.

Queremos transmitir algo que aprendimos de la experiencia: no trabajamos únicamente con la dimensión subjetiva del malestar de aquel que consume. Para ir más allá y llevarlo a una fórmula conocida, no trabajamos solo con la “realidad psíquica del paciente”, en tanto muchas veces “no tenemos paciente”. Esto tiene que ver con una forma particular de presentación de las personas al dispositivo, ya que a veces viene un familiar, hace catarsis y no deman-

da “ayuda” suponiendo un saber, sino que viene a pedir una “solución” y pide la internación. Otras veces los que hacen catarsis son los jóvenes, cuando los cruzamos por el barrio y luego no los volvemos a ver, porque no vienen, porque no confían en nosotros, porque no creen que los podemos ayudar, o porque encontraron en el consumo de sustancias un intento de solución a su padecimiento. Estas cuestiones se han constituido en un aprendizaje para el equipo, llevaron a cuestionar el rol profesional, siendo la práctica la que interpeló nuestra formación recibida en los ámbitos académicos.

TRABAJO DEL EQUIPO

La realización de un trabajo como el descripto, que incluye una clínica de la subjetividad, el fortalecimiento de las redes de contención de las personas, el trabajo con la familia y un trabajo más amplio con la comunidad, requiere de la reflexión continua de un equipo. A su vez, la necesidad de realizar un diagnóstico psicopatológico, socio-familiar y un trabajo con la demanda, así como la de elaborar estrategias y líneas de acción que consideren y operen sobre las diferentes dimensiones de la problemática, requieren que ese equipo sea interdisciplinario.

Cabe señalar que la interdisciplina no se logra meramente con la convocatoria al trabajo conjunto de profesionales provenientes de diferentes campos disciplinares, sino que requiere de tiempo y la generación de espacios que permitan elaborar las diferencias de sus miembros para que las mismas enriquezcan el trabajo colectivo. Es necesario que el equipo realice un trabajo hacia su interior que le permita conceptualizar y reflexionar acerca de la propia práctica. Al mismo tiempo, resulta fundamental que los miembros del grupo de trabajo realicen un análisis de su implicación, que les permita esclarecer la posición que adoptan y desde la cual perciben las problemáticas abordadas considerando la propia formación, la experiencia de trabajo, la pertenencia a determinado campo disciplinar y las emociones suscitadas por la tarea. Por otra parte cabe decir que el trabajo interdisciplinario requiere del reconocimiento de los límites de la propia disciplina para la comprensión de la realidad y el reconocimiento de los saberes de los demás.

Por último, destacar la importancia que tiene para el enriquecimiento de un equipo, el ejercicio que suscita la capacitación, supervisión e intercambio con otros.

RESULTADOS

1. Puesta en marcha y funcionamiento del dispositivo de intervención

De acuerdo a los principios planteados anteriormente, el equipo “Albariño” lleva a cabo actividades de atención de la salud mental, como así también actividades que buscan propiciar la organización y participación comunitaria.

Dentro de las actividades de atención de la salud mental se privilegian los espacios grupales, entre ellos los Grupos de Mujeres, Grupo de Usuarios, Grupos de Niños, Grupos de Orientación en Salud Mental, Grupo de Violencia de Género y Familiar. También se realizan atenciones individuales, particularmente sobre aquellas situaciones en las que la atención grupal no puede contener, o donde las situaciones de crisis y padecimiento implican un dispositivo de atención más clásico.

En la dimensión comunitaria también se destacan los encuentros en espacios abiertos. Como se mencionó anteriormente las calles, plazas, pasillos se configuran como espacios propicios para generar encuentros entre los integrantes del equipo y de la comunidad. Permiten adaptarse a los tiempos y circulaciones del barrio, conocer las redes vinculares y comunitarias, escuchar las problemáticas que emergen y los recursos de la comunidad. Se constituyen muchas veces en el “hacia” otras actividades y configuran un rasgo esencial del trabajo del equipo.

Los espacios de prácticas comunitarias, de organización y participación y acompañamiento de redes son múltiples, con duraciones y frecuencias diferentes, algunos con un tiempo acotado, otros de mayor duración y también espacios permanentes. Dentro de ellos se encuentran la realización de talleres de Huerta Comunitaria, de Construcción Natural, Taller de Radio, Taller de Relato Colectivo, actividades de Prevención en los Colegios, participación en la organización y desarrollo de actividades lúdicas y artísticas (Festival de Hip-Hop, Programa Juegos y Jueguitos de la SENNAF, Día del Niño). Asimismo se trabaja con grupos de jóvenes para el desarrollo de actividades culturales (pintadas de murales, salidas recreativas y festivales artísticos), se acompañan espacios de trabajo en comedores y merenderos con jóvenes con derechos vulnerados, se realizó junto con referentes del barrio e integrantes del “Espacio Memoria y Derechos Humanos” una actividad sobre el Proceso Militar bajo el eje “Salud y Trabajo”. Finalmente otro aspecto importante del trabajo comunitario es el acompañamiento de proyectos productivos e inclusivos que buscan generar emprendimientos productivos sustentables que puedan integrar a usuarios y/o vecinos, entre ellos proyectos de Taller Textil, Serigrafía y Panadería.

2. Reflexión crítica e interdisciplinaria del equipo

Tal como se ha destacado, en el inicio y gestación del proyecto Albariño fue necesario un trabajo sobre las representaciones y demandas tanto institucionales como de la población del barrio. Asimismo fue importante realizar el mismo ejercicio en torno a las propias representaciones de los integrantes del equipo. El trabajo ha implicado una reflexión y posicionamiento de los profesionales de un modo distinto al clásico rol instituido para los profesionales de la salud mental, en tal sentido es esencial para el equipo Albariño la constante reflexión y discusión sobre la práctica. Al respecto se realizan reuniones de equipo de manera semanal, tanto para la discusión de casos como para la problematización de la tarea en general. Son importantes también espacios específicos de intercambio sobre determinadas problemáticas (ej: niñez, proyectos productivos, actividades comunitarias), las supervisiones tanto de casos como de espacios y las capacitaciones. Otro rasgo esencial en el proceso de pensar críticamente el dispositivo lo constituyen las evaluaciones semestrales, que permiten realizar un análisis de la tarea llevada a cabo y programar las acciones que el equipo priorizará, en base al análisis comunitario y en situación. De este modo, ante un escenario dinámico y cambiante, y ante una práctica que se aleja de lo instituido socialmente, son necesarios y se llevan a cabo procesos de reflexión crítica e interdisciplinaria.

3. Participación de la comunidad en las acciones y propuestas de atención del equipo

La participación de la comunidad es de algún modo obvia en los procesos de atención, pero es en las actividades comunitarias donde se evidencia más fuertemente. Algunos ejemplos lo constituyen el proceso de trabajo a largo plazo con un grupo de jóvenes, en el cual han pasado a ser los principales organizadores de las actividades realizadas (jornadas recreativas, festivales culturales); el modo autogestionado en el que funciona muchas veces uno de los Grupos de Mujeres que se realiza en el barrio; la actividad de capacitación y trabajo en costura que nació de la gestación de un proyecto productivo y de encuentros entre usuarios del dispositivo; la participación activa de distintos usuarios en el Espacio Radial y en el taller de Relatos Colectivos. Prácticamente todas las actividades comunitarias que tienen acogida en la comunidad, o que surgen de ella, implican protagonismo y ejercicio activo, ya que tal es el modo en que se concibe el trabajo en salud mental comunitaria desde el dispositivo.

4. Realización de acciones intersectoriales

Dentro de las acciones intersectoriales se pueden distinguir aquellas que forman parte de espacios de intercambio y reflexión y las que se constituyen a partir de intervenciones o actividades puntuales.

En relación a las primeras, se participa en mesas de intercambio, reflexión y planificación con redes que nuclean a las organizaciones comunitarias e instituciones del barrio (red “Lazos y Nudos”, red “Nuestros Derechos” y “red de Adicciones”), como así también las propias del espacio institucional del Plan Ahí del que forma parte el equipo de salud mental.

Por otro lado, dentro de las acciones intersectoriales realizadas en torno a actividades puntuales se destaca la coordinación del encuentro correspondiente al módulo de adicciones del curso de “Promotores de Salud”, dictado por el Ministerio de Salud de la Nación, la elaboración y dictado junto con SEDRONAR de cursos de formación destinados a líderes comunitarios, el acompañamiento a talleres del programa “Jóvenes con más y mejor trabajo” que realiza el Ministerio de Trabajo. Asimismo se realizan articulaciones sostenidas con los Ministerios de Desarrollo Social, Educación y Trabajo, ya que como integrantes del mismo abordaje muchas veces las problemáticas y los casos trabajados se abordan intersectorialmente.

Tales prácticas, enmarcadas en las leyes y normativas actualmente vigentes, posibilitan generar transformaciones profundas en el ámbito comunitario que perduren en el tiempo, lo que otorga al modelo un alto grado de replicabilidad.

CONCLUSIONES

En este trabajo se intentó dar cuenta de la necesidad de construir prácticas en salud mental que desde una perspectiva de derechos, consideren y operen sobre las múltiples dimensiones que determinan los consumos problemáticos de sustancias. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental, al ubicar a los usuarios de drogas dentro del campo de la salud, constituye el marco propicio para que los agentes de salud construyamos modalidades de abordaje alternativas al control social, les demos visibilidad, y tendamos a subvertir la lógica con la que históricamente se ha respondido al uso, abuso y dependencia de sustancias. Para lograr esto, es necesario considerar, además de los atravesamientos sociales, los políticos y los económicos que han sostenido estas prácticas efectuando una lectura política del campo en el que actuamos.

Como señaló una rotante de psicología el trabajo en el Albariño es:

“Laberíntico: en principio no en un sentido metafórico sino literal, los chicos caminan por los laberínticos pasillos de la villa, siempre en grupo, con la “brújula” que es Jorge, el operador comunitario (quien reside en forma permanente en dicho lugar). Laberintos donde más allá de un plan preestablecido hay “sorpresas” que interpelan el camino, que atemperan el paso, que instan al “pensar entre todos, a dirimir, a resolver sus enigmas” para continuar caminando. Artesanal: en tanto que las intervenciones son pensadas y construidas de manera artesanal, con “elementos y materiales” de la comunidad, la artesanía generalmente es “típica” del lugar donde es construida, otra característica es que “una no es igual a otra”, no entra en la cadena sistemática de producción estandarizada. Algo de esto tiene su manera de pensar y llevar adelante la tarea cotidiana. La experiencia Albariño: podría definirla como tal, una experiencia, un espacio transformador de la práctica y de la subjetividad de un profesional. Yo no voy a ser la misma tanto en lo personal como en lo profesional luego de mi transitar por el Albariño”⁹.

⁹ Agradecemos los aportes de la Lic. Josefina Moreyra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberdi, J. M. (2003). Reformas y Contrarreformas, Políticas de Salud Mental en la Argentina. Rosario: Universidad nacional de Rosario.

Aquila, Sebastian; Bartoli, Luciano; Chait, Leila; García Rapisarda; Rodríguez, Javier & Perfumo, Magdalena; (2013, agosto) La experiencia Albariño. Hacia una intervención comunitaria de las adicciones. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Salud Mental AASM, 25 al 28 de agosto, Buenos Aires, Argentina.

Calabrese, A. Capacitaciones recibidas a lo largo del año 2011 y 2012 sobre la temática de Adicciones.

Carballeda, Alfredo J. (2005). La intervención en lo social, exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. Buenos Aires: Paidós.

Carballeda, Alfredo J. (2008). Los cuerpos fragmentados. Buenos Aires: Paidós.

Chamó, L. (2000). “Enfoque ecosistémico de las drogadicciones”, en Donghi, A. y Vázquez, L. (comp.), Adicciones una clínica de la cultura y su malestar, Buenos Aires: JVE Ediciones.

Domínguez Lostaló, J. & Di Nella, Y. (2009). Desarrollo humano en comunidades vulnerables. El método de la Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial. Programa de trabajo Comunal Universitario (1995-2002). Buenos Aires: Koyatún Editorial.

Donghi, A. (2000). Adicciones: una clínica de la cultura y su malestar, en Donghi, A. y Vazquez, L. (comp.). Buenos Aires: JVE Ediciones.

Freud, Sigmund. (1974). “Malestar en la cultura”, en Obras Completas, Vol. VIII, Madrid: Biblioteca Nueva.

Galende, E. y Kraut, A. J. (2006): El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos. Bs. As.: Lugar Editorial.

Galende, Emiliano. (1994): Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Goffman, Erving. (1998). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.

Korman, V. (1995). *¿Y antes de la droga qué?* Barcelona: Grupo Igia.

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. La Narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Lewcowicz, I. (2000). "Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial históricamente instituido", en Donghi, A. y Vázquez, L. (comp.): *Adicciones una clínica de la cultura y su malestar*. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Lourau, R. (1991). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ministerio de Educación de la Nación. (s. f.). "Prevención del consumo de drogas desde el lugar del adulto", en http://www.me.gov.ar/me_prog/prevencion.html?mnx=prevencion&mny=_doc&carp_eta=prevención.

Montero Rivas, Maritza. (2012). "El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva Psicológico-Comunitaria" en *Revista MEC-EDUPAZ, Universidad Nacional Autónoma de México*. / Reserva 04-2011-040410594300-203 ISSN en trámite. N° I, Septiembre-Marzo 2012.

Pelli, Victor Saul. (2007). *Habitar, participar, pertenecer: acceder a la vivienda: incluirse en la sociedad*. Buenos Aires: Nobuko.

Plan Ahí. (14 de febrero 2014). Recuperado de «<http://www.desarrollosocial.gob.ar/planahi/157>»

Visacovsky, Sergio. (2002). *El Lanús. Memoria política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

EXPERIENCIAS DE ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL Y DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS EN EL MARCO DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Autores: Natalia Laura González, Ingrid Metsch, Marcela Palazzo, Ana Vázquez, Karina Wagner.

RESUMEN

El trabajo del equipo interdisciplinario que relataremos comienza en 2012 a partir de la conformación de una mesa intersectorial de gestión de políticas públicas para el abordaje integral de consumos problemáticos de drogas en la Municipalidad del Partido de San Martín. Partiendo de los lineamientos establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental y la necesidad de su implementación, se conformó una mesa de gestión compuesta por los distintos actores que venían abordando temáticas vinculadas a la Salud Mental y los consumos problemáticos de drogas en esa localidad. El equipo interdisciplinario organizó sus tareas con base en el fortalecimiento de actores comunitarios y referentes barriales y la conformación de una red asistencial intersectorial para el abordaje de consumos problemáticos.

Como resultado de la experiencia, concluimos que desde los medios de comunicación dominantes se refleja a los jóvenes humildes como los exponentes de los problemas en los barrios y de los problemas de “inseguridad” en la sociedad. Tales prejuicios se construyen, entre otros aspectos, alrededor de las drogas y el error al confundir a los jóvenes con consumidores, y a estos con los narcotraficantes. Jóvenes humildes son estigmatizados mientras que encabezan las estadísticas de muertes por causas violentas, pueblan las unidades penales, son hostigados por el crimen organizado y las fuerzas de seguridad. Esta cuestión nos lleva a trabajar cotidianamente en una tarea incansable

orientada a desmontar los prejuicios que fundan la idea de que los jóvenes son “peligrosos” o “están en peligro”, son “delincuentes” o “enfermos”.

Palabras claves: Experiencias de Abordaje, Salud Mental, Consumos Problemáticos, Drogas, Distrito de San Martín.

INTRODUCCIÓN

El trabajo del equipo interdisciplinario perteneciente a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación Argentina al que haremos referencia comienza en 2012. El mismo se produce a partir de la conformación de una mesa intersectorial de gestión de políticas públicas para el abordaje integral de consumos problemáticos de drogas en la Municipalidad del Partido de San Martín (noroeste del conurbano bonaerense). Dicho espacio fue habilitado por la iniciativa de organizaciones sociales y políticas con desarrollo territorial en el distrito, y al apoyo de dicha iniciativa por parte del sector salud del estado a nivel tanto nacional como provincial y municipal.

Se identificaron características tales como: la extensión geográfica del distrito y su segmentación poblacional y por grupo social destacándose en tal sentido la existencia de numerosas barriadas populares y asentamientos donde habitan sectores de la población socio-económicamente vulnerables. Asimismo se evidenció la existencia de dispositivos sanitarios de diferentes niveles y la necesidad de articularlos en una red asistencial cuyo alcance se extienda más allá de lo sanitario. En base a dicho diagnóstico se conformó una mesa de gestión compuesta por los distintos actores que venían abordando temáticas vinculadas a la Salud Mental y los consumos problemáticos de drogas en esa localidad, ya sea del estado u organizaciones sociales y barriales.

Resulta importante señalar que la zona donde particularmente se han enfocado las acciones territoriales del equipo interviniente está emplazada sobre el área de la cuenca del Río Reconquista. Se trata de la zona de relleno lindante con el CEAMSE, entre Camino de Cintura y el Camino del Buen Ayre, ubicados en José León Suárez en el municipio de San Martín. Esta zona se encuentra históricamente atravesada por múltiples problemáticas, desigualdades y dificultades en el acceso a derechos humanos y sociales de la población que aún no han podido ser subsanadas, generando así la persistencia de procesos de vulnerabilidad psico-social. Las acciones del equipo se han orientado a contribuir en la transformación de dichos procesos de vulnerabilidad social de manera participativa y conjunta con la comunidad.

METODOLOGÍA DE TRABAJO Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Se organizó la tarea del equipo interdisciplinario en el distrito de San Martín en dos líneas de acción:

- a. Fortalecimiento de actores comunitarios y referentes barriales para desarrollo de acciones de prevención inespecífica mediante herramientas de participación y decisión en los procesos socio-sanitarios que se desarrollen en su localidad.
- b. Conformación de una red asistencial intersectorial para el abordaje integral de consumos problemáticos¹ de drogas.

Estas dos líneas se desarrollan por medio de acciones que involucran, en algunos casos, un entrecruzamiento de las mismas. Es decir, se llevan a cabo de manera simultánea y se encuentran en retroalimentación constante en los intercambios y debates que se produjeron en la mesa de gestión con los diferentes actores. A su vez, estos ejes se encuentran enmarcados en la Ley Nacional de Salud Mental y en los lineamientos establecidos para el abordaje territorial de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que contemplan el fortalecimiento de los actores institucionales y comunitarios de la localidad, el acento en acciones de Atención Primaria de la Salud y la importancia de que las intervenciones fortalezcan la capacidad instalada local.

Primera Etapa: Articulación y Fortalecimiento de la Red Local

El equipo de salud cooperó técnicamente para la conformación de un equipo de promotoras de salud en articulación con el Programa de Desarrollo Social “Argentina Trabaja”. Este grupo reúne promotoras de diferentes cooperativas y miembros de la comunidad de manera voluntaria. A su vez, el equipo colabora coordinando capacitaciones y diferentes espacios de formación, reflexión y acompañamiento de situaciones de crisis y emergentes concretos relacionados con consumos problemáticos de drogas y otras formas de padecimiento mental.

¹ Entendemos por consumo problemático un proceso complejo que se encuentra determinado de manera múltiple, en el que intervienen dimensiones de índole social, económica, histórica, subjetiva, entre otras, y que hacen a sus condiciones de posibilidad. A su vez, remarcamos que no se encuentra determinado de manera lineal por el objeto de consumo ni por su legalidad o ilegalidad. Se trata de consumos o acciones que realizados de manera habitual u ocasional comprometan o afecten negativamente: la integridad física; la salud mental de las personas que lo realizan; y/o las relaciones sociales primarias o secundarias de las mismas. Sin embargo, no pueden definirse como problemáticos de manera universal ni absoluta, sino en el contexto particular de las personas que las realizan y de acuerdo a derechos.

Capacitación de promotoras de salud

En un primer momento, las capacitaciones y formación de promotoras de salud barriales fueron fortaleciendo los recursos humanos no tradicionales del barrio hacia el barrio. Con el correr del tiempo fue constituyéndose en un nexo con los servicios, donde las promotoras comenzaban a ser la voz de los barrios, más allá de ellas mismas. Esto abrió múltiples consultas por casos, con las correspondientes articulaciones y seguimientos con -y en- el sistema de salud, y con otros sectores y/o programas.

Fundamentalmente, estas acciones fueron un modo de materializar la presencia del estado a través de personas físicas y en situaciones concretas. Las promotoras no sólo circulaban por sus barrios, sino que trascendieron las fronteras barriales y comenzaron a participar de mesas de gestión, de diferentes cursos y seminarios y en espacios donde se definen las políticas en materia de salud y salud mental.

El acompañamiento a la escuela de promotoras es central para el trabajo en red que se realiza en el territorio. Gran parte de las derivaciones al grupo de orientación en salud mental que coordina actualmente este equipo proceden de allí, del mismo modo que generan consultoría espontánea y articulación con la red de salud.

Formación y capacitación en los servicios locales para el abordaje integral de consumos problemáticos

En el marco de la mesa de gestión intersectorial, se organizaron tres jornadas dirigidas a los trabajadores de la salud del distrito (promotores, referentes barriales y profesionales de las diferentes instituciones públicas de los tres niveles de atención). Su objetivo principal fue la construcción de dispositivos conjuntos y articulados enmarcados en la nueva Ley Nacional de Salud Mental incluyendo el abordaje territorial, y la conformación de una red para el abordaje territorial en estas temáticas.

En el transcurso de las tres jornadas realizadas asistieron más de 400 trabajadores de la salud que desarrollan su labor en el distrito. Para ello, se conformaron grupos integrados con promotores, profesionales, enfermeros y administrativos, de acuerdo con los distintos barrios y áreas programáticas de los hospitales para diseñar acciones concretas, proponer facilitadores e identificar los posibles obstáculos para llevar adelante las mismas.

Como resultado de los debates entre los grupos de participantes se identificaron como obstáculos la falta de articulación entre los actores, la falta de trabajo en red y la parcialidad de las visiones producto de esta desconexión, los prejuicios, y la discriminación potencial que esto produce. En relación a las propuestas se destacan, entre otras, aquellas relacionadas con la difusión y articulación de los servicios existentes y la capacitación de los profesionales de la salud desde el paradigma de la nueva Ley de Salud Mental. El cierre de la actividad se realizó a partir de una dramatización protagonizada por promotoras de salud y referentes barriales, coordinada por nuestro equipo. El guión fue elaborado por este mismo grupo.

Capacitación y acompañamiento de la formación del servicio de Salud Mental y Adicciones en un hospital general municipal

En el marco de las actividades desarrolladas por la mesa de gestión en abordaje integral de consumos problemáticos de drogas, la dirección del hospital municipal visibilizó una situación en el servicio de guardia en torno a un grupo poblacional que ingresaba frecuentemente los viernes y sábados a la noche, fuertemente alcoholizados y/o con poli-consumos, muchas veces inconscientes, traídos por la policía en estado clínico crítico; que, una vez estabilizados, no tenían “salida”, no había a dónde derivarlos, por lo cual “quedaban al cuidado de las enfermeras en la guardia”. Muchos regresaban a la semana siguiente, donde por dos días eran higienizados, obtenían ropa, alimentos y cuidados. Se plantea entonces la incapacidad para brindar respuestas adecuadas para dar seguimiento más allá de la atención de la urgencia.

Desde el equipo territorial en San Martín, propusimos realizar reuniones previas con diferentes actores vinculados al consumo problemático de sustancias psicoactivas en el municipio, a fin de detectar problemas, definir necesidades específicas de capacitación y diseñar propuestas lo más adecuadas posibles a su situación actual. Así, se realizaron diferentes intercambios con el director del hospital, con la coordinación de salud mental del municipio, con la jefatura del servicio de guardia, con la dirección de la comunidad terapéutica de gestión conjunta municipio-provincia, con la Secretaría de Salud municipal, con la Dirección de APS del municipio, con referentes provinciales de la Subsecretaría de Atención en Salud Mental y Adicciones y con referentes del servicio de Salud Mental del Hospital Provincial (de incumbencia inter-zonal, ubicado a 700 metros del hospital municipal).

Si bien la DNSMyA puso a nuestra disposición un instrumento de evaluación de servicios no hubo forma de implementarlo, ya que de hecho no se disponía de un servicio de salud mental en funcionamiento. Esta cuestión era una fuente de gran preocupación para todos los referentes, directores y coordinadores con los que nos habíamos reunido; y coincidíamos en la necesidad de iniciar un proceso de implementación de los servicios de acuerdo con los lineamientos de la Ley de Salud Mental. Para ello, a pesar de las posibles diferencias existentes, emprendimos una tarea conjunta y cooperativa para el acompañamiento y la apertura de los mismos.

El curso realizado en el hospital general fue consensuado en la mesa de gestión, diseñado especialmente a tales fines y coordinado por el equipo de Intervención Territorial en San Martín. El mismo se compuso de seis clases semanales de dos horas cada una, donde se trabajó centralmente acerca de la temática de los consumos problemáticos de drogas y se abordó diferentes ejes temáticos mediante la convocatoria a especialistas: aspectos socio-comunitarios; aspectos jurídico-legales (ley de estupefacientes y ley de salud mental); psicofarmacología (incluyendo psicofarmacología de urgencia, con complicaciones clínicas en intoxicaciones agudas); diagnósticos (diferentes criterios y manuales, desde diferentes disciplinas y práctica interdisciplinaria en equipo); y abordajes terapéuticos (diferentes marcos teóricos); lineamientos y estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Finalmente el curso se llevó a cabo en Abril y Mayo de 2013 con diversos obstáculos en la convocatoria. Sin embargo, la tarea realizada durante cinco meses de reuniones y entrevistas con los profesionales, directores, coordinadores y referentes, y la circunstancia de haber atravesado múltiples obstáculos que se prestaron en las entrevistas y en la organización del curso generaron un alto grado de visibilidad sobre la temática de los consumos problemáticos de drogas, dando cuenta de que no era posible continuar negándola o eludiéndola como un tema que no fuera de incumbencia hospitalaria.

Al cabo de esos meses de trabajo en el marco de la mesa de gestión y a través de intercambios, de reuniones, de entrevistas y de cursos de capacitación, el Servicio de Psiquiatría del hospital municipal pasó a denominarse Servicio de Salud Mental. Si bien dicho servicio no tenía designado un lugar físico en el hospital (que estaba en obras de remodelación), se planificaba un nuevo lugar en el nuevo edificio por venir. También la coordinación de Salud Mental del municipio asumió en forma interina la jefatura del Servicio de Salud Mental, que hacía años estaba vacante hasta que se llamara a concurso. A su vez, se dispuso el aula magna del hospital para reuniones de equipo semanales del

Servicio de Salud Mental. Asimismo, se incorporó una psicóloga y un psiquiatra a pesar de los obstáculos y resistencias por las que se priorizaban otras designaciones. Se diseñó un dispositivo de interconsulta intrahospitalaria y actividad de apoyo para todos los servicios del hospital y se hizo necesario conformar un sistema de guardia de salud mental, lo cual incluyó nuevos profesionales.

Todo esto posibilitó el apoyo a los pacientes “en tránsito” dentro del hospital pero fuera del servicio de guardia, que no tenían indicación clínica de internación, y esperaban a ser derivados y acompañados. Se consideró esta respuesta como un dispositivo transitorio hasta tanto se pudiera organizar el servicio de salud mental con la especificación de los requisitos y los profesionales a cargo. Se habilitó un espacio en el marco de las instalaciones existentes para disponer de un gabinete psicológico y un salón con mesa y sillas para reuniones con usuarios, y locación de usuarios en tránsito en horarios de noche y fines de semana con la psicóloga de guardia. Se acordó el traspaso de recursos humanos especializados, entre ellos una psicóloga orientadora y articuladora en temas de adicciones y consumos problemáticos pasó del equipo del hospital provincial al servicio/equipo de guardia del hospital municipal, cumpliendo funciones de nexo con la red de salud del Partido de San Martín. Se incluyeron al curso espontáneamente médicos y enfermeras del servicio de clínica médica, que de hecho trabajaban estos casos con el servicio de guardia y consideraron que la continuidad de un espacio de formación inter-servicios pudiera ser de mucha ayuda por lo complejo de las situaciones que abordan habitualmente, fundamentalmente por las variables sociales en juego. Como producto final del curso se diseñó un recursero con instituciones, personas de referencia y teléfonos para facilitar el trabajo intersectorial e interdisciplinario en red desde el hospital.

Segunda Etapa: Desafíos Territoriales

A partir de la labor conjunta del año 2012 en el marco de la mesa de gestión municipal, se inició una segunda etapa de territorialización de la política de abordaje integral de consumos problemáticos de drogas desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud cuyos ejes estratégicos fueron: la accesibilidad, la prevención, la promoción y la participación comunitaria en los procesos de atención de la salud.

Los espacios de intercambio y de trabajo en los que participó este equipo interdisciplinario -ya sea en la mesa de gestión y en algunas mesas barriales, así como las Jornadas realizadas- permitieron observar que las distancias entre los actores comunitarios e institucionales no sólo son geográficas, sino que tam-

bién existen otro tipo de dificultades y obstáculos para la accesibilidad.

Con el objetivo de acompañar y favorecer el proceso de construcción de una red definida y de establecer para ello los nexos correspondientes entre los actores directamente involucrados en la temática, se inició un abordaje desde los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) localizados en los barrios más vulnerables del distrito, sobre todo en la cuenca del Río Reconquista. De ese modo, el comienzo de esta etapa en unos de los barrios involucró encuentros con trabajadores del CAPS y referentes barriales, recuperando los saberes propios y las herramientas con las que cuentan; y también invitando a la reflexión y problematización de lo que se presenta como obstáculo en el abordaje de las problemáticas relacionadas con los consumos.

A partir de estos encuentros se organizaron jornadas barriales participativas integrándose con un stand preventivo-promocional de Salud a las ferias que funcionan los fines de semana en el barrio y se inició un proceso de acompañamiento del Centro de Salud para la construcción de respuestas conjuntas en estas temáticas en función de los requerimientos planteados en dichos intercambios.

Tercera Etapa: intervenciones en la Cuenca del Río Reconquista

Durante esta gestión, el equipo trabajó en intervenciones comunitarias en los barrios del área Reconquista (La Cárcova, Independencia, Villa Hidalgo, Libertador, 9 de julio, 8 de mayo). Se realizaron articulaciones con diferentes áreas del Estado Nacional en el marco del “Plan AHÍ” (plan de abordaje interministerial en las zonas de mayor vulnerabilidad social definidos en forma directa por la Presidencia de la Nación) y con los diferentes programas del Estado Nacional.

A partir de la participación en las mesas de gestión del Plan Ahí se realizaron talleres participativos sobre salud mental y prevención de consumos problemáticos de drogas, escuelas de promotoras, participación en la organización de los eventos barriales como el festejo por el día de la Independencia (en el barrio que lleva ese nombre, Villa Independencia), día del niño, día de la primavera, entre otras actividades participativas. Además, se constituyeron espacios específicos de orientación en salud mental y consumos problemáticos de drogas, se realizaron consejerías y visitas domiciliarias.

Es importante remarcar que este distrito se encuentra atravesado por diferentes problemáticas que se vinculan al crimen organizado y a la violencia policial

e institucional que afectan negativamente al conjunto de la sociedad y que particularmente vulneran los derechos de los jóvenes.

Durante ese período, se fueron haciendo visibles la gran cantidad de casos de jóvenes muertos, no por drogas, sino por armas de fuego en enfrentamientos callejeros. Algunos episodios figuraron en los medios de noticias hacia diciembre de 2012 (protesta de vecinos en la comisaría Cuarta de José León Suárez).

La problemática que en este distrito vincula a la narco-criminalidad -o a la criminalidad en términos más amplios- con las formas de violencia institucional, implica la convivencia cotidiana con los “transas” en los barrios que generan muchas veces formas institucionales para-estatales (centros comunitarios, comedores infantiles, apoyo escolar, reparto de mercadería, gestión de espacios “públicos” como plazas y juegos infantiles, organización del día del niño, entre otras actividades). Desde estos espacios, logran cooptar a algunos jóvenes a través de la asignación de espacios de “contención”, “reconocimiento”, dinero, armas, en algunos casos, sustancias (para consumo) y poder en el barrio. Luego son ellos, los jóvenes y adolescentes, los que sufren las consecuencias punitivas, o los que quedan expuestos en la comisión de acciones delictivas y “ponen el cuerpo” en distintos enfrentamientos territoriales, en los que la mayoría de las veces no intervienen ni las fuerzas de seguridad ni la Justicia.

Muchos jóvenes manifiestan su malestar por el acceso facilitado a estos grupos, conjuntamente con lo difícil que les resulta mantenerse por fuera de estas prácticas y las consecuencias que esto tiene, en relación con las amenazas y amedrentamientos que sufren quienes no participan; o bien la exclusión y el hostigamiento de parte de sus pares, de los adultos que son responsables de estas organizaciones en los barrios e, incluso de parte de las fuerzas de seguridad.

Mucha mayor incidencia que los consumos de drogas presenta la circulación y afluencia de armas entre los jóvenes, y las consecuencias de la circulación de las mismas producto de estas formas de organización delictiva. Paralelamente, las relaciones con las fuerzas de seguridad resultan más que problemáticas para estos jóvenes, ya que se sienten y, de hecho, resultan hostigados (ya sea que participen de actividades delictivas, o que sencillamente se encuentren en el espacio de “la esquina”).

Si bien no contamos con cifras oficiales, de acuerdo con los registros informales y con los datos aportados por la Campaña Contra la Violencia Institucional y Organizaciones de Derechos Humanos intervinientes en la zona, se produ-

ieron en el último año entre 50 y 60 muertes de adolescentes y jóvenes (por armas de fuego y no por sustancias) solamente en los asentamientos del área Reconquista. Algunos de estos casos han alcanzado trascendencia pública, como ser la denominada segunda “Masacre de José León Suárez” cuyo juicio se realizó en febrero de 2014. En este episodio dos jóvenes murieron en manos de la policía bonaerense en las inmediaciones de un tren de carga que había descarrilado, y otro joven fue gravemente herido, según lo determinó el tribunal judicial. Otro caso de trascendencia pública fue el asesinato de Enzo (11 años) presuntamente en manos de otro adolescente, que culminó con la protesta de los habitantes del barrio en la comisaría de José León Suárez por el malestar que causan las muertes que se producen cotidianamente por tratarse de una zona liberada, según las denuncias de sus habitantes. Este episodio culminó con el incendio de la comisaría, hecho que generó un fuerte impacto mediático -que las más de las veces incrementa la estigmatización hacia las poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

En función de la complejidad de estas problemáticas (en las que el consumo de sustancias es tan solo uno de los elementos) y la necesidad de brindar respuestas en materia de salud mental para las víctimas y para los familiares y referentes afectivos, desde el Equipo territorial San Martín fuimos acompañando a familiares y amigos de los fallecidos en sus duelos y en las presentaciones reclamando por sus derechos.

La muerte no es una metáfora, es una realidad instalada en las familias y en estas barriadas, es concreta. La muerte se vive y nombra todos los días, se convive con ella. Las amenazas son de muerte. El uso de armas está naturalizado y las peleas de púberes y adolescentes que antes se resolvían con enfrentamientos cuerpo a cuerpo, hoy muchas veces “se resuelven” a tiros (lo cual muchas veces incluye a casuales terceros).

Muchas familias, no sólo de promotoras de salud, sino de vecinos ahora conocidos, lloraban pérdidas. A la vez nos expresaban, en un marco de confidencialidad, que no era bien visto en el barrio que “los vecinos” hablaran abiertamente con los psicólogos, ni con los representantes del Estado en el barrio. Muchos se vieron amenazados por haber participado de cualquier espacio que pudiera implicar la denuncia de las formas de criminalidad en el barrio. Por ese motivo, y para poder continuar con el acompañamiento de los familiares, referentes afectivos y de las propias víctimas que hubieron sobrevivido, abrimos un espacio de acompañamiento y orientación en un centro comunitario emplazado en el barrio de Chilavert y de fácil acceso para todos los barrios del Área Reconquista.

Grupo en Chilavert

Desde el equipo propusimos un dispositivo con apoyo de una organización -agrupación política- que se planteó como objetivo brindar contención y asistencia socio-comunitaria ante los muchos duelos planteados en las consultorías. De esta forma los vecinos podían consultar, sin ser vistos ni “marcados” en el barrio, y se relativizaba el riesgo para el equipo interviniente. Este trabajo se viene realizando ininterrumpidamente con frecuencia semanal. Además de la consejería, que continúa disponible, en la cual se acompañan las derivaciones y los tratamientos en la red de salud.

Con el tiempo, si bien se continúa con el apoyo a familiares de fallecidos, fueron apareciendo nuevos temas preocupantes que se incorporan para el trabajo de los grupos, por ej: armas en la calle, valor de la vida, posibilidad de futuro, el papel de la libertad en tensión con las formas de pérdida de la misma; y otros temas sobre violencia de género, violencia intrafamiliar, consumo problemático de drogas.

Para quienes trabajan en el barrio desde diferentes instituciones y organizaciones, este grupo pasó a ser un recurso valioso a donde derivar en función de un posible apoyo y orientación, sin “el riesgo de ser visto” y la estigmatización de ser “mandado al psicólogo”. Comienza a percibirse como un lugar a “donde se puede ir a hablar, y después ver qué se hace. No es una obligación, es una posibilidad”.

A MODO DE CIERRE Y APERTURA

La participación del equipo en ámbitos de intercambio, definición de estrategias y desarrollo de acciones -algunas de ellas emplazadas en el territorio y otras en las instituciones- nos colocó frente a las propuestas surgidas de los actores locales: por un lado, muchas de ellas se enfocaban hacia el acceso a la atención, otras a la necesidad de nexos entre los diferentes actores institucionales y comunitarios.

Por su parte, se destaca la importancia de las herramientas de prevención de tipo inespecífico a partir de tener como principal objetivo estratégico relacionado con la salud mental la participación e inclusión social de todas las personas.

Al mismo tiempo, observamos la importancia de la articulación de los recursos asistenciales y comunitarios existentes en una red definida; y la relevancia del fortalecimiento de referentes locales para su desarrollo, funcionamiento y sostenimiento en el tiempo; entendiendo que para la labor desde el estado en esta materia resulta fundamental el posicionamiento desde esta perspectiva de abordaje. Es decir, una perspectiva que entiende al estado como garante de derechos, y que son los actores y referentes de la comunidad -en nuestro caso los sectores populares- quienes deben fortalecerse y organizarse de manera de avanzar en la implementación de políticas públicas de salud/salud mental y la definición de una agenda pública de prioridades.

Paralelamente, las formas de padecimiento con la que trabajamos nos colocaron frente a la necesidad de problematizar constantemente nuestros saberes previos. Lo que en un primer lugar se recortaba como un problema en relación con los consumos de drogas, luego se transformaba en una demanda de acompañamiento a los referentes afectivos de las víctimas afectadas entre otras múltiples complejidades por el tráfico de armas, más que de drogas.

A la vez, uno de los principales obstáculos que encontramos para desarrollar nuestra labor se relaciona con las diversas formas de discriminación y estigmatización; ya sea que se trate de prejuicios de clase, formas de discriminación por etnia, pertenencia a sectores vulnerables desde el punto de vista socio-económico, pertenencia a un grupo etario y social (jóvenes humildes), y/o por identidades sexo-genéricas, o bien prejuicios en relación con el consumo de drogas ilegalizadas y otros padecimientos mentales.

Desde los discursos hegemónicos expresados en los medios de comunicación se visibiliza y se muestra a los jóvenes humildes como los exponentes de los problemas en los barrios y como los causantes de los problemas de “inseguridad” en la sociedad general. Son los jóvenes humildes los principales depositarios del estigma y de los males de la sociedad, los que encabezan las estadísticas de muertes por causas violentas, los que pueblan las unidades penales, los que son hostigados por el crimen organizado y por las fuerzas de seguridad. Estos discursos poseen tal efecto de estigmatización que muchas veces atraviesan ideológicamente a las poblaciones de las diferentes comunidades. Dicha cuestión nos lleva a trabajar cotidianamente en una tarea incansable orientada a desmontar los prejuicios que fundan la idea de que los jóvenes son “peligrosos” o “están en peligro”, son “delincuentes” o “enfermos”. También aquellos que se construyen alrededor de las drogas ilegalizadas por el solo hecho de estar prohibidas; y las confusiones que se enmarcan en tomar por sinónimos a los consumidores de drogas y a los “transas” o narcotrafican-

tes. En este sentido la tarea fundamental ha estado ligada en primer lugar a desmontar los prejuicios sobre quién es el “otro” y sobre la importancia de lograr un acceso igualitario y equitativo a los derechos humanos y sociales.

Finalmente creemos que una de las principales tareas en territorio para dar cumplimiento a los derechos, consiste en contribuir a la reconstrucción de los lazos de solidaridad y del tejido social que se ha visto fracturado desde la última dictadura militar y el neoliberalismo, cuyos efectos han sido grabados a fuego y siguen afectando la vida comunitaria y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Basaglia, F. y Basaglia Ongaro, F. (1971). La mayoría marginada. La ideología del control social. Barcelona: Laia.

Calabrese, Alberto et al. (1975). “El Modelo Ético-Social”, en Publicaciones Técnicas del Fondo de Ayuda Toxicológica, N° 7.

Calabrese, Alberto. (2009). “Sobre la Prohibición”, en Publicaciones Técnicas del Fondo de Ayuda Toxicológica, N° 25.

Escohotado, Antonio. (1999). Historia General de las drogas. Madrid: Alianza Editorial.

Goffman, E. (1970). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

Ley Penal de Estupefacientes de la República Argentina N° 23.737. Publicado en el Boletín Oficial el día 11/10/1989.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicada en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Kornblit, A. L. et al. (2004). Nuevos estudios sobre drogadicción en la Argentina. Buenos Aires: Biblos.

Touzé, G. y Goltzman, P. (Comp.). (2010). Aportes para una Nueva Política de Drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Intercambios Asociación Civil y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOL EN LA ARGENTINA. ESTRATEGIAS DESDE EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Autores: Ernesto V. Serrano y Maida Panossian.

RESUMEN

El alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo abusivo o de riesgo¹ de mayor prevalencia en nuestro país. Dicho abuso se halla atravesado por multiplicidad de determinantes: subjetivos, familiares, ambientales, socioeconómicos, generacionales, culturales, convirtiéndolo en un problema sanitario complejo.

Los datos epidemiológicos confirman que constituye una de las mayores cargas de enfermedad para la salud pública de nuestro país. Su incidencia es minimizada por la naturalización y la tolerancia social del tema en la sociedad en su conjunto.

En tanto conducta de riesgo para sí y para terceros, incide como causa en los accidentes de tránsito y laborales, violencia intrafamiliar y entre pares, ausentismo laboral y escolar, embarazos no deseados, siendo los más expuestos los jóvenes y las mujeres embarazadas (poblaciones de riesgo).

Desde el Programa Nacional de Prevención y Lucha frente al Consumo Excesivo de Alcohol (PNPA) de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) se desarrollan herramientas promocionales, preventivas y asistenciales, con una perspectiva de reducción de daño, y se recomienda a los agentes

¹ Para la precisión de conceptos y definiciones del presente trabajo (como "conductas de riesgo", "consumo de riesgo", "redes", "sustancias psicoactivas" y otras que aparecen en el desarrollo), remitimos al glosario de los Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas (2011a), del Ministerio de Salud de la Nación.

de salud ponerlas en práctica a través de la función de rectoría y cooperación técnica que ejerce el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) en todas las jurisdicciones del país con el objetivo de disminuir la incidencia del uso abusivo.

Asimismo, se exponen lineamientos de acción para efectuar estrategias de prevención focalizadas en territorios de alta vulnerabilidad, a través del desarrollo de experiencias de intervención en poblaciones específicas del conurbano bonaerense. El programa define a estos sectores como una tercera población de riesgo que se superpone a las anteriores, pero con características propias: la de los “caídos del sistema”, especialmente en el conurbano bonaerense, que representan un enorme desafío para su inclusión social.

Se efectúa una actualización de los datos epidemiológicos nacionales más recientes, se ilustran estrategias de salud pública adaptadas a diferentes ámbitos, su estado actual y programación futura, se describen los obstáculos para la implementación de dichas políticas públicas y se sugieren propuestas para superarlos. Finalmente, se exponen algunas reflexiones que sirvan de orientación para los equipos de salud.

Palabras claves: Alcohol, Programas Nacionales, Estrategias, Salud Mental.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo analiza la experiencia acumulada por el Programa Nacional de Prevención y Lucha frente al Consumo Excesivo de Alcohol (PNPA), transcurrido el cuarto año de su aplicación².

El PNPA se encuadra dentro de los objetivos del actual Plan Nacional de Salud Mental, entre los cuales se destaca el siguiente: implementar en todo el territorio nacional la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788.

Los propósitos del presente trabajo son: la definición de estrategias de abordaje adaptadas a múltiples escenarios, en un problema sanitario complejo como

² *Agradecemos por el apoyo y aportes recibidos a la Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones, Lic. María Matilde Massa, al Coordinador del Programa Lic. Aldo Dománico e integrantes del PNPA: Lic. Romina Carsillo, Lic. Mónica Cassini, Lic. Pablo Catalán, Dra. Olga Charreau, Lic. María Inés Diéguez, Lic. Christian Dodaro, Dr. Santiago Duizeide, Lic. Yanina Martínez, Lic. Juan Pablo Monserrat, María Luján Pérez Córdoba, Reina Ramírez, Lic. Liliana Tedeschi y Dra. Claudia Villafañe. Asimismo, agradecemos los aportes teóricos y de trabajo de campo, especialmente sobre los determinantes sociales de la salud en poblaciones vulnerables de nuestro país, de la Cátedra UNESCO sobre las Manifestaciones Actuales de la Cuestión Social, cuyo Capítulo de Salud los autores integran desde 2004. Al coordinador general de la misma, Lic. Guillermo Pérez Sosto y colaboradores.*

lo es el del abuso de alcohol, la identificación de los obstáculos que se presentan en la implementación de un Programa Nacional, y la descripción de las principales acciones adoptadas para enfrentarlos. Finalmente, algunas reflexiones y orientaciones para los equipos de salud involucrados en la temática.

RELEVANCIA DEL ABUSO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA SANITARIO

El uso excesivo de alcohol, que conduce a la problemática adictiva de mayor prevalencia en el país, representa una conducta de riesgo que se encuentra atravesada por múltiples determinantes: subjetivos, familiares, ambientales, socioeconómicos, generacionales, culturales. Esto lo convierte en un problema sanitario complejo.

Es por lo tanto un problema de salud que requiere de un tratamiento integral que debe brindarse en todos los sectores que conforman el Sistema de Salud de la República Argentina, pero también desde la acción intersectorial con otras agencias del Estado, como Desarrollo Social, Trabajo y Educación.

El abuso de alcohol constituye uno de los temas prevalentes en la consulta en el primer nivel de atención en todo el país, sólo o asociado a otras adicciones, siendo un componente importante de otras problemáticas como la violencia y los accidentes tanto viales como laborales.

Según datos sobre el consumo de alcohol en el país en 2012, en población de 12 a 65 años: el 56,3 % consumió alguna bebida alcohólica (Observatorio Argentino de Drogas, OAD, 2010).

En ellos, el consumo per cápita (cpc) y por tipo de bebida se desglosa así:

- Vino, cpc 63 litros (en alcohol puro: 6,5 litros).
- Cerveza, cpc 128 litros (en alc. puro: 4,9 litros).
- Licores, cpc 7,3 litros (en alc. puro: 2,3 litros).

De acuerdo a la información suministrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010, el consumo de alcohol puro per cápita (población total) se eleva a 9,3 litros en la Argentina. Pero consideramos que un dato más ajustado a la realidad es incluir en el cálculo solo a la población consumidora elevándose la cifra a 13,7 % litros de alcohol puro per cápita (OMS, 2010a).

La OMS no recomienda límites explícitos de consumo óptimo, peligroso o nocivo para la salud, sino que se limita a recordar los aspectos perjudiciales de una ingesta no responsable.

En cuanto a la cerveza específicamente, la evolución de la venta en el período de 1990 a 2011 es significativa, observándose un crecimiento del 347%. Asimismo, los datos sobre el consumo, reflejan una evolución preocupante, siendo en el Año 1981 de 7 litros per cápita, en el Año 2007 de 41 litros per cápita y en el Año 2010 de 44 litros per cápita³.

Desde hace años se alerta sobre el cambio en los patrones de consumo de alcohol en nuestro país (Míguez, H., 2007). La ingesta centrada en el vino, y como acompañante del hábito alimentario, era fruto de una herencia europea-mediterránea y servía a propósitos de control socio-cultural. Es decir, el hábito legitimado culturalmente, por normas familiares y pautas alimentarias, era que se bebiera durante las comidas (aún en exceso), o previamente a ellas, el “aperitivo”. Beber fuera de las comidas era criticable e incluso el beber ritualizado, determinadas ceremonias comunitarias, el “festejo” en ocasiones especiales, también incluía lo gastronómico (FLACSO, 2014).

Pero este consumo, con el aditamento de otras bebidas, fue disociándose de lo alimentario para pasar a ser utilizado en la búsqueda de sus efectos psicoquímicos. De esta manera, el consumo se incrementó y el escenario cambió, de la mesa a ámbitos varios como el espacio público, la calle, la plaza, y en relación a hábitos que se incorporan a los conceptos de festejo colectivo (fútbol, recitales de música, etc.), y de la diversión nocturna, o “nocturnidad”. En esta última aparecen fenómenos nuevos, como la llamada “previa” en nuestro país, es decir embriagarse antes de entrar al boliche bailable, donde el proceso continúa.

En la Argentina se estima que más de cinco millones de personas mayores de 16 años, padecen trastornos de abuso, consumo episódico excesivo o dependencia al alcohol.

Es decir, en población de 16 a 65 años, hay abuso en el 19,1 % -2.171.000- y consumo episódico excesivo el 26,4 % -3 millones- (MSAL-INDEC, 2008/2011).

³En el Año 1990 con un valor de 6.170 mil hectolitros vs. un valor en el año 2011 de 21.433 mil hectolitros (mara de la Industria Cervecera e INDEC-2010). Datos extraídos del informe sectorial “El mercado de la cerveza”, de mayo 2011 de la Lic. Amelia Ablin. Ministerio de Agricultura - Área de Sectores Alimentarios - Dirección de Agroalimentos - Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca. Disponible en: http://www.alimentosargentinos.gov.ar/contenido/sectores/bebidas/Informes/Cerveza_02_2011_05May.pdf

Estos niveles y modalidades de consumo tienen un impacto directo en las salas de emergencia, ya sea por lesiones por violencia y accidentes (heridas cortantes, armas de fuego, lesiones en incendio, ahogamientos, incidentes en la vía pública, violencia familiar, suicidio, etc.) o, con frecuencia, por episodios de intoxicación alcohólica, acompañados principalmente por consumo de fármacos. Por ejemplo, de acuerdo a estudios recientes, en los Servicios de Guardia conforma un 56,1 % el motivo de ingreso asociado al consumo de alcohol (accidentes de tránsito, domésticos o laborales, violencias, intentos suicidas, síndrome de abstinencia), mientras que en un 17,8 % de las consultas se constata consumo de alcohol en las 6 hs. previas a las mismas (SEDRONAR, 2012).

El consumo de alcohol, aún en pequeñas cantidades, aumenta el riesgo de accidentología vial, primera causa de mortalidad en los menores de 30 años. La Organización Mundial de la Salud afirma que entre el 20 % y 50 % de las muertes por accidentes de tránsito en las Américas están relacionadas con el alcohol, (alrededor del 40% en Canadá, del 35% en USA, 34% en Colombia), según datos de la OMS, (2014) y OMS (2004), (Monteiro, M., 2007). Según un estudio realizado por el Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones de la Ciudad de Buenos Aires (2010), en los accidentes de tránsito producidos en las autopistas de la Ciudad, el 23,8 % de los conductores había consumido alcohol, en estos casos el 50 % de los conductores es menor de 25 años y el 87 % de los accidentes sucedieron durante los fines de semana. (Ministerio de Salud, 2012).

Existen dos grupos poblacionales que podemos considerar de riesgo: a) los jóvenes, b) las mujeres embarazadas, sobre los cuales haremos algunas precisiones.

El joven como población de riesgo

El problema del consumo de bebidas alcohólicas en las/los adolescentes es tan grave que según la OMS: “una de cada cinco muertes de jóvenes está relacionada con el alcohol”.

El consumo de alcohol per cápita en adultos mayores de 16 años sufrió un fuerte incremento en los últimos años y el mismo se efectuó a expensas de la incorporación de la franja adolescente-juvenil al mercado consumidor, especialmente por el aumento de ingesta de cerveza y bebidas de alta gradación.

Como dato ilustrativo, la producción de cerveza en el país se quintuplicó en 20 años, desde la década del 80 (SEDRONAR, 2011).

La bebida preferida resultó ser la cerveza y le siguieron los tragos fuertes combinados. Según la V Encuesta Nacional sobre Consumo en Estudiantes de la Enseñanza Media 2011 – SEDRONAR, entre el 2001 y el 2011 se duplicó el abuso de las bebidas alcohólicas, definido como la ingesta de 5 o más vasos en una misma ocasión. Al principio de la década el 29,7 % de los adolescentes encuestados mostraba tal conducta, al fin del período la proporción creció al 63,4%.

La cerveza es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre las/los adolescentes y también la que registra inicios a edades más tempranas. Entre los estudiantes de enseñanza media de nuestro país, la edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas es de 13 años (SEDRONAR, 2009); vale recordar que esta población está compuesta mayormente por menores de 18 años y que la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad está prohibida por ley.

El aumento del consumo de alcohol en los menores de 13 a 15 años registra aumentos significativos, especialmente en los grandes centros urbanos. En esta franja el 75 % tomó al menos una vez antes de los 14 años. El 62,9 % tomó dos o más tragos, en los días de consumo. El 27 % tuvo al menos una embriaguez. El 19,7 % tuvo problemas por el consumo: peleas, ausentismo, resacas, como resultado de tomar alcohol (MSAL–OPS, 2012).

Es importante destacar que la mayor parte de las borracheras o abusos se registran durante los fines de semana. Están relacionados a los nuevos patrones de consumo a que hacíamos antes referencia, en relación a la “nocturnidad”, (específicamente en esta franja etaria), la costumbre de la “previa”, la búsqueda del efecto químico, y el consumo adicional dentro del boliche bailable.

En relación a la “previa” (Miguez, 2004), es necesario precisar algunas características del ámbito de la subjetividad. Veamos algunos determinantes psicoemocionales propios de la etapa de la pubertad y de la adolescencia. Es la etapa del encuentro con el otro sexo. Antiguamente la previa era el zaguán, era el tiempo de la preparación del cuerpo. Hoy la previa es un “acting” en masa: con la previa (alcohol) se busca regular el encuentro, frenar la decepción, buscar mayor seguridad emocional. Emborracharse para evitar no encontrarse o el encontrarse con la diferencia. Se prepara para el deseo, incluso se lo estimula, pero finalmente se obstaculiza el goce.

Esta forma de consumo de abuso en una misma ocasión y especialmente en las noches de los fines de semana es lo que se denomina Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA), que configura a los jóvenes como población de riesgo y es una de las problemáticas que mayor impacto tiene en el sistema socio-sanitario⁴.

La mujer embarazada y el alcohol

Asimismo, especialmente a partir de la década del 70 con la descripción del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) por K. Jones en 1973, se alerta sobre los riesgos de la ingesta de bebidas alcohólicas, aún en mínima cantidad, durante el embarazo.

Además del SAF, la aparición de otros trastornos posteriores, a veces a largo plazo: crecimiento deficiente, retraso en el desarrollo mental y motor, malformaciones congénitas, defectos cardíacos, epilepsia, dificultades de aprendizaje, memoria y comportamiento, ansiedad, impulsividad, retraimiento social.

La evidencia científica de la relación del alcohol con estos trastornos llevó a la indicación de abstinencia absoluta en la mujer gestante, en el período de lactancia, y la toma de precauciones en aquéllas que buscan embarazarse⁵.

Algunas reflexiones:

- La presencia del alcohol en las consultas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas es superior al 80 %, lo cual indica una vez más la importancia de esta sustancia en los patrones de consumo de la población.
- Cuando existe relación de la consulta con el consumo de sustancia, el estado en el que llega el paciente en su mayoría es de mayor gravedad.
- Los accidentes de tránsito y las situaciones de violencia por consultas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas son más frecuentes los fines de semana, mientras que los restantes motivos de ingreso ocurrieron en mayor proporción un día de la semana.

⁴Para más información sobre CEEA, remitimos a *Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en la Adolescencia, 2012, Ministerio de Salud de la Nación.*

⁵Para más información remitimos a *"Orientación y herramientas para la detección y tratamiento de problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas", PNPA, 2012, DNSMyA, Ministerio de Salud de la Nación.*

- El consumo de sustancias psicoactivas se ha mantenido relativamente estable desde el año 2003 hasta el 2009 y ha aumentado en el 2012.
- El aumento en el 2012 en el porcentaje de consultas asociadas al consumo se observa para ambos sexos, y en todos los grupos etarios, aunque el mayor incremento se observa en el grupo de jóvenes de 16 a 25 años y entre los de 51 años y más.

REPRESENTACIÓN SOCIAL Y TOLERANCIA SOCIAL

Dado que la representación social del uso del alcohol, y su consecuencia, el grado de tolerancia social, son un elemento basal en la prevención, precisaremos brevemente este concepto: “Las representaciones sociales tienen tres componentes básicos: a) Información (acopio de conocimientos, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo), b) Campo de la representación (imágenes culturales), y c) Actitud (Orientación general, positiva o negativa, frente al objeto representado) (DNSMyA, 2011).

Si, por un lado, se puede sostener que en la realidad, las prácticas sociales preceden a las representaciones (ya que las explican y justifican), por otro lado estas representaciones llegan a adquirir una entidad propia, sobre todo en nuestras actuales sociedades de la información, por lo que influyen notablemente en las prácticas sociales cotidianas. Un buen ejemplo al respecto es, precisamente, el caso de las drogas, donde podemos observar cómo unas determinadas representaciones sociales acerca de las mismas influyen en comportamientos, en prácticas sociales cotidianas, al mismo tiempo que dichas prácticas van dotando de contenidos progresivamente cambiantes a las mencionadas representaciones.

Las representaciones sociales explican qué es cada droga, su origen, historia, cualidades, consideración social, para qué sirve, cuáles son los efectos que se espera de su consumo, cómo debe consumirse (si se necesita una preparación personal o no para hacerlo, qué momentos se consideran más adecuados para la ingestión, las técnicas de ésta, las dosis o cantidades correspondientes). Estas representaciones tienen siempre un mínimo de congruencia con las bases económico-sociales de la sociedad de que se trate; aunque las relaciones entre estos dos elementos no son nunca mecánicas, lo cierto es que la tendencia a dicha congruencia llevará a que las representaciones sociales sobre drogas varían en las diferentes culturas, según que su uso sea un paso obligado (por lo menos a nivel ritual) hacia la ciudadanía plena, que su

manejo esté reservado sólo a un grupo de especialistas, que su producción y/o distribución beneficie de alguna manera sólo a determinados grupos sociales, o que tengan otros usos y funciones sociales.

Sobre la misma temática, relacionada a las creencias, valores, actitudes y posturas éticas frente al alcohol, especialmente en los jóvenes, remitimos a los estudios realizados en nuestro país por Moreno (2006) y Pérez Sosto (2011).

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL (PNPA)

El antecedente inmediato es la Ley Nacional 24.788 (1997), de Lucha contra el Uso Nocivo de Alcohol, reglamentada en 2009. Se crea por decreto, el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol (PNPA), Resolución 1170/2010, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación (DNSMyA), con la coordinación del Lic. Aldo Dománico. La financiación prevista se basa en aportes del presupuesto de los Ministerios de Salud, de Educación, la SEDRONAR y el 40 % de las multas que se generen por transgresiones a la Ley de Consumo de Alcohol.

El PNPA se encuadra dentro del actual Plan Nacional de Salud Mental, para responder a uno de sus objetivos: implementar en todo el territorio nacional la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo N° 24.788.

El PNPA tiene tres componentes:

1. Rectoría Estatal: Elaborar y consensuar políticas públicas frente al uso nocivo de alcohol. Implica compatibilizar leyes y normativas (Digesto) y establecer un sistema de vigilancia epidemiológica.

2. Fortalecer la Red Sanitaria (nacional y provincial): Mediante la estrategia de Atención Primaria de la Salud, considerando primordial la detección precoz y el tratamiento temprano, desarrollando la atención en el primer nivel, a través de cooperación técnica y capacitación.

3. Prevención: Se propone disminuir la tolerancia social (creencias disfuncionales, la representación social del uso del alcohol), y actuar sobre los efectos de los mensajes masivos (publicidad) que colaboran con esa tolerancia social (por ejemplo, la realización social por vía del consumo) mediante campañas de difusión, sensibilización y psicoeducación.

En las acciones preventivas, tras la irrupción de nuevos patrones de consumo en las últimas décadas, se priorizan dos poblaciones vulnerables: mujer embarazada, adolescentes y jóvenes.

Para mensurar resultados se tiene en cuenta que los frutos de estas acciones preventivas son a mediano y largo plazo. El PNPA trabaja actualmente en la construcción de indicadores como herramientas de medición de avance de tareas y evaluación de resultados.

ESCENARIO SOCIO-SANITARIO NACIONAL. OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS

La aplicación del Programa representa varios desafíos: a la complejidad del problema del abuso de alcohol, con determinantes múltiples ya mencionados, se suma la complejidad propia del sistema sanitario argentino y las dificultades de la acción sanitaria en territorios, que por razones de su vulnerabilidad (pobreza, marginalidad) requieren prioritariamente de acciones intersectoriales que se integren a las políticas específicas de salud. Reseñaremos brevemente los aspectos principales a tener en cuenta en la implementación de dichas políticas.

La fragmentación del Sistema Sanitario Argentino

Luego de la labor fundacional del Dr. Ramón Carrillo, con una planificación y gestión fuertemente centralizada en el Estado Nacional, en las décadas siguientes el sistema fue atravesando diversas etapas, acompañando los avatares políticos y económicos del país, con la aparición de nuevos actores: Obras Sociales, seguros o pre-pagas, el PAMI. Los intentos de coordinación centralizada como el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), en los años 1974/75, no se plasmaron en la práctica. Es así que el sistema actual abarca tres subsectores: el público (en sus distintas jurisdicciones: nacional, provincial y municipal), el de la seguridad social (obras sociales, con importante peso de las O. sociales sindicales) que cubren a la mitad de la población total, y el privado (los seguros de salud prepagos)⁶.

En cuanto a la conformación de la red de servicios de salud, la política sanitaria nacional hace eje, desde hace 10 años, en la Atención Primaria de Salud (APS), fomentando el primer nivel de atención e incluyendo el abordaje de las

⁶ En referencia al tema de la organización sanitaria: Serrano E. V. (2013). "Construcción de redes de prevención y asistencia de Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud. Desafíos desde las políticas de salud pública", en *Comunicación Científica, XXVIII Congreso de APSA*. También en Serrano, E. V. & Gambarini, H. (2008). "Una mirada sobre las políticas en el sector salud, transcurridos 24 años de democracia", en *El Estado y la reconfiguración de la protección social- Asuntos pendientes* (2008), Buenos Aires: Siglo XXI Editores, Instituto Torcuato Di Tella. También en Torres, R. "Algunas reflexiones sobre el sistema de salud y la seguridad social" (en op cit.).

problemáticas de abuso de alcohol y otras sustancias. Pero en algunas provincias, fundamentalmente dos tan relevantes como Buenos Aires y Córdoba, los Centros de Atención Primaria (unos 6.700 CAPs en todo el país) están municipalizados, lo cual a veces complica la articulación con las políticas de salud provinciales.

Otras situaciones que merecen señalarse son las siguientes: en la Provincia de Buenos Aires se encuentran los CPA (Centros de prevención de adicciones), que son efectores del primer nivel. Se agregan, a su vez, los Centros Integradores Comunitarios (CICs, unos 400 con recursos de salud), que dependen de otra agencia nacional, el Ministerio de Desarrollo, lo cual requiere acciones de articulación con el Sector Salud.

Por otra parte, los efectores del segundo nivel (hospitales) pertenecen algunos a la órbita provincial y otros a la municipal.

En relación a los recursos humanos, menos del 5 % de los del primer nivel son específicos de SM. Los efectores del primer nivel también tienen serias dificultades de acceso al segundo nivel en los casos que así lo requieren. Por múltiples razones, sólo el 23,5 % de los establecimientos del segundo nivel (hospitales) reciben derivaciones o interconsultas de los CAPs. Asimismo, el poder de rectoría en las políticas de salud lo ejerce el Ministerio de Salud de la Nación, para lo cual debe consensuarlas con las provincias (en el Consejo Federal de Salud, COFESA) por tratarse de un país federal.

Por último, los recursos humanos capacitados en SM en la Argentina son cuantitativamente suficientes, pero están mal distribuidos ya que se concentran mayoritariamente en los grandes centros urbanos.

Dificultades territoriales. Los “territorios complejos”

Además de estos inconvenientes de la organización sanitaria, deben agregarse dificultades territoriales, entre ellas las del conurbano de la ciudad de Buenos Aires, donde reside la cuarta parte de la población del país (más de 10 millones de habitantes).

Se trata de un territorio complejo, por tener bolsones de marginalidad, pobreza, desocupación, problemas de vivienda y saneamiento ambiental, con consecuencias psicofísicas en sus pobladores: depresión, violencia, inseguridad,

poliadicciones, y siempre el alcohol como la sustancia de abuso de mayor prevalencia. Especialmente con numerosa población juvenil al margen del estudio y del trabajo, los “desafiliados” del sistema en términos del sociólogo francés Robert Castel, que siguen constituyendo un objetivo prioritario de las políticas estatales de inclusión social⁷.

Dada la universalidad de las consecuencias de la precarización social, podemos citar a Castel sobre el problema de los suburbios pobres en su país:

Los “barrios sensibles” acumulan los principales factores causantes de inseguridad: fuertes tasas de desempleo, de empleos precarios y de actividades marginales, hábitat degradado, (...) presencia permanente de jóvenes inactivos que parecen exhibir su inutilidad social, visibilidad de prácticas delictivas ligadas al tráfico de drogas y a los reducidos, (...) conflictos con las “fuerzas del orden”, etcétera (...) La diabolización de la cuestión de los suburbios pobres, y particularmente la estigmatización de los jóvenes de esos suburbios a la cual se asiste hoy en día tiene que ver con un proceso de desplazamiento de la conflictividad social (Castel, 2004).

Y específicamente en nuestro territorio, en el conurbano bonaerense se plantean problemas que se repiten en la periferia de otras grandes ciudades del país. En palabras de Antonio Colicigno:

En la medida que se deja de estar estructurado en torno al trabajo, estos “barrios sensibles” se convierten en espacios donde predominan las formas de disociación social. (...) Sectores sociales marginales que se fueron extendiendo por doquier, un conurbano ya complejo por el propio desarrollo industrial de la Argentina, que en el proceso de desindustrialización (1976-2002) se convirtió en un lugar de desesperanza, los trabajos cercanos fueron desapareciendo (...) ¿Cuál fue el impacto de esa cotidianeidad en los niños de ayer, jóvenes hoy? Los jóvenes, tanto aquellos que habían abandonado la escuela, como aquellos que pudie-

⁷ Sobre el concepto de desafiliación, Castel, Robert. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós. También en Kokoreff, Michel (2005). “Los jóvenes frente a los procesos de desafiliación social”, en *Las manifestaciones actuales de la cuestión social*, Pérez Sosto, G. (coordinador) Buenos Aires: Instituto Di Tella.

ron terminarla, se encontraban en una situación donde el mercado de trabajo estaba vedado para ellos (...) Claro que tanta expulsión requiere de tiempo para revertir esas situaciones. La tarea es recuperar a aquellas familias, a aquellos pibes que vivieron su infancia con padres sin trabajo, con abuelos muchas veces despedidos al calor de las privatizaciones y de la “supuesta modernización”, sin expectativas, sin normas cotidianas de trabajo, con daño a nivel de la persona, varias generaciones en las que no había proyectos de vida, ni lazos, ni sostenes. Se requiere de procesos, se necesita la continuidad de un modelo de inclusión, que profundice la igualdad de condiciones para todos⁸.

ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y ACCIONES EN CURSO DEL PNPA

Ante este escenario el PNPA tuvo que pensar su estrategia para desplegar su accionar en los últimos cuatro años.

Como describíamos más arriba, el PNPA hace eje en la prevención, y aborda la temática del abuso de alcohol con un criterio de reducción de daño⁹.

Se focaliza en dos líneas estratégicas:

1) Optimización de los recursos estatales de salud y de otros ministerios, a través de articulaciones interprogramáticas, dado el número considerable de programas estatales en curso, no sólo de salud pero sí con efecto en los determinantes de la salud, sean con objetivos laborales, educativos o de acción social.

⁸ Colicigno, Antonio. (2011) *“Una mirada para superar la foto cotidiana: territorios complejos y el destino de los jóvenes”*, en *Ilusión Monetaria- La crisis financiera mundial, la transformación de los capitalismos nacionales y la cuestión social*. G. Pérez Sosto, coordinador. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella. Sobre la misma temática de territorios complejos, juventud y vulnerabilidad, remitimos a los siguientes trabajos: Colicigno, Antonio. (2013). *“De territorios, precariedades y pibes chorros: Hacia otras miradas en las políticas públicas”*, en *Capitalismos volátiles, trabajadores precarios- Crisis financiera global y cuestión social*. G. Pérez Sosto (coordinador). Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella. Pérez Sosto, G. & Romero, M. *“Jóvenes y trabajo precario: centro de gravedad de la cuestión social”* (op cit.); Romero O. W. *“Políticas sociales en el territorio: una mirada desde el conurbano bonaerense”*, en (op cit.); Bagato, A. *“Algunas claves para mejores prácticas en las políticas sociales a nivel territorial”*, en (op cit.).

⁹ *La reducción de daños es una estrategia de abordaje de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas. Tiene como primer objetivo disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, y a partir de allí, mejorar la calidad de vida de los usuarios. Las estrategias de reducción de daños se han ocupado no sólo de las prácticas individuales, sino de comprender las condiciones de vulnerabilidad de los sujetos para desarrollar intervenciones apropiadas, y establecer relaciones específicas de cuidado y reciprocidad entre los individuos y los grupos en los contextos de uso de drogas (www.intercambios.org.ar).*

2) Afrontamiento de escenarios o territorios complejos como el descripto, a través de la conformación de mesas intersectoriales con la inclusión de actores estatales y de la sociedad civil.

En función de las líneas estratégicas antedichas, describimos muy sintéticamente las acciones en curso:

A. Construcción de herramientas: Normas, Procedimientos y Protocolos

- Paquete Asistencial Integrado (PAI), que comprende una serie de herramientas asistenciales destinadas a los equipos de salud del primer nivel (Centros de Atención Primaria-CAPs, y Centros Integradores Comunitarios-CICs), y segundo nivel de atención (Servicios hospitalarios)¹⁰ tales como las que se enumeran: Detección temprana, abordaje del Consumo Excesivo de Alcohol (CEA), atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEAA).
- Normas y procedimientos para Embarazo y Alcohol.
- Normas y procedimientos para las cooperativas del Programa Argentina Trabaja: Guía de Abordaje del Consumidor Problemático y Normas de Convivencia.
- Conformación del Observatorio Epidemiológico: construyendo ventanas epidemiológicas en el primer nivel de atención y en servicios de guardia.
- Conformación de un Digesto: relevamiento de la legislación vigente sobre alcohol, tanto provinciales (hay 128 leyes y decretos-leyes), como disposiciones municipales. Hay 8 leyes nacionales relacionadas al alcohol.
- Construcción de Indicadores para la evaluación del avance de acciones y la medición de impacto.

¹⁰ El mismo incluye: Cuestionario AUDIT, para detección precoz y evaluación de riesgo de consumo abusivo/Orientador psico-social (OPS)/Consejería (procedimientos para intervenciones mínimas)/Intervenciones socio-educativas/Grupo de Referentes (reuniones con familiares, allegados/Psicoterapias (individuales, grupales)/Continuidad de cuidados (reforzamiento de redes)/Tratamientos farmacológicos/Conformación de grupos GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo) en efectores del segundo nivel (hospitales), en todo el país. Se trata de grupos terapéuticos, de atención ambulatoria de la problemática del alcohol, coordinados por agentes de salud en instituciones hospitalarias/Procedimientos para emergencias toxicológicas: intoxicación aguda y síndrome de abstinencia. Instructivo para la aplicación de la Escala CIWAR (de detección de riesgo de Síndrome de Abstinencia).

B. Acciones intrasectoriales (Sector Salud)

Se realizan acciones conjuntas con otros programas nacionales del Ministerio donde el PNPA puede incidir positivamente, tanto por la complementación de objetivos como por la optimización de recursos, tales como:

- Campañas de Salud de Verano del Ministerio en diversos puntos turísticos, y demás campañas masivas durante al año (Carnaval, Día de la Primavera, y otros eventos regionales donde se incrementan las conductas de riesgo con el alcohol). Las acciones son fundamentalmente de prevención, psicoeducación y promoción de hábitos saludables. Tanto en estas tareas de sensibilización, como en las que se realizan en otros escenarios y con otros programas, los objetivos son: disminuir la tolerancia social al alcohol, beber responsablemente, desarrollar conductas sociales, de disfrute, que no requieran de la bebida alcohólica.

- Programa Municipios Saludables: se trabaja actualmente en la articulación con 890 Municipios. Se financian proyectos relacionados a la prevención del alcohol y se realiza acompañamiento técnico. Se realizaron talleres de sensibilización para público general y capacitación para agentes de salud (del primer y segundo nivel) en municipios de 20 provincias, con el objetivo de disminuir la tolerancia social al abuso de alcohol y para la detección precoz e intervenciones tempranas.

- Programa Argentina Saludable: elaboración del Manual y Encuesta para llevar a cabo en universidades nacionales, haciendo eje en la cesación tabáquica, el consumo responsable de alcohol y la promoción de hábitos saludables.

Asimismo se realizan acciones destinadas a referentes provinciales, a equipos de salud del primer nivel de atención de todo el país, a personal de Obras Sociales Sindicales y a equipos de salud de guardia para la sensibilización y capacitación a fin de dejar RRHH instalado, con la metodología de “formación de formadores”.

C. Acciones intersectoriales

- En articulación con el programa “Argentina Trabaja” (Programa PRIST: Programa de Ingreso Social con Trabajo), del Ministerio de Desarrollo de la Nación, se llevan a cabo capacitaciones destinadas a talleristas sobre las temáticas de alcohol y otras adicciones en el marco de la estrategia de “formación de formadores”. Este programa, con eje en la inclusión social a través del trabajo, atiende

necesidades básicas de población en situación de vulnerabilidad, con incidencia alta de abuso de alcohol. Asimismo el PNPA brinda apoyo para el reforzamiento de las redes, socio-sanitarias en el territorio (organizaciones sociales y red sanitaria pública: centros de atención primaria, hospitales locales) para la prevención y atención de aquellos cooperativistas con uso problemático de alcohol.

- Implementación de una política comunicacional: Se la considera prioritaria y permanente, dada la influencia de los medios y especialmente del aparato publicitario. Se realizan intervenciones de sensibilización y prevención (disminución de la tolerancia social), a través de diversos medios de comunicación (redes sociales, audiovisuales, radios comunitarias); y material gráfico (ej: folletería, pósters) que, en muchos casos, acompañan y apoyan las acciones descriptas precedentemente.
- Participación en la Mesa permanente con las Cámaras de la Industria de Bebidas Alcohólicas (vitivinícola, cervecera y licorera), cuyo objetivo es consensuar pautas publicitarias compatibles con un consumo responsable.

REFLEXIONES FINALES Y ORIENTACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Enfatizamos en este apartado algunos puntos, producto de la experiencia acumulada en cuatro años, que nos parecen más relevantes:

- Se aboga por mejorar y mantener una articulación fluida y permanente entre el PNPA y otras áreas afines del estado nacional, provincial y municipal; así como también con áreas de salud mental y adicciones de provincias y municipios reforzando las redes de atención entre los tres niveles (primario, secundario y alta complejidad). Y asimismo, la participación de la comunidad, a través de sus organizaciones sociales. Para ello se promueve la conformación de mesas de gestión territoriales, o mesas Intersectoriales.
- Se plantea afianzar la presencia del Paquete Asistencial Integrado (PAI), en los efectores del primer y segundo nivel de atención en todas las jurisdicciones. Estas acciones requieren de capacitación y seguimiento permanente en centros de salud, servicios de guardia y consultorios externos hospitalarios, que posibiliten la contención, la asistencia y el seguimiento del consumidor problemático de alcohol. Respecto a los hospitales, esta tarea incluye instalación de grupos GIA, Unidades de desintoxicación, capacitación en guardia, apertura de ventanas epidemiológicas para mejorar el registro de los casos donde el alcohol está involucrado. Se podrá

así revertir la situación actual, en la cual este consumo nocivo está “invisibilizado” sanitariamente, y el que lo sufre prácticamente ve reducida su asistencia a las situaciones críticas de intoxicación aguda. Es lo que se denomina fenómeno de “puerta giratoria”: el consumidor abusivo es atendido por los servicios de guardia en estado de intoxicación aguda, se recupera de la crisis, se lo da de alta y continúa su carrera alcohólica sin ningún seguimiento.

- El PNPA prioriza asimismo toda acción que posibilite ampliar y mantener vínculos fluidos y permanentes con el área de educación pública y organizaciones de la sociedad civil, especialmente para acciones de llegada a la familia, padres, u otros referentes del adolescente, principal protagonista del CEEA.
- Se fomenta instalar en forma permanente los mensajes preventivos del PNPA (consumo responsable, disminución de la tolerancia social, prevención del CEEA, embarazo y alcohol) en los medios de difusión y en el marco de una política comunicacional. En esta estrategia, una acción complementaria es instalar una mesa de trabajo permanente con las cámaras empresariales relacionadas (industria, supermercadistas, locales nocturnos).
- Se promueve el trabajo conjunto con otros programas del Ministerio de Salud de la Nación, a fin de afianzar y dar continuidad y seguimiento a las acciones implementadas. Entre ellas la capacitación permanente en el primer nivel de atención y la extensión de acciones preventivas al conjunto de las universidades nacionales, dentro del programa “Universidades Saludables”.
- La experiencia piloto de las acciones interprogramáticas con el Ministerio de Desarrollo Social a través del Programa Argentina Trabaja, que permite prever que se irá extendiendo progresivamente a más cooperativas del conurbano bonaerense y del resto del país. Queda el desafío de incorporar a otras agencias del Estado (Educación, Trabajo), y la constitución de mesas de Gestión para las acciones de apoyo social que deben acompañar a las de salud, con vistas a la inclusión social.
- El PNPA se propone próximamente la incorporación de psicofármacos necesarios para la asistencia del alcohólico en la canasta del programa Remediar para los efectores de salud.
- Como otra tarea pendiente se destaca realizar acciones de sensibilización en otras obras sociales sindicales sobre la temática del alcohol e instar al desarrollo de estrategias para la prevención del uso nocivo de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ablin, A. (2011). “El mercado de la cerveza”, Informe sectorial de mayo de 2011 del Ministerio de Agricultura - Área de Sectores Alimentarios - Dirección de Agroalimentos - Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca. Disponible en: «http://www.alimentosargentinos.gov.ar/contenido/sectores/bebidas/Informes/Cerveza_02_2011_05May.pdf»

Castel, Robert (1997). Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós.

Castel, Robert. (2004). La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Ed. Manantial.

DNSMyA. (2011). “Mesa de Trabajo Intersectorial frente al Uso Excesivo de Alcohol- Determinantes de la Salud, Documento interno”, PNPA. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

DNSMyA. (2012). Orientación y herramientas para la detección y tratamiento de problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, PNPA. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

FLACSO Costa Rica.(2012-2013). EPCA Argentina..Estudio Patrones de Consumo de Alcohol en América Latina. 2014.

Guía clínica de recomendaciones para la atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en la Adolescencia. (2012). Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Miguez, H. (2004). La alcoholización juvenil en la Argentina. Acta Psiquiát. Psicol América Latina. 50 (1).

Miguez, H (2007) Alcoholización juvenil en la Argentina: del consumo cotidiano al “binge drinking”, Cuadernos Actualizaciones en Alcoholología N° 1.

Miguez, H. (2008). “Alcoholización juvenil: exposición y vulnerabilidad social”. En Cuadernos Actualizaciones en Alcoholología N° 2.

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación–Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (MSAL-INDEC). (2008/2011) Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (EnPreCoSP). Argentina: MSAL-INDEC.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011a). Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Población frente al Consumo Excesivo de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011b). Secretaría de Determinantes de la Salud-Mesa de Trabajo Intersectorial frente al Uso Excesivo de Alcohol. Documento interno. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011c). Mesa de trabajo intersectorial frente al uso excesivo de alcohol- Determinantes de la Salud, Documento interno, PNPA, DNSMyA.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011d). 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación. (2012a). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación. (2012b). Orientación y Herramientas para la Detección y Tratamiento de Problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la Nación. (2012c). Guía Clínica de Recomendaciones para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes. Argentina: MSAL.

MSAL-OPS (2012). Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 – Estudiantes de 13 a 15 años. Argentina: MSAL–OPS.

Monteiro, Maristela G., (2007) Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción, Washington DC, OPS.

Moreno, J. E. (2006). “Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones” en Límite. Revista de Filosofía y Psicología. Vol. 1, N° 13.

Novick, M. & Pérez Sosto, G. (2008). El Estado y la reconfiguración de la protección social- Asuntos pendientes. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, Instituto Torcuato Di Tella.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). World report on road traffic injury prevention 2004, Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Estudio nacional sobre consumo en población argentina. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Estrategias para reducir el uso nocivo de alcohol: proyecto de estrategia mundial. Informe de la Secretaría. 63° Asamblea Mundial de Salud: OMS.

Pérez Sosto, G. (coordinador). (2011). Ilusión monetaria. La crisis financiera mundial, la transformación de los capitalismos nacionales y la cuestión social. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella.

Pérez Sosto, G. & Romero, M. (2012). Futuros Inciertos. Informe sobre vulnerabilidad, precariedad y desafiliación de los jóvenes en el conurbano bonaerense. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella.

Pérez Sosto, G. (coordinador). (2013). Capitalismos volátiles, trabajadores precarios. Crisis financiera global y cuestión social. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella.

SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico), (2009), IV Encuesta Nacional sobre Consumo en Estudiantes de la Enseñanza Media. Argentina: Presidencia de la Nación.

SEDRONAR -Presidencia de la Nación. Observatorio Argentino de Drogas (OAD). (2010). Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas- 2010. Argentina: Presidencia de la Nación.

SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico). (2011). V Encuesta Nacional sobre Consumo en Estudiantes de la Enseñanza Media. Argentina: Presidencia de la Nación.

SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico). (2012). El Uso indebido de Drogas y la Consulta de Emergencia – Estudio Nacional. Argentina: Presidencia de la Nación.

Serrano, E. V. & Gambarini, H. (2008). Una mirada sobre las políticas en el sector salud, transcurridos 24 años de democracia, en El Estado y la reconfiguración de la protección social- Asuntos pendientes. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, Instituto Torcuato Di Tella.

Serrano, E. V. (2013). “El consumo episódico de alcohol (CEEA) como nuevo patrón de consumo en la adolescencia y juventud”, Comunicación Científica, XXVIII Congreso de APSA.

Serrano, E. V. (2013). “Construcción de redes de prevención y asistencia de Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud. Desafíos desde las políticas de salud pública”, Comunicación Científica, XXVIII Congreso de APSA.

Sitios Recomendados:

«<http://www.msal.gov.ar/saludmental>».

«www.alimentosargentinos.gob.ar».

ABORDAJE PSICOSOCIAL EN INCIDENTES CRÍTICOS: TRES CASOS DE INTERVENCIÓN EN EL MARCO DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Autores: Bárbara Alter, Anabel Benavidez, Soledad Verónica Abella, Daniel R. De Socio, Mara Lizzie Hope Jones, María del Carmen Mice-lotta, Victor Guillermo Alfieri, Ignacio Di Pinto¹.

RESUMEN

El presente trabajo sistematiza tres experiencias de intervenciones realizadas en incidentes críticos por el Equipo de Abordaje Psicosocial (EAPS), en el marco del equipo de respuesta ante situaciones de emergencias y desastres, pertenecientes a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), del Ministerio de Salud de la Nación. Las experiencias presentadas abordarán incidentes críticos de actividad sísmica sucedidos en la Provincia de Neuquén, en las localidades de Caviahue y Villa La Angostura respectivamente y en el desborde de laguna en la localidad de Navarro, Provincia de Buenos Aires.

En base a dicha experiencia, se presenta un modelo de planificación/acción en Salud Mental Comunitaria para emergencias y catástrofes, elaborado por el EAPS, teniendo como eje el cuidado de la salud mental de los afectados, la de los equipos de trabajo intervinientes y la necesidad de articulación intersectorial.

El marco teórico y la modalidad de abordaje se encuadran en el campo de la Salud Mental Comunitaria, siguiendo los lineamientos estratégicos de la Aten-

¹ El siguiente trabajo es una sistematización de tres ponencias presentadas en diversas jornadas y congresos de salud mental:

- 1) "El tramado intersectorial en el marco de una intervención en emergencia por la inminente erupción del Volcán Copahue". Autoría: Alter, Bárbara; Benavidez, Anabel.
- 2) "Intervención en la localidad de Villa La Angostura, Provincia de Neuquén: Erupción del Complejo Volcánico Puyehue-Cordón Caulle". Autoría: Abella, Soledad Verónica; De Socio, Daniel R.; Hope Jones, Mara Lizzie; Mice-lotta, María del Carmen.
- 3) "Intervención en contexto de inundaciones en la Provincia de Buenos Aires". Autoría: Alfieri, Victor Guillermo; Di Pinto, Ignacio.

ción Primaria de la Salud y las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud para la intervención en incidentes críticos.

Palabras clave: Abordaje Psicosocial, Incidentes Críticos, Emergencias Sanitarias.

CONSIDERACIONES GENERALES

El EAPS, perteneciente a la DNSMyA del Ministerio de Salud de la República Argentina, está compuesto por profesionales de distintas disciplinas que brindan servicios básicos de salud mental, desplazándose a territorios en los cuales residen poblaciones con diferentes grados de vulneración psicosocial, atendiendo a su realidad socio-cultural y epidemiológica.

El abordaje territorial tiene como objetivo fortalecer las redes sociales, generar participación y organización comunitaria, crear espacios de intercambio y recuperar saberes mediante la construcción colectiva de proyectos, actividades y soluciones de manera coordinada con otros programas ministeriales, autoridades locales y/o provinciales en salud mental. Del mismo modo se apunta a deconstruir, también colectivamente, paradigmas instalados y cuestionar nociones establecidas respecto del abordaje de la salud mental en incidentes críticos.

En las intervenciones en incidentes críticos, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se basa tanto en los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud, como en las recomendaciones y modalidades de abordaje planteadas por organismos internacionales tales como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Guía del IASC (Inter-Agency Standing Committee) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial. En pos de ello es que se procura reforzar la accesibilidad de la prestación en salud mental, entendiendo que “la respuesta institucional en el campo de la salud mental es compleja, ya que no solamente se trata de atender las consecuencias emocionales directas del evento (miedo, ansiedad, tristeza, rabia, etcétera), sino, también, otros efectos indirectos en la dinámica interpersonal y social, así como en el entorno de las víctimas, en la medida en que se produce un deterioro del tejido social y una desestructuración de la vida familiar” (OPS, 2006).

La denominación incidente crítico hace referencia a “todos aquellos sucesos potencialmente traumáticos (como catástrofes, desastres naturales, accidentes con múltiples víctimas, atentados o cualquier otra situación que nos

exponga a factores de estrés extremos) frente a los cuales cada persona y cada comunidad reaccionan de un modo particular”. El incidente crítico suele caracterizarse por producirse “de forma inesperada, abrupta, excediendo posibilidades de previsión y afrontamiento; se vive como una amenaza para la integridad psicofísica de los afectados y genera la sensación de pérdida de control sobre el suceso”². Por tal motivo, durante este tipo de situaciones existen diferentes reacciones esperables frente a una situación inesperada.

Asimismo la crisis se define como “aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta del ser humano; es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica. Las crisis pueden o no necesitar de una intervención profesional, ya que en ocasiones pueden ser manejadas mediante el apoyo familiar y social” (OPS, 2002).

Es en estas situaciones que para intentar prevenir padecimientos psíquicos más graves, se interviene de la forma más inmediata posible, mediante la “Primera Ayuda Psicológica”; cuyo objetivo principal es lograr que dicha persona retome el control de sus emociones y participe en su recuperación. Según la OPS (2006), la técnica de Primera Ayuda Psicológica es pragmática y sencilla y se requiere un entrenamiento básico para su aplicación. Dicha ayuda se caracteriza por ser una intervención a quien transita una crisis por haber sufrido un acontecimiento crítico grave.

Sus objetivos específicos son:

1. Contribuir a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia.
2. Reducir la tensión y la aflicción.
3. Ayudar a los sobrevivientes a adoptar los pasos prácticos para resolver los problemas urgentes causados por el desastre.
4. Favorecer el desarrollo de actividades solidarias y de ayuda mutua.
5. Preservar una zona de seguridad interpersonal para las víctimas.
6. Facilitar el descanso de los sobrevivientes.
7. Proveer contacto social con familiares y amigos.
8. Asistir a las víctimas para localizar y verificar el estado de sus seres queridos.

² La presente definición es adoptada por la Red de Protección de la Salud Mental en Incidentes Críticos de la Provincia de Buenos Aires (PROSAMIC), citada en: (Bentollá, S. 2012)

Por otra parte es claro el impacto psicosocial que produce el incidente crítico. “Cuando hablamos de impacto psicosocial, nos referimos a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas. Estos efectos se relacionan con muchas variables, entre las que se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social” (OPS, 2006).

Es por ello que en el proceso de recuperación se procura lograr la participación de diversos actores para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. “En el plano operativo se prioriza el ámbito comunitario, sin que esto implique no abordar el nivel individual y familiar. Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales” (OPS, 2002).

De este modo, la OPS (2002) recomienda generar espacios comunitarios en donde se socialice el impacto, tratando de propiciar la reelaboración y prevenir futuras crisis. También es importante que los equipos de trabajo intervinientes desarrollen un proceder activo, que puedan escuchar las demandas de la población en sus espacios sociales o informales, sin esperar que las personas se acerquen a los servicios de salud. Esto es fundamental para identificar los problemas psicosociales y sus indicadores colectivos (conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia, abuso de drogas, entre otros).

Asimismo, los principios fundamentales de la salud mental comunitaria, válidos para la intervención en crisis en emergencias son:

1. Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas.
2. La noción de crisis, como etapas de la vida por las que todo ser humano atraviesa.
3. Reconocer las implicaciones técnicas, sociales y políticas de la intervención en crisis.
4. Socializar los conocimientos.
5. La comunidad es el nivel de intervención más complejo e importante para la salud mental.
6. Necesidad de transformar nuestras propias actitudes.
7. Construir respuestas concretas para personas concretas en situaciones concretas.
8. Idea de la rehabilitación vinculada a la cotidianidad.
9. La dimensión del trabajo en equipo.

Cabe destacar que si bien la bibliografía citada se refiere a Primeros Auxilios Psicológicos, nos permitimos ampliar la denominación de las actividades que se detallan en este punto ya que nuestro campo de trabajo trasciende lo disciplinar.

Entendemos a la Salud Mental en tanto proceso histórico inscripto en el campo de la salud y por lo tanto atravesado por múltiples factores, determinado por componentes de diversa índole (socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos) que encuentra su particularidad en el tipo de demanda, que a la vez interpela su puesta y posibilita su construcción: el sufrimiento psíquico. Las problemáticas de salud mental se identifican con situaciones de padecimiento que no son necesariamente homologables a entidades patológicas, pudiendo ser precedentes al desarrollo de una “enfermedad” o divergentes de ella. Por lo expuesto es que nos referimos a estos cuidados como Primeros Auxilios en Salud Mental.

OBJETIVOS

- Transmitir el esquema de intervención utilizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones para propiciar la mitigación del impacto psicosocial en situaciones de incidentes críticos en el marco de un abordaje intersectorial.
- Exponer los principales ejes de intervención en distintas situaciones de incidentes críticos.

DESARROLLO

La vida de las personas transcurre en entornos con características físicas y relacionales específicas: hogar, escuela, centros de educación, lugar de trabajo, barrio, comunidad. En ellos se aprenden, se mantienen o modifican los estilos de vida, es decir el modo habitual de hacer frente a las demandas y desafíos propios de la vida cotidiana. Las características de estos entornos pueden favorecer o dificultar el desarrollo y el nivel de bienestar psicosocial.

El nivel de salud mental que alcanza cada individuo es resultado de la interacción, en los contextos de vida, de factores protectores y de riesgo. Por consiguiente, las acciones para mejorarlo y protegerlo son responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social.

Se trata de la necesidad de reducir desigualdades en cuanto al alcance de las prestaciones en salud, fomentar y ampliar el alcance de las acciones en

materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, apostando a construir capacidad instalada para que la misma población sea capaz de enfrentarse a diversas circunstancias que puedan atravesar en el futuro.

En lo que respecta a las acciones que se realizan concretamente en un territorio dado, es una meta deseable la planificación conjunta de los diversos sectores para que la coordinación intersectorial en aquellas situaciones que así lo requieran resulte eficaz. Una de las dificultades que pueden encontrarse es que este esfuerzo de trabajo articulado no esté suficientemente sistematizado y/o incorporado en la práctica de otros sectores. Por lo tanto, que cada sector pueda organizar sus recursos para cubrir problemáticas principalmente de salud (por ejemplo, en casos de desastres con muchas víctimas fatales, que desde el Sector Justicia se agilicen los trámites de los respectivos certificados de defunción, en pos de acortar los tiempos de espera de los familiares, frente al desastre ocurrido).

Tanto en las intervenciones con eje en un incidente crítico como en intervenciones de carácter comunitario en general, las distintas tareas intersectoriales a desarrollar con el propósito de mejorar el nivel de salud mental de la población están dirigidas a:

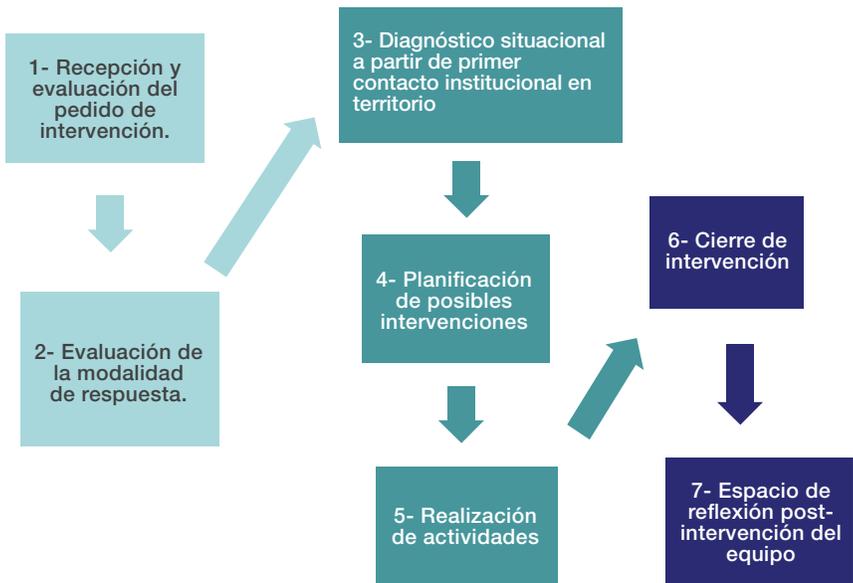
1. La promoción, orientada a optimizar la salud mental y el bienestar, reducir los factores de riesgo, y actuar, en general, sobre los determinantes de la salud.
2. La prevención, dirigida a evitar, retrasar la aparición o atenuar la severidad y duración de los trastornos de salud mental en personas y grupos con mayor riesgo.
3. La detección temprana y facilitación del acceso y continuidad del tratamiento y rehabilitación en personas y grupos que presentan trastornos mentales y sus familias, favoreciendo la inclusión social.
4. Prevención del estigma y marginación de las personas con padecimiento mental, creando redes de apoyo para ellos y sus familias.

Las emergencias y desastres tienen la característica de poder afectar a cualquier grupo poblacional del mundo. Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental, a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastres y emergencias complejas, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, y puede au-

mentar en cierta medida las problemáticas de salud mental y otros problemas sociales. Este tipo de intervenciones se conciben como abordajes comunitarios acotados en el tiempo, cuyo objetivo principal es mitigar el impacto psicosocial que pudiera ocasionarse, y colateralmente se busca promover entornos saludables, fortalecer y visibilizar las herramientas con las que ya cuenta la comunidad, (vale aclarar que habitualmente en estas circunstancias quedan invisibilizadas), a la vez que se trabaja fuertemente en propiciar y/o favorecer la articulación con la red de salud mental existente en la comunidad.

En pos de esto, se trabaja a partir de una matriz de intervención que consta de una serie de fases secuenciales con el uso continuo de la metodología participativa, y que se enumeran a continuación:

1. Recepción y evaluación del pedido de intervención.
2. Evaluación de la capacidad de respuesta.
3. Diagnóstico situacional (a partir de un primer contacto en el territorio donde se lleva a cabo el mapa de actores intervinientes y posibles de convocar).
4. Planificación de la intervención.
5. Realización de actividades.
6. Cierre de la intervención.
7. Espacio de reflexión post-intervención del equipo de abordaje.



EXPERIENCIA 1: “El tramado intersectorial en el marco de una intervención en emergencia por la inminente erupción del volcán Copahue”³

Por pedido de la Secretaría de Determinantes y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación, se incorpora el equipo de Salud Mental de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones al trabajo conjunto con los profesionales médicos del Programa de Equidad Sanitaria Territorial, perteneciente a la misma secretaría, que ya se encontraban trabajando en el lugar.

El propósito de la inclusión del equipo consistía en brindar contención a las personas afectadas por la situación de posible erupción del volcán Copahue que se encontraban evacuadas en una localidad aledaña a Caviahue, Loncopué, sin poder regresar a sus hogares. El equipo de Salud Mental se hace presente a fin de colaborar con la organización y dar soporte tanto a los pobladores evacuados, como los equipos técnicos intervinientes.

Pese a que el Gobierno de Neuquén había disminuido el estado de alerta debido a la merma de la actividad del volcán y ello hacía suponer que el escenario retomaba la calma, por disposición del viceministro de Salud de la Nación, el equipo interdisciplinario de Salud Mental arribó de todos modos a la ciudad de Loncopué.

El objetivo de la intervención por parte del EAPS fue no sólo el de la atención y contención de pobladores y el trabajo con los equipos técnicos intervinientes, sino que en el marco de la Salud Mental Comunitaria y las políticas públicas que rigen nuestra práctica se trató también de promover el fortalecimiento de las redes de apoyo local, en pos de potenciar las estrategias de contención y asistencia.

El volcán Copahue es un estratovolcán activo en erupción, ubicado en el límite entre la provincia de Neuquén y la Región del Biobío, Chile. En el volcán persisten las fumarolas producto de su permanente actividad, siendo consecuencia de ello una importante fuente de aguas termales, dando auge al turismo en torno al lago Caviahue a la localidad de Copahue, donde desde hace 100 años se utilizan sus aguas con fines medicinales. A partir del año 2012 se evidenciaron diferentes momentos de actividad sísmica en el volcán. En principio

³ *Presentación de Trabajo Libre en el XII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos: “El Otro soy Yo. Coraje para proponer, coraje para decidir, coraje para hacer”, en la Ciudad de Buenos Aires, 5, 6 y 7 de Septiembre de 2013. (Corregido y adaptado para la presente publicación).*

comenzó un proceso de erupción, lanzando cenizas, gases y humo negro a más de 1,5 kilómetros de altura. En 2013 se detecta actividad en profundidad, y se advierte sobre la peligrosidad alrededor de los cinco kilómetros del cráter. Más tarde, ese mismo año y frente a la posible erupción del volcán, en forma preventiva se realizó la evacuación de las localidades aledañas. Fue en ese momento, cuando el gobierno neuquino decide evacuar la localidad de Caviahue por una inminente erupción.

Es importante destacar, que en casos de intervención en incidente crítico, y si las posibilidades de tiempo reales de actuación (desde el pedido de intervención hasta la llegada del equipo al lugar) lo permiten, es recomendable para los agentes intervinientes, realizar un rastreo del contexto histórico más cercano de la localidad en cuanto a antecedentes de escenarios similares, lo cual da ciertas pautas del estado emocional de la comunidad previo al incidente actual y las posibilidades de organización comunitaria formal e informal. Las comunidades tienen un modo particular y único para organizarse, una dinámica especial determinada en gran parte por su historia colectiva, sus usos y costumbres, sus creencias y su religión.

Un diagnóstico situacional permite producir conocimientos para la acción y toma de decisiones adecuadas a la realidad y el contexto de cierto lugar o situación en torno a un tema significativo. Cuando se pretende llevar a cabo un trabajo basado en el entramado intersectorial que refleje las mejores acciones para una localidad, lo esperable es que para este diagnóstico se obtenga información de todos los actores que en ese momento estén involucrados en la situación.

Todo procedimiento de intervención en el marco de la Salud Mental Comunitaria, sea en contextos de incidente crítico o de cotidianidad, se inicia con un proceso de diagnóstico situacional en territorio. Este diagnóstico inicial y presuntivo forma parte de la primera etapa y tiene como objetivo favorecer la planificación. Esta metodología permite la detección de diversas problemáticas y su importancia relativa, así como los factores que la determinan. Las acciones serán más eficaces cuanto más se logre involucrar, desde la primera fase, a todos los actores que forman parte del escenario social.

En el caso de la intervención que se describe en este capítulo, desarrollamos las siguientes acciones:

- a. Encuentros de intercambio de información y análisis de posibles estrategias de acción con el Programa de Equidad Sanitaria Territorial, el Concejal de Loncopué y la Intendencia de Loncopué.
- b. Se contacta al Equipo de Salud Mental con el equipo psicosocial de esa localidad que a su vez tiene incidencia en Caviahue, a través del concejal de Loncopué.
- c. El mismo día del arribo del equipo de Salud Mental a la localidad, y al evidenciarse una merma significativa en la actividad del volcán, se dispone que los evacuados de Caviahue vuelvan a sus hogares y se levanta la atención médico-clínica del Programa de Equidad Sanitaria Territorial (camiones sanitarios).
- d. El equipo de salud mental se traslada a la localidad de Caviahue, por pedido del intendente del lugar, para continuar con el acompañamiento de la vuelta a casa y la organización comunitaria.
- e. Siguiendo los lineamientos de la guía IASC⁴, ya en la localidad de Caviahue se intenta relevar los grupos vulnerables, tomando como base para la recolección de datos el sector salud.

En cuanto a grupos vulnerables, en situaciones de emergencia, no todos tienen o desarrollan problemas psicológicos apreciables. En función del contexto de la emergencia, existen determinados grupos de personas que corren mayores riesgos de experimentar problemas sociales y/o psicológicos. Aun cuando muchas formas básicas de apoyo deben estar a disposición de la población afectada por la emergencia en general, una adecuada planificación incluye expresamente medidas para brindar apoyo a las personas que estén en mayor riesgo, a quienes es preciso detectar para cada crisis específica (niños, adultos mayores, personas con reducción de la movilidad, personas con antecedentes de padecimiento mental).

En la localidad de Caviahue no hay adultos mayores, pero sí una población significativa de niños en edad escolar que representan la base de la pirámide

⁴ Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.

poblacional del lugar. A través del sector Educación fue posible articular acciones con los pueblos originarios y los niveles inicial y secundario de la localidad.

La localidad de Caviahue cuenta con una organización informal denominada “Jefes de Manzana”. Los jefes de manzana son vecinos elegidos democráticamente para representar la manzana en la que viven y son quienes en los casos de emergencia se encargan de comunicar a sus vecinos los pasos a seguir y colaborar en la organización local. Así, este grupo fue identificado y priorizado en el diagnóstico situacional local dada su participación en la organización de la comunidad para su evacuación y su rol potencial como comunicadores. Del mismo modo, se organizaron encuentros de trabajo con la radio local en lo que respecta a la necesidad de comunicación precisa y fiable para los pobladores.

Una vez logrado el diagnóstico situacional local, se formulan las primeras líneas de trabajo: serán aquellas que surgen de dicho diagnóstico y se priorizan, más allá de que pudieran surgir nuevas líneas a medida que se avanza en el proceso de intervención local. Es el momento en el que se operativiza todo el trabajo estructurado en los momentos anteriores. Durante la implementación, se ha aplicado el registro anecdótico a fin de registrar en detalle las acciones que se desarrollaron.

En el caso de la intervención que describimos, se dividió el trabajo en dos etapas:

En primera instancia con el Centro de Operaciones de Emergencia (COE). El mismo “es un mecanismo de coordinación, conducción y decisión que integra la información más relevante generada en situaciones de emergencia o desastre y la convierte en acciones de respuesta efectiva” (OPS, 2004: 115). En él confluyen los niveles político y técnico, y es el sitio donde se toman las decisiones con base en la información. En el nivel local, el COE está compuesto por los que toman decisiones (el alcalde, el equipo técnico municipal, los jefes locales de salud, la policía, el ejército, los servicios públicos y otros), la comunidad y otras organizaciones locales (clubes de madres, juntas de vecinos, etcétera), las ONG locales y las ONG de cooperación internacional, los pueblos originarios (por considerarse exponencialmente vulnerados en lo que respecta al acceso al sector salud y particularmente salud mental), los denominados efectores de “primera línea”, aquellos más expuestos de manera concreta al contacto con la población afectada y que en la mayoría de los casos forman parte de la misma (comunidad en general y jefes de manzana) y el sector salud. Con todos ellos se llevaron a cabo actividades cuyo objetivo

fue reflexionar sobre el estado de la propia salud mental, para poder dar paso luego al trabajo en pos de la salud mental de la comunidad. De esta manera, se realizaron talleres, encuentros participativos, jornadas de reflexión y espacios de construcción en torno al cuidado de la propia salud mental. También se contribuyó a la inclusión del componente de salud mental en la planificación de acciones territoriales, la vigilancia de la salud con especial foco en niños y adolescentes respetando las cosmovisiones propias de la cultura en que se encuentran insertos y, específicamente, la salud mental ante incidentes críticos, en torno a respuestas esperables y a identificación de dolencias con manifestaciones somáticas.

La segunda instancia incluyó a la comunidad ampliada, los agentes de comunicación local y especialistas en materia volcánica que se encontraban en el lugar. Las actividades en esta segunda etapa abarcaron nuevamente el cuidado de la propia salud mental y la importancia de tener en cuenta la salud mental con base en la comunidad a la hora de comunicar en momentos de incidente crítico.

RESULTADOS

El grado de aceptación de la comunidad al trabajo realizado fue sumamente positiva, rescatando el nivel de organización dado en la denominada “vuelta a casa”.

El trabajo intersectorial, como ya lo hemos destacado anteriormente, nuevamente en esta experiencia tuvo un papel fundamental. Se trabajó en forma articulada, en un clima de cordialidad y compañerismo absoluto, lo que permitió, más allá de una eficacia en cuanto a los objetivos propuestos, jornadas de trabajo satisfactorias y gratificantes para los participantes.

También es interesante destacar que al interior del equipo mismo siempre primó la contención del otro, la escucha y reflexión diaria al final de la jornada, como formas de ir procesando el trabajo realizado, compartir anécdotas y sentimientos de angustias que muchas veces embargan a los equipos que trabajan en emergencias y se reactivan frente a un nuevo incidente.

Cabe destacar que la detección de grupos vulnerables fue de suma importancia en este abordaje, ya que en tiempo acotado y urgidos por los tiempos de la emergencia en curso se priorizó el trabajo con algunos sectores, promoviendo aspectos saludables y evitando que se agudicen cuadros sintomáticos.

El manejo de la comunicación en situaciones de emergencia también es clave, y en esta oportunidad posibilitó que la información divulgada llegue a la población general siendo clara, verídica, y con lenguaje accesible. De esta manera, la articulación entre los medios radiales, Defensa Civil y la comunidad ampliada fue clave para determinar qué y cómo comunicar en cuanto a los avances y retrocesos de la actividad sísmica del volcán teniendo en cuenta lo que la población necesitaba saber y lo que los expertos podían comunicar.

La evaluación final procuró determinar, de manera sistemática y objetiva, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto del proceso de intervención, a la luz de sus objetivos.

Los resultados a corto plazo, es decir, aquellos evaluados en el lugar al término de la intervención, fueron positivos. La vuelta a los hogares ante el cese de alarma fue ordenada, cuidada y contenida, no solo por los equipos técnicos intervinientes sino por la misma población, lo cual da cuenta de que las herramientas trabajadas para el manejo de la ansiedad y el autocontrol de la propia salud mental fueron asimiladas por la misma comunidad, y puestas en práctica en acto. Los resultados de impacto, a largo plazo, aun no fueron estudiados al momento por este equipo.

EXPERIENCIA 2: “Intervención en la localidad de Villa La Angostura, Provincia de Neuquén: Erupción del Complejo Volcánico Puyehue-Cordón Caulle”⁵



“Erupción volcán chileno Puyehue causa lluvia de cenizas en Bariloche. La erupción del volcán, a unos 90 kilómetros en línea recta al noroeste de Bariloche, provocó hoy intensa lluvia de cenizas en la región desde las 16 y puso a la localidad en Alerta Rojo, lo que llevó a la Municipalidad a organizar un comité de emergencia”.

04/06/2011 20:30hs
Agencia Télam

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Tras la erupción del Complejo Volcánico Puyehue-Cordón Caulle, se evidenció una situación de conmoción emocional generalizada en la ciudad de Villa La Angostura, Provincia de Neuquén, con cambios en el entorno de los damnificados y sus rutinas, que repercutió tanto en la estructura familiar como social; esto configuró una situación de quiebre cuyo impacto se vio reflejado en todos los sectores sociales.

Al no haber un plan de evacuación programado, la decisión de permanecer en la ciudad o no era personal y/o familiar, logrando una evacuación efectiva quienes contaban con recursos económicos y/o vinculares suficientes. Es de destacar que un gran porcentaje de la población resultó autoevacuado.

Una especial preocupación se manifestaba por el efecto asociado a la caída de material pétreo en ríos y lagunas sobre la estructura de las viviendas y el

⁵Presentado en el 2º Congreso de Salud y Desastres: “Hacia la reducción de desastres, por un futuro seguro”, en la ciudad de La Habana, Cuba. El mismo fue realizado por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres “Dr. Abelardo Ramírez Márquez”, Ministerio de Salud Pública de Cuba, en el Centro de convenciones y Servicios Académicos de la Universidad de Ciencias Médicas, entre los días 20 al 22 de marzo de 2013. (Corregido y adaptado para la presente publicación).

alimento para los animales, lo que provocó la suspensión de clases en las escuelas y de los medios de transporte hacia y desde la región, que quedó parcialmente aislada.

Por su parte, el cambio disruptivo en el paisaje (colores, sonidos, aromas), generó consecuencias negativas en distintos aspectos. Por un lado, la economía regional sufriría importantes pérdidas ya que una de las principales fuentes de trabajo de la población es el turismo, mientras que, por otro, producía una gran desazón en aquellas personas que viviendo allí consideraban el lugar como un paraíso natural.

Si bien en esta situación no se registraron víctimas fatales, se pudieron identificar dos grupos poblacionales que respondieron al evento de maneras distintas, más allá de la incertidumbre generalizada acerca de la actividad del volcán.

Se los clasificó en dos grupos:

Grupo a): Quienes se hallaban atravesando una situación de duelo por pérdidas materiales y simbólicas, en quienes se puso de manifiesto la sobreactivación o paralización de la conducta y la reducción de la vida social, entre otras vivencias.

Grupo b): Constituido por miembros de los pueblos originarios, que también sufrieron importantes pérdidas materiales de elementos necesarios para la subsistencia, pero lograron darle una significación al evento a partir de su historia, costumbres y concepciones religiosas. Esto facilitó la contención a nivel comunitario, reduciendo el impacto negativo en su salud mental. Cabe destacar que en este período tuvo lugar el Año Nuevo Mapuche, el cual fue celebrado a pesar de las circunstancias.

PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES

Siguiendo los protocolos internacionales (OMS/OPS) se planteó el trabajo en tres ejes:

1- Damnificados directos y familiares, privilegiando a los grupos más vulnerables: Niños, adultos mayores, personas con dolencias previas -remitidas al centro de contención- y comunidades de pueblos originarios.

2- Equipos de trabajo abocados a la emergencia: soldados, cuadrillas de limpieza, periodistas, personal del hospital, defensa civil, comité de emergencia y voluntarios.

3- La comunidad en general: trabajadores de instituciones educativas y de servicios, biblioteca y trabajadores de empresas locales.

En función del diagnóstico realizado, se planteó como objetivo del equipo de Salud Mental el fortalecimiento de las redes interinstitucionales y propiciar el trabajo intersectorial para la promoción, prevención y atención en situaciones de crisis, promoviendo en todo momento la elaboración social del acontecimiento disruptivo. El equipo permaneció en territorio por un lapso aproximado de un mes, hasta tanto finalizar la intervención local.

Respecto del grupo a), se trabajó en el fortalecimiento de vínculos y la recomposición del tejido social, así como la apuesta constante a la conformación de respuestas comunitarias. Con el grupo b), se colaboró en la gestión de insumos básicos indispensables para la supervivencia tales como agua, alimentos para los animales, velas.

Se organizó el equipo de trabajo de la DNSMyA de la siguiente manera:

- Equipo de trabajo por el plazo de 10 días.
- Período de transmisión del trabajo realizado al siguiente equipo, a fin de otorgarle continuidad a la tarea.
- Recambio del equipo de trabajo.

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

Se realizó el primer contacto con los responsables del Centro de Operaciones de Emergencias (COE).

En Villa La Angostura, el COE estaba conformado por Defensa Civil (quien lo coordinaba), Bomberos Voluntarios, Policía, Desarrollo Social, Hospital, Prefectura Naval, Servicios de Luz y Agua, Centro de Contención a la Víctima, Voluntarios de la Comunidad y Socorristas, entre otros.

Este primer contacto tuvo por fin interiorizarnos acerca del estado de situación, poniéndonos a disposición para la planificación y ejecución conjunta de las tareas e intervenciones a realizar en el campo de la salud mental. Cabe resaltar

la importancia de este “ponerse a disposición” por parte de un equipo ajeno a la comunidad, ya que da cuenta del respeto por la organización que dicha comunidad se ha dado, de sus conocimientos acerca de la naturaleza y su gente, sus costumbres y creencias; sin dejar de lado nuestros criterios técnicos.

Socialización de la información de forma clara y permanente: Tareas de difusión del parte diario emitido por el COE, en principio a cargo del EAPS, y luego conjuntamente con actores comunitarios. Dicha actividad se realizaba principalmente en las zonas más alejadas del centro de la ciudad.

Capacitación: Se trabajó con los medios locales de comunicación a los fines de difundir cuidados básicos de la salud mental en situaciones críticas e intentando, a su vez, destacar el rol fundamental de los mismos (radio, periódicos, etcétera) en la emergencia, ya que es innegable el poder que ejercen en relación a la percepción de la realidad. Por ello, tal como expresa la OPS (2006) la importancia de que la información que se transmite sea precisa, fácilmente entendible y actualizada, radica en su contribución a disminuir la ansiedad, generar confianza, tranquilidad y promover la estabilidad emocional de la población. De esta forma se evitan o reducen algunos de los problemas psicosociales que se producen en los incidentes críticos.

Conformación de la Red de Salud Mental Comunitaria: A partir del trabajo realizado con los integrantes del CAV (Centro de Atención a la Víctima) y personal del hospital local, se logró ampliar la modalidad de trabajo que en un principio consistía en asistencia telefónica individual, incorporando diversos actores comunitarios en tareas de prevención y promoción de la salud mental, entre ellas: acompañar la realización de mesas de gestión en algunos barrios, asegurar la llegada de la información diaria a distintos sectores, promover la elaboración social del acontecimiento disruptivo mediante encuentros, talleres y reuniones.

Recorridas comunitarias: Destinadas al relevamiento de necesidades en materia de salud mental en los distintos barrios afectados relacionadas a la búsqueda y detección de situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo en el territorio. A partir de ellas se pudo relevar diferentes necesidades en cada barrio, carencia de información, falta de agua, necesidad de luz eléctrica y dificultades ocasionadas por la caída de techos o grandes árboles, así como también personas particularmente perturbadas o aisladas que eran derivadas para su atención a la Red de Salud Mental Comunitaria.

Actividades Grupales

Se llevaron a cabo encuentros participativos con vecinos, damnificados y sus familiares, representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, referentes barriales. Los encuentros se centraron en la posibilidad de construir de forma conjunta estrategias de acción, a partir de problemáticas concretas y comunes relacionadas con el incidente crítico. La organización del espacio se daba a partir de uno o varios facilitadores que coordinaban la actividad (referente barrial e integrantes de la red de salud mental).

a. Jornadas recreativas: Con grupos de madres, niños y niñas en las que se realizaban actividades plásticas (ej: pinturas y dibujos) que permitían expresar los pensamientos y emociones (principalmente de los niños). Como ejemplo ilustrativo, se cantaban canciones propuestas por los participantes y se compartían meriendas preparadas por las madres.

b. Espacios de reflexión: Centrados en lo ocurrido en donde se compartía con integrantes de distintos equipos de trabajo las experiencias y sentires vividos en los distintos momentos del incidente crítico, las herramientas para afrontarlo y en algunos casos las perspectivas futuras. Este espacio de socialización en algunos casos se realizaba sólo mediante la circulación de la palabra, y en otros a través de la actuación o la expresión gráfica.

Actividades Individuales

Principalmente se realizó mediante entrevistas clínicas por demanda espontánea o por interconsulta de sectores intervinientes en la emergencia. Generalmente consistieron en orientación y contención psicoterapéutica y, en aquellas situaciones que lo requirieron se realizaron acompañamientos y derivaciones al efector local, fuera éste de salud o de otra área que pudiera brindar la atención requerida.

CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

Una vez finalizada la realización de las actividades planificadas, se realiza una instancia de evaluación conjunta con integrantes de la Red de Salud mental Comunitaria local. Como producto de dicho encuentro surge la necesidad de un seguimiento de la tarea y de una nueva instancia de abordaje en territorio.

ESPACIO DE REFLEXIÓN POST-INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE ABORDAJE PSICOSOCIAL

En un primer momento, al finalizar la semana de abordaje de cada grupo de intervención, se trabajó sobre las vivencias, expectativas, dificultades y objetivos alcanzados, luego de lo cual se llevaba adelante el periodo de transmisión al siguiente equipo, lo cual era una forma de procesar la experiencia. Una vez que culmina la intervención de todos los equipos se destaca la necesidad de implementar encuentros de formación en “Principios básicos de intervención en incidentes críticos” y supervisiones con un organismo externo a la DNSMyA.

EXPERIENCIA 3: “Intervención en contexto de inundaciones en la Provincia de Buenos Aires”⁶

En octubre del año 2012 se produjo en la localidad de Navarro el desborde de la laguna homónima que llevó a la anegación de aproximadamente 79 manzanas de la localidad. Alrededor de 2.500 personas se autoevacuaron y otras 500 lo hicieron posteriormente por diferentes medios y recursos que fueron ofrecidos y coordinados por las autoridades locales. Al cabo de una semana el agua se retrajo y los vecinos de esta comunidad comenzaron a retornar a sus hogares.

Al año siguiente, se produjeron enormes pérdidas humanas y materiales, ocasionadas por las inundaciones ocurridas durante el temporal del 2 y 3 de abril de 2013 en las zonas de Capital Federal, Gran Buenos Aires y La Plata.

En ambos contextos de emergencia, se solicitó el apoyo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, por parte de las respectivas autoridades locales. Por tal motivo, el Equipo de Abordaje Psicosocial prestó colaboración en el marco de las situaciones mencionadas.

A continuación se detalla la intervención realizada, denominada El Arca, que tuvo como objetivos el acompañamiento en el armado de una red de salud mental comunitaria local, la capacitación a agentes multiplicadores de la comunidad en conceptos esenciales sobre salud mental en emergencias, el cuidado de los trabajadores y la programación de actividades sociales tendientes a la elaboración de lo sucedido.

⁶Presentado en el Congreso Mundial de Salud Mental 2013 de la World Federation for Mental Health: “Interdisciplina e inclusión social como ejes de Intervención”. Panamericano Hotel Et Resort, Buenos Aires, Argentina, 26 de Agosto de 2013. (Corregido y adaptado para la presente publicación).

El Arca es una técnica de trabajo para la desactivación emocional y para el procesamiento del incidente crítico, específicamente en contexto de inundación. La misma surge del trabajo con diferentes comunidades afectadas, y ha sido utilizada tanto en equipos de trabajo como en la comunidad en general.

1. Introducción, tratamiento del problema y/o contexto de intervención

En los contextos de intervención en los cuales fue diseñada y utilizada la técnica, el momento agudo del incidente crítico se encontraba finalizado. Por tal motivo, las estrategias de abordaje estuvieron focalizadas a facilitar el proceso de elaboración del incidente. Cabe destacar que dichas estrategias sólo pueden ser llevadas a cabo en aquellas situaciones donde los trabajadores y la comunidad en general NO tienen la necesidad u obligación de actuar conforme a lo que la emergencia demande, es decir que no se encuentran afectados por lo apremiante de las primeras respuestas de afrontamiento a la crisis. Es por la finalización del incidente crítico que se puede dar comienzo a un proceso de abordaje y elaboración de lo sucedido.

Luego del incidente crítico, se evidenciaban signos tales como: cansancio intenso en los trabajadores de la emergencia, un alto y creciente nivel de excitación y ansiedad, impedimento para descansar adecuadamente y reconectarse con sus seres queridos, dificultad para retornar sus actividades cotidianas.

2. Objetivos

Como objetivo principal se planteó la restauración de la secuencia temporal interrumpida por el incidente crítico, como también la generación de condiciones para que las respuestas esperables ante una situación crítica no se cronifiquen, permaneciendo inmovibles en el tiempo.

Para ello el equipo se propuso:

- Fomentar un espacio de reflexión acerca de lo sucedido.
- Favorecer una operación de corte que permita la detención de las respuestas inerciales.
- Proponer una organización temporal donde reubicar la multiplicidad de efectos producidos a lo largo del desarrollo de la crisis, garantizando una distancia óptima con el evento crítico.
- Acompañar los espacios de debate acerca de las funciones ejercidas, las dificultades, la conflictividad en los grupos de trabajo y las pérdidas.

A su vez, el acompañamiento en el fortalecimiento de la red de salud mental local y la capacitación a agentes multiplicadores de la comunidad en conceptos esenciales sobre salud mental en emergencias, es uno de los propósitos esenciales de este equipo, cuando las condiciones así lo permitan.

3. Estrategias de intervención

Luego del proceso diagnóstico, el equipo comenzó a pensar en una dinámica que permitiera restablecer ciertas nociones de temporalidad que el evento crítico había modificado en los afectados, trabajadores o no de la emergencia.

En primera instancia, la modalidad del encuentro en sí mismo afectaba el encuadre de trabajo que venían sosteniendo al ser una propuesta de un espacio de elaboración orientado a la reflexión y no a la acción continua.

En segunda instancia, el instrumento utilizado debía establecer claramente los diferentes momentos del evento crítico para favorecer su ordenamiento. Estos eran: el momento previo a la inundación, durante la inundación, y lo más importante en este caso, el momento posterior al incidente crítico, cuando el agua ya se había retirado.

Por tal motivo, y acorde a frases, comentarios, y relatos de las personas contactadas, es que se diseñó la técnica de “El Arca”, para ser utilizada en un encuentro abierto a toda la comunidad. Podríamos caracterizar el Arca como un recurso lúdico y visual, representativo del proceso de afrontamiento del avance de las inundaciones en la localidad, referenciándose a la historia bíblica del Arca de Noé en la cual una comunidad se organiza en torno a una embarcación para preservar sus bienes y propiciar la continuidad tanto de su vida en comunidad, como también la de las especies animales.

Es una herramienta que toma fragmentos de relatos del colectivo y los traduce en una técnica de elaboración del episodio traumático. A su vez, es un instrumento que permitió al participante compartir lo sentido con otros, y conocer otros relatos del mismo hecho.

Los materiales utilizados fueron una cartulina con la imagen de una embarcación antigua (con visibles roturas e imperfecciones), sostenida por durmientes sobre un campo desértico. A esta imagen de fondo y fija en una pared se le agregará más tarde, en el segundo momento de la actividad, un recorte de cartulina celeste representando una masa de agua con olas que subirá

cubriendo casi totalmente el Arca y finalmente, en el tercer momento, bajará hasta desaparecer de la imagen de fondo.

Esta progresión graduada de las imágenes en esta dinámica nos permitió abordar:

- Un tiempo previo al incidente crítico situando a cada cual en sus actividades cotidianas y sus rutinas.
- El momento del incidente crítico, donde situar y trabajar los efectos subjetivos de la llegada y el avance del agua.
- Un presente situacional, donde el incidente crítico había cedido después de varios días de intenso trabajo, que nos permite abordar la desactivación emocional en una intervención de corte.
- Un tiempo futuro que requiere una planificación y organización para afrontar la continuidad de sus vidas.

Durante el avance de esta dinámica se trabaja en grupos y se colectan las expresiones de los participantes por medio de preguntas simples acerca de lo sucedido en los diferentes momentos. En este punto se sugiere que las preguntas inviten a expresar lo sentido, buscando conectar con los afectos, el cuerpo y las fantasías, evitando inducir respuestas excesivamente racionales o el recurso de la intelectualización como defensa que encubre los aspectos más vulnerables de las personas expuestas a un incidente crítico de éstas características. Esto se logra proponiendo un espacio de confianza que permita problematizar las posiciones asumidas vinculadas a la “subjetividad heroica” (De la Aldea & Lewkowicz, 1999), que suele estructurarse en contextos de emergencia, para dar así una circulación y un tratamiento posible a los aspectos más delicados del sufrimiento humano que deben ser abordados.

Se enumeran a continuación los distintos momentos en la implementación de la técnica:

Momento 1: Se pega la cartulina celeste sobre la cartulina donde está El Arca, ilustrando el avance/llegada del agua. La consigna es reflexionar y escribir, en pocas palabras por grupo, qué es lo que trajo el agua a esta comunidad. El objetivo es retrotraerse, situarse y sintetizar lo vivido en ese momento. Las palabras se van pegando sobre el arca, al mismo tiempo que se indaga sobre el sentido que se le otorga a cada una.

Momento 2: El agua comienza a retirarse (la cartulina celeste se baja al finalizar esta etapa). La consigna es escribir lo que el agua se llevó, o en el mejor de los casos, lo que quisiéramos que se haya ido con la inundación. Esto puede referir no sólo a los recursos materiales sino también muy conducentemente a los aspectos negativos de la conflictividad humana en los grupos expuestos a altos niveles de estrés. El objetivo es poder reflexionar sobre las pérdidas y comenzar a tomar dimensión de ello. Se propone pensar sobre los deseos de aquello que se anhela lejos, retirándose con la inundación, favoreciendo cierta recomposición subjetiva. Las palabras se van pegando sobre el arca, al mismo tiempo que se indaga sobre el sentido que se le otorga a cada una.

Momento 3: El agua se retiró completamente. La consigna es escribir qué creen que dejó el agua al retirarse de esta comunidad. Este es un punto fundamental en los casos en los que efectivamente el agua bajó, pero las acciones y respuestas siguen siendo apresuradas y desmedidas, como si la emergencia todavía estuviera presente.

En esta etapa del desarrollo de la técnica se pone de manifiesto el final del momento agudo del incidente crítico, permitiendo pensar en el saldo que arrojó la situación, pudiendo introducir una etapa posterior para problematizar y elaborar estrategias de afrontamiento.

Se recomienda emplear preguntas disparadoras tales como: “¿Qué se llevó el agua?, ¿Qué trajo?” “Respecto de la conflictividad de los grupos de trabajo, ¿Qué quisieran que el agua se lleve y no vuelva a traer?”. Una vez que han logrado resumirlo en pocas palabras, se indaga acerca de la elección y se abre la posibilidad al relato.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son altamente satisfactorios en términos cualitativos. A lo largo de la implementación de la técnica se logra comprobar cómo desciende notablemente el nivel de ansiedad de los participantes, quienes deben realizar un trabajo de implicación en cada momento por separado, así como sintetizar o resumir lo experimentado individualmente durante el incidente. Se logra con ello una elaboración y construcción colectiva de lo acontecido.

El Arca ha resultado ser una herramienta muy eficaz y eficiente. Al ser escasos los recursos que precisa para ser llevada a cabo, esta técnica es muy recomendable para desarrollarla en situaciones de emergencias y catástrofes.

Destacamos a su vez que ha sido un aprendizaje relevante la utilización de una técnica que incluya un elemento que lo ligue al hecho traumático, para lograr mayor empatía con lo que se propone realizar.

En síntesis se trata de un instrumento que permitió retomar la experiencia en pos de su elaboración, facilitando un distanciamiento con el incidente, ahora posible de ser abordado desde un punto de exterioridad. Permitted la desactivación emocional, el reordenamiento subjetivo, propiciando la continuidad de la vida cotidiana con miras a lo constructivo, a diferenciar lo urgente de lo importante.

CONCLUSIONES

Cabe mencionar que el concepto de “vulnerabilidad universal”, desarrollado por Jeffrey Mitchell (OPS, 2002), sostiene que no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas primarias sea afectada por el trastorno por estrés post-traumático (síndrome de la compasión). Las personas que realizan este tipo de trabajo (ya sea por largo tiempo o por una sola experiencia) son vulnerables por las situaciones vividas y requieren de un trabajo de desactivación emocional posterior.

La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud. Constituye un desafío ya que el desarrollo de la intersectorialidad permite una mayor eficiencia en el uso de los recursos (humanos, sociales, económicos, estructurales), a la vez que una mayor eficacia y efectividad en las acciones. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común, otorgando una respuesta más integral a las necesidades de la población, tal como se trató de evidenciar en las experiencias relacionadas.

El esquema de intervención del Equipo de Abordaje Psicosocial (EAPS) se fue constituyendo a partir del marco teórico de la salud mental comunitaria y de la sistematización de experiencias realizadas, algunas de las cuales no se han desarrollado aquí ya que exceden el marco del presente trabajo. A partir de ambas fuentes, esta herramienta se adapta y enriquece en pos de favorecer la salud mental de la población frente a incidentes críticos, abordaje que comienza en el momento agudo con el objetivo de prevenir trastornos más graves que podrían aparecer a mediano o largo plazo. Estas acciones son desarrolladas por quienes conforman la primera línea de respuesta (ej: equipos

de rescate, fuerzas de seguridad, personal de guardias sanitarias, docentes, agentes del poder judicial) por lo cual es necesario que manejen herramientas de primeros auxilios en salud mental ya que serán estos actores y no los especialistas quienes, en el territorio y al momento del incidente, darán la primer respuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bentolilla, Silvia. (2012). "Protección de la Salud Mental en Incidentes Críticos. La Red PROSAMIC: Una Red para la protección de la Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires", en Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental. Volumen XVIII, N° 2: 70-76. Julio / Septiembre 2012.

Bentolilla, Silvia (2005). "Dispositivos de Intervención de Salud Mental en Emergencias y Catástrofes. Principios Básicos de Intervención en Incidentes Críticos". Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prosamic/files/2013/05/Intervencion-Incidentes-Criticos.pdf>

Calatayud, Francisco Morales (2009). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Koyatún Editorial.

Castell Florit, Pastor. (2003). Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. La Habana: ENSAP.

De la Aldea, Elena; Lewkowicz, Ignacio. (1999). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud". Recuperado en: www.bahiapsicosocial.com.ar/biblioteca-descripcion.php?id=1328

Grupo de Referencia del IASC para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias (2010): "Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias: ¿Qué deben saber los Actores Humanitarios de Salud?". Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencias/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf

Ley Nacional de Atención Primaria de la Salud Mental N° 25.421. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/05/2001.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Ministerio de Salud de La Nación Argentina. (2010). Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Recuperado de: «<http://www.msal.gov.ar/salud-mental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>».

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en: «http://www.sssalud.gov.ar/novedades/archivos/documentos/2013-10-08_plan-nacional-salud-mental_1.pdf».

Montero, Maritza. (2012). Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Montero, Maritza. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978). Conferencia de Alma Ata. Disponible en: «<http://www.paho.org/hq/index>».

Organización Panamericana de la salud. (OPS, 2007). La renovación de la atención primaria en las Américas. Recuperado en: «http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf».

Organización Panamericana de la salud (OPS, 2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Disponible en: «http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf».

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004). Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre. Disponible en: «<http://www.paho.org/disasters/index>».

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002): Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Disponible en: «http://www.counselingamericas.org/pdf/libros/03_LibroProtecciondeSaludMental.pdf».

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud. (2008): “Dispositivos de intervención en Educación para la Salud” (Informe técnico). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Saforcada, Enrique; Cervone, Nélica; Castellá Sarriera, Jorge; Lapalma, Antonio; de Lellis, Martín (compiladores). (2007): Aportes de la Psicología Comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana, Buenos Aires: JVE ediciones.

Sitios Recomendados

«<http://www.msal.gov.ar/salud-y-desastres/>».

«<http://www.msal.gov.ar/saludmental/>».

«<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prosamic>».

«<http://ar.noticias.yahoo.com/erupcion-volcan-chileno-puyehue-causa-lluvia-cenizas-bariloche-233201376.html>».

«<http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios58.pdf>».

«<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prosamic>».

ABORDAJE PSICOSOCIAL EN VILLAS Y BARRIOS VULNERABLES¹

Autores: Lucrecia Cabrera, Daniel De Socio, Natalia Fresco.

RESUMEN

En el presente escrito se expondrán conceptos que fundamentan nuestras prácticas haciendo hincapié en lo que entendemos por dispositivo y la especificidad de las intervenciones en Salud Mental delineadas por las políticas públicas vigentes.

Con el objetivo de promover la sistematización de las experiencias que presentamos, utilizaremos el recurso del relato destacando las singularidades en juego y aquellas variables institucionales que las delimitan, formalizando en un paso ulterior los niveles de intervención priorizados.

Tomando en cuenta estas implicancias, describiremos dos experiencias realizadas en la Villa 1-11-14 perteneciente al barrio de Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, iniciadas en Noviembre de 2012 y sostenidas durante el año 2013.

Ambas experiencias se llevaron adelante en el marco del Plan “Ahí”, el cual se propone consolidar la presencia del Estado Nacional en pequeños pueblos, parajes y barrios del territorio nacional que se encuentran aislados social y/o geográficamente, promoviendo los procesos de inclusión social, la promoción de la organización y la participación comunitaria.

Para su puesta en marcha, los distintos ministerios convocados en cada territorio en particular, en conjunto con los gobiernos provinciales y locales acompañan la conformación de las Mesas de Gestión Local. En estos espacios constituidos por instituciones, organizaciones sociales, municipios y vecinos,

¹ Presentado en Congreso Mundial de Salud Mental 2013 de la World Federation for Mental Health: “Interdisciplina e inclusión social como ejes de Intervención”; Buenos Aires, Argentina, 26 de Agosto de 2013, Panamericano Hotel Et Resort. (Corregido y adaptado para la presente publicación).

la comunidad identifica las distintas problemáticas sociales para luego definir las posibles estrategias de acción y participar, junto al Estado, en la concreción de las mismas.

Palabras clave: Dispositivo, Salud Mental y Adicciones, Intersectorialidad, Comunidad.

MARCO INSTITUCIONAL

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA)² es convocada en conjunto con otras áreas de ministerios nacionales para diseñar una estrategia de intervención intersectorial en villas y barrios vulnerables, en pos de la detección y abordaje de las necesidades de los territorios, priorizando la prevención de las adicciones. Se dispone que dicha intervención sea llevada adelante por el Equipo de Abordaje Psicosocial (EAPS)³ dependiente del área de Atención Primaria de la Salud de la DNSMyA.

Cabe destacar que uno de los propósitos del área es la intervención comunitaria en salud mental a partir de la dinámica territorial propia de cada localidad, provincia o región, y la acción coordinada entre el estado nacional, provincial y municipal y las agrupaciones de la sociedad civil, recuperando los saberes de todos y todas para favorecer el desarrollo local de acciones que profundicen la organización comunitaria y la capacidad de gestión local.

MARCO CONCEPTUAL

Proponemos hablar de dispositivos de intervención psicosocial en donde el término denota la interconexión entre los procesos psicológicos y sociales implicados en la construcción y de-construcción en constante dinamismo de las prácticas, hábitos y costumbres de un colectivo dado. En este escrito, articularemos esta concepción de dispositivo con los lineamientos de las políticas públicas que enmarcan la intervención del equipo para la consolidación y ampliación de derechos y, específicamente, la protección y promoción del bienestar psicosocial y/o la prevención y tratamiento de padecimientos mentales. A partir de nuestra práctica el concepto dispositivo nos ha permitido sostener

²La DNSMyA fue creada por el Decreto 457/10, entrando en funcionamiento el 29 de abril de 2010.

³La definición del EAPS está explicitada en el artículo "Abordaje psicosocial en incidentes críticos: tres casos de intervención en el marco de emergencias sanitarias" compilado en el presente trabajo.

una lectura de las intervenciones, a los fines de acompañar los distintos momentos del proceso de participación comunitaria, revisando y redefiniendo las propias prácticas. El dispositivo utilizado es diseñado de acuerdo a la situación específica según la problemática a abordar y los objetivos de la intervención.

Esta lectura requiere asumir que nuestra presencia en estos contextos presenta la carga simbólica de “lo extranjero”⁴; por eso la importancia de acompañar la construcción de una demanda singularizada, que permita enmarcar nuestra labor técnica a la vez que relativizar las resistencias al cambio que pudiesen surgir. No obstante, es valioso tomar otro aspecto de esta exterioridad, más ligada con el rasgo de lo neutral y favorecer desde ahí un trabajo conjunto con la comunidad. Resulta imprescindible realizar un análisis de la implicación. Su reconocimiento nos posibilita revisar las relaciones de poder entramadas en cada hacer; asumiendo que toda evaluación de la demanda y las intervenciones promovidas y/o acompañadas ponen en relevancia ciertos aspectos del problema a resolver, dejando otros aspectos del mismo velados hasta que nuevas consideraciones -a menudo las reflexiones en torno a los avances y retrocesos observados- relanzan un nuevo orden de prioridades.

Los dispositivos, entendidos como aquellos “arteficios tecnológicos diseñados por nosotros mismos en las intervenciones institucionales y/o comunitarias” (Fernández, 2007), dispondrán las condiciones de visibilidad y enunciación como las de invisibilidad y no enunciación sobre una situación dada.

La intervención en Salud Mental será concebida como una construcción dialéctica:

... [Quien] pretenda trabajar en sectores sociales empobrecidos habrá de operar sobre el tríptico salud mental/ética/derechos humanos, como ruedas-engranajes del abordaje clínico. El atascamiento de uno de estos engranajes altera los otros, y la dinamización de uno cualquiera de ellos dinamiza a los demás (Ulloa, 1995).

⁴ Proponemos incluir en el análisis de la implicación la dimensión simbólica que implica el ser “extranjeros” en la escena cotidiana de las comunidades que abordamos. Esta extranjería circunscribe nuestro rol técnico y nos diferencia de los habitantes y trabajadores que guardan pertenencia y permanencia en la historia del lugar.

Consecuentemente, de acuerdo a la evaluación de la complejidad y los recursos de cada situación particular, el equipo intervendrá contando con diversas estrategias de intervención:

- Orientaciones en salud mental: Individuales, grupales y/o de familia que requieren ciertas condiciones de intimidad. Es importante señalar que estas pueden garantizarse a pesar de que no se cuente con el establecimiento de un consultorio, puesto que nos rige el secreto profesional y es a partir del pedido de consulta que se generan las condiciones mínimas para el trabajo de escucha y orientación.
- Una vez establecido el pedido de intervención por parte de aquel o aquellos que formulan el malestar, se puede considerar la realización de entrevistas en una visita domiciliaria o algún espacio barrial que disponga de cierta estabilidad temporal para hacer uso de las instalaciones, (ejemplo: una plaza, una biblioteca popular y/o el aula de alguna escuela). Cabe señalar que en caso de intervención en domicilio, ámbito privado de las personas, debe estar expresamente acordado con las mismas y que en estos casos el dispositivo requiere un equipo de, al menos, dos trabajadores de la salud.
- Contenciones psicoterapéuticas: La presencia de un equipo de salud mental en el territorio que trabaja a partir de la demanda directa, sin turnos o listas de espera, favorece el acceso de las personas en situación de crisis (ej: situaciones de violencias, estado confusional, excitación psicomotriz producto del abuso de sustancias psicoactivas), abriendo la posibilidad de orientar a los afectados y al entorno comunitario respecto de cuáles prioridades considerar en tales situaciones (ej: a quién llamar, qué información priorizar para agilizar la asistencia, qué datos pedir para facilitar la gestión administrativa de la atención). En este sentido se apunta siempre a restablecer los parámetros clínicos y emocionales de la personas, recurriendo tanto a primeros auxilios psicológicos⁵ si fuera necesario, como a activar la comunicación con la red afectiva de las personas afectadas.
- Institucionales y/o comunitarias: Es frecuente cuando acompañamos proyectos autogestivos o de organizaciones barriales pero también en escuelas -con los docentes y a veces con los alumnos- que nos soliciten habilitar algún espacio de intercambio grupal. Esto sucede en aquellos casos donde el des-

⁵ Ver trabajo sobre "Abordaje Psicosocial en Incidentes Críticos" (2013), presentado en el 2do. Congreso de Salud y Desastres: Hacia la reducción de desastres, por un futuro seguro, en la ciudad de La Habana, Cuba (Corregido y adaptado para la publicación de este libro).

gaste de la tarea cotidiana no permite evaluar los logros y replantear nuevas decisiones o estrategias. Desde este enfoque, consideramos válido propiciar espacios de encuentro donde promover intercambios, puesta en común de las dificultades pero también de las herramientas acuñadas para revitalizar las acciones, puesto que son el germen de la promoción en salud y a su vez multiplicadores de estas dinámicas de revisión colectiva de las prácticas.

De la implementación de las estrategias elaboradas en esta experiencia se rescata la flexibilidad de las intervenciones en Salud Mental pero también la constante evaluación de la tríada ética, salud mental, derechos humanos puesto que:

“(…) la articulación de la población y de los técnicos potencia los resultados deseados en el trabajo en comunidad, y ello implica maduración, esfuerzo y comprensión. Esta interacción es un proceso que puede ocurrir con más o menos obstáculos, pero favorece el desarrollo local, así como el desarrollo subjetivo de todas las personas que participan. En este sentido, si la comunidad es comprendida como ámbito de participación, eso se constituye en un espacio para el desarrollo local…” (Hernández, 1996).

OBJETIVOS GENERALES

- Proteger y promover el bienestar psicosocial de la comunidad.
- Prevenir y tratar los padecimientos mentales de los grupos vulnerables y/o afectados en los territorios priorizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el pedido inicial institucional para construir la demanda específica de cada comunidad.
- Relevar las herramientas con las que cuenta la comunidad en términos de accesibilidad a la red socio-sanitaria.
- Favorecer la articulación de la red social y comunitaria en Salud Mental.
- Fortalecer⁶ los espacios de participación comunitaria, especialmente aquellos orientados a la inclusión social y el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades (Montero, 2003).

⁶ Entendemos por fortalecimiento al proceso mediante el cual los miembros de una comunidad o un grupo desarrollan en forma conjunta capacidades y recursos para mejorar la situación en la cual se encuentran en un momento específico, actuando de manera comprometida para lograr transformar aquellas condiciones que deben ser modificadas según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos.

ACERCA DE LAS COMPLEJIDADES EN JUEGO

Experiencia en Villa 1-11-14

Esta intervención se llevó a cabo en los barrios que componen el Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.⁷

Las actividades en un comienzo consistían en participar de las reuniones convocadas por la mesa de gestión, coordinada desde el inicio por trabajadores representantes del Ministerio de Educación.

Los encuentros transcurrían en formato de asamblea en el espacio físico de escuela secundaria del Bajo Flores, E.E.M. N° 3, la escuela secundaria Media “Carlos Geniso” un bachillerato con orientación en comunicación social y comercial. Allí los diversos participantes presentaron sus inquietudes y se relevaron las problemáticas a atender.

Desde este ámbito se promovió la conformación de diferentes comisiones de trabajo con el objetivo de encausar acciones específicas para cada tema planteado como necesidad y planificar las acciones que se requiriesen para su solución.

Como trabajadores de la DNSMyA nos incluimos en las asambleas relacionadas a la Comisión de Salud y en la que participaron algunos vecinos y trabajadores de los distintos efectores de salud del barrio (CESAC 20, 33 y 19; comedores comunitarios, Centro de Día “La Otra Base del Encuentro”⁸, entre otros).

Una de las primeras acciones conjuntas fue acompañar las jornadas de vacunación que se realizaron en tres puntos distintos del barrio. Esta actividad permitió la administración de una encuesta simple sobre temas de salud mental y adicciones que aportaría datos sobre las representaciones que, en torno a estas temáticas, subyacen en una porción importante de la comunidad.

En el transcurso de las actividades implementadas, se introdujeron las siguientes modificaciones que afectaron la dinámica de trabajo y requirieron ajustar la planificación realizada:

⁷ Delimitado por las avenidas Perito Moreno, Balbastro, Varela y Castañares, en la zona sur del barrio.

⁸ El Centro de Día perteneciente al Área Programática del Hospital Piñero, recibe una población promedio de 30 personas en situación de calle cronicada y funciona en el Barrio Rivadavia I del Bajo Flores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Cambios en la coordinación del equipo en territorio.
- Incorporación de un equipo de Abordaje en Adicciones por parte del CENARESO⁹ al dispositivo interministerial.
- La rotación del personal del propio equipo por estar afectado a diversas tareas.

En función de ello, se articuló con el equipo del CENARESO y con los efectores del territorio para la conformación de un entramado intrasectorial (instituciones del sector salud). Esto nos permitió contar con una mayor distribución de psicólogos, además de la inclusión de un médico psiquiatra y una trabajadora social, lo cual favoreció el trabajo en duplas interdisciplinarias, a las que se agregarían operadores en salud, un profesor titiritero y una musicoterapeuta.

A partir de esta nueva modalidad, se sostiene la actividad de los equipos en un tráiler interministerial, permitiendo la posibilidad de asistir a las interconsultas que los trabajadores de los equipos territoriales y de otros ministerios, con base en el territorio, nos acercaban. Estos, abocados a la orientación de los vecinos respecto de las políticas específicas del organismo que representan (Justicia, Educación, Desarrollo, Trabajo, entre otros), resultan ser los que tienen un primer contacto con las problemáticas psicosociales prevalentes en la comunidad.

Asimismo, fue posible un espacio de orientación y acompañamiento en salud mental para las consultas espontáneas, demandadas por parte de los vecinos que se acercaban al tráiler, desde el cual se promovía la orientación e información sobre salud mental y los derechos de las personas en torno a la protección y atención de la misma. Se realizaban entrevistas interdisciplinarias (psicólogo/psiquiatra, psicólogo/trabajador social) y, en caso de requerir tratamiento clínico, se articulaba con otros dispositivos de la red siempre con miras al mejoramiento de los recursos existentes en la comunidad, generando mayor accesibilidad de los vecinos a ésta y evitando la superposición de recursos.

Cabe destacar que el acercamiento a la comunidad y a las problemáticas de la salud mental prioritarias funcionó como una herramienta más para favorecer la escucha y la participación en las Mesas de Gestión local, evaluando como problemáticas prevalentes el consumo problemático de sustancias (principalmente alcohol y pasta base), la violencia y la discriminación.

⁹ Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones (Ex Centro Nacional de Reeducación Social "CE.NA.RE.SO"). Por decreto 782/2013 firmado por la Presidenta de la Nación Dra. Cristina Fernández de Kirchner y la Resolución 1809/2012 firmada por el Ministro de Salud de Nación Dr. Juan Luis Manzur establecen la intervención del CE.NA.RE.SO. a partir del 1 de noviembre de 2012 y designan nuevas autoridades.

Asimismo, se articuló con un centro de día local para el abordaje de las adicciones, con el objetivo de acercar los recursos disponibles a la población que allí recibe tratamiento, en su mayoría hombres y mujeres mayores de 20 años en situación de calle.

A continuación, ilustraremos una experiencia de trabajo intersectorial de promoción de la salud mental realizada en el barrio en términos de construcción colectiva.

Talleres de títeres en el Centro de Día y participación comunitaria

La actividad de los talleres se desarrolló con frecuencia semanal, y transcurría en el intervalo entre el desayuno y el almuerzo. El “hacer tiempo” entre las comidas era lo que determinaba la asistencia al taller.

La coordinación grupal se planteó en duplas conformadas por un profesor del quehacer específico y un trabajador de la salud mental. Se proponía trabajar utilizando papel de diario, cinta de papel y las propias manos, para componer mediante una dinámica lúdica, cuerpos y gestos que se plasmaban en títeres.

En tanto propuesta tendiente a la promoción de la salud, nos planteábamos el “hacer con otros” en un espacio y tiempo determinados, que permitiera un acercamiento a la singularidad de la población abordada, no restringiéndose a la problemática del consumo.

Se planteó un espacio de reunión del equipo ampliado de trabajo, que pudo sostenerse al cierre de cada encuentro, para evaluar la actividad y planificar las acciones siguientes. Proponemos estos espacios de revisión como parte esencial para la reformulación de estrategias de intervención en el trabajo con grupos, pero también como ámbitos potenciadores de la salud mental de los trabajadores en contextos desfavorables¹⁰.

Recorte de un relato: *En el marco de una de las dinámicas del taller, “G.”(que por su padecimiento es esquiva de los espacios grupales) se presenta por segunda vez. Refiere no saber qué día es pero pide participar aunque anticipa que sólo podrá permanecer un rato porque tiene trámites que hacer. Durante su participación hace chistes y manipula los materiales con ayuda del profe-*

¹⁰ Nos referimos especialmente al cuidado de la salud mental de los trabajadores, destacando la importancia de los espacios de intercambio y revisión de las prácticas en contextos donde el abordaje de, por ejemplo: padecimientos tales como los consumos de sustancias agregados a la situación de calle, aumenta el desgaste profesional.

sor, quien la acompaña en los detalles del armado de un muñeco. Al ver casi concluido el rostro de la marioneta dice “le voy a poner flequillo porque quiero que tenga un detalle mío, no pensé que me quedara tan bien. Ahora más vale que me peine yo”.

Con el transcurrir de los encuentros, el espacio del taller se suma a la iniciativa barrial priorizada en una de las mesas de gestión que invita a la construcción colectiva de un muñeco gigante que sería quemado en la celebración tradicional del Día de San Juan.

Dicha celebración recoge el colorido de los pueblos nortños radicados en Bolivia, Jujuy y Salta, regiones de las que provienen la mayoría de los pobladores originales del barrio. Este evento busca mantener el espíritu de quemar lo malo y convocar lo bueno. En esta ocasión se celebraban los 10 años desde que los vecinos del Barrio de la Villa 1-11-14 se apropiaran de este rito como intento de tramitación de divisiones y rivalidades que mantenían a ciertos grupos excluidos de la participación ciudadana.

Bajo el lema “En el bajo Flores pasan otras cosas”, los vecinos organizaban el 10° aniversario de esta celebración eligiendo como sede para el evento, la Escuela Secundaria Media N° 3.

Como participantes de la mesa de gestión pero además como promotores de salud, desde el taller de títeres, esta invitación se planteaba como un desafío en relación a los objetivos del dispositivo, promoviendo la apertura a un espacio de participación comunitario.

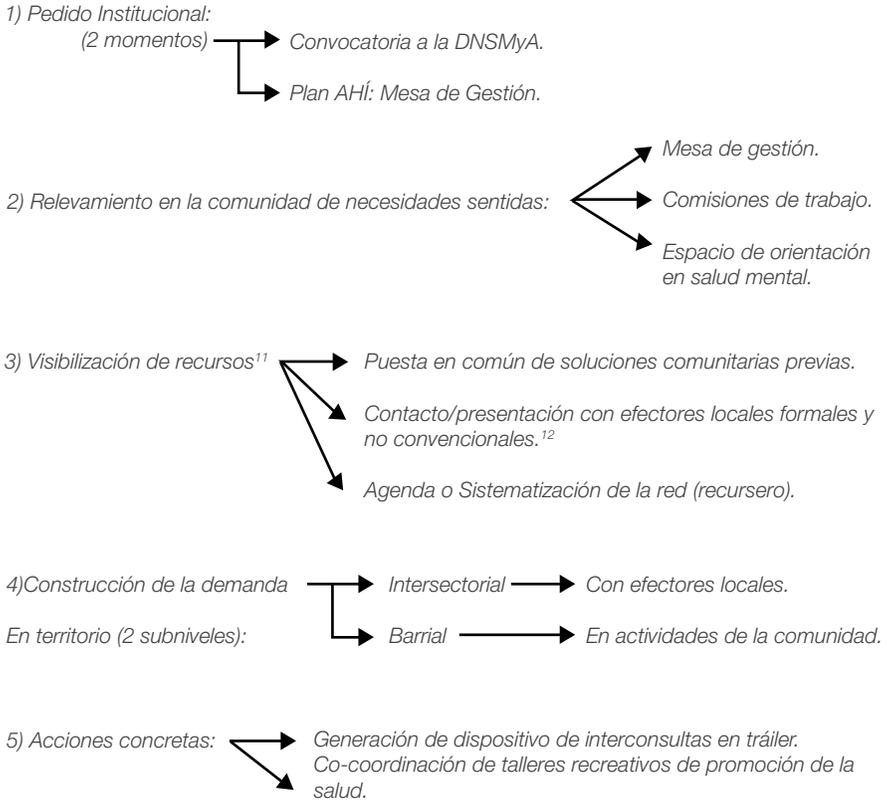
Recorte de un relato: *“L.” participa silenciosamente. Su terapeuta es quien la invita a incluirse por primera vez al grupo de esa mañana. Sobre el final del taller, “L.” es invitada a escribir un deseo que quiera pedir y aquellas cosas que quisiera que se lleve el fuego para depositar en el buzón que se preparó a tal efecto. Luego de un instante, con cara pensativa nos dice: “Yo no puedo escribir lo que pienso... ¿puedo decirlo y que alguien lo ponga?”. Su terapeuta se acerca para acompañarla en la tarea. A su regreso al grupo “L.” dirá: “No pensé que podía hablar de mis deseos, me van a hacer llorar”.*

Desde estos pequeños recortes, nos interesa destacar la intensidad que subyace a cada encuentro donde la labor no se limita al horizonte de la dimensión terapéutica, sino más bien a intervenir directamente en el ámbito de la participación y construcción del campo social, donde intercambiar intereses habilita nuevos modos de hacer y estar con otros. De este modo la consigna organiza y permite

el despliegue singular de los intereses que cada participante quiera compartir en el marco de encuentro que dispone el taller.

Momentos de la Intervención

De las experiencias relatadas, a modo de síntesis, caracterizaremos los siguientes momentos de intervención:



¹¹ La esquematización que proponemos para ilustrar los niveles de intervención en el campo de las intervenciones de salud mental en la comunidad, separa en dos instancias diferentes el relevamiento de las necesidades sentidas y la visibilización de recursos, pero esta división es sólo a los fines didácticos. En la cotidianeidad de las experiencias, el relevamiento de las primeras suele suscitar simultáneamente las respuestas exitosas, improvisadas ante los emergentes. Vale para estos últimos la legalidad de recursos, puesto que estos no son sólo de carácter material. Ver Montero, Maritza. (2012). *Hacer para Transformar. El método en Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Ed Paidós. pág. 91.

¹² Ver glosario "Plan Nacional de Salud Mental" (2013), Pág. 58; DNSMyA, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

CONCLUSIONES

Sostenemos que la Salud Mental es un campo transversal que requiere la permanente articulación de recursos y la constante revisión y desarrollo de los principios éticos que sostienen sus prácticas.

Es a partir de entender estos y otros múltiples factores, que se crean dispositivos de atención en cada intervención, los cuales tendrán en cuenta los principios básicos que mencionamos a lo largo del trabajo, sumando en consideración las voces de cada territorio y promoviendo una construcción con la comunidad en su singularidad.

De este modo, la dimensión metodológica no se plantea como un lineamiento rígido, sino como una estructura flexible basada en la complejidad de las situaciones y de las estrategias de intervención que puedan ser construidas. Por lo tanto, podemos plantear a priori que nuestro objeto de intervención es “la comunidad y los procesos y relaciones que en ella se producen” (Montero, 2006), los efectos en las subjetividades que la componen y el que se vean influidas por ésta pero que, simultáneamente, la construyen y determinan.

Consideramos importante, en tanto equipo de salud mental, tener presentes las siguientes premisas:

- Poder reflexionar sobre las condiciones históricas de creación de las formaciones sociales;
- Poder pensar una transformación dialéctica del presente, para lo cual es fundamental la participación comunitaria y la creatividad;
- Poder interrogar los valores y prácticas propias y del otro, o sea, el rol profesional;
- Revisar y redefinir los constructos académicos aprendidos a la luz de la propia práctica;
- Generar instancias de evaluación y reformulación de las intervenciones en el marco de una planificación estratégica, promoviendo la sistematización.
- Considerar el enfoque de derechos como intrínseco a las intervenciones en Salud Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aniyar de Castro, Lola. (1987). Conocimiento y orden social: Criminología como legitimación y Criminología de la liberación. Maracaibo: Editorial de la Universidad de Zulia.
- Calatayud, Francisco Morales. (2009). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Ed. Koyatún (serie psicosocial 3).
- Canguilhem, G. y Cols. (1988). Michel Foucault, Filósofo. Ed. GEDISA. Barcelona.
- Cohen, Hugo. (2009). Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los Estándares Internacionales. Capítulo: "La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en la región de las Américas". Buenos Aires: OPS.
- Di Nella, Yago. (2010). Dispositivos congelados. Psicopolítica de la formación en Psicología: Construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de derechos. Buenos Aires: Ed. Koyatún (serie psicopolítica 4).
- Domínguez Lostaló, Juan Carlos y Di Nella, Yago. (2007). ¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad. Buenos Aires: Ed. Koyatún (serie psicojurídica 1).
- Domínguez Lostaló, Juan Carlos (Di Nella, Yago Comp.). (2009). Desarrollo Humano en Comunidades Vulnerables. El método de la clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial. Programa de Trabajo Comunal Universitario (1995-2002). Buenos Aires: Ed. Koyatún (serie psicosocial 1).
- Domínguez Lostaló, Juan Carlos (2000). "Treinta años de práctica profesional de psicólogo". Primeras jornadas sobre formación universitaria, 1989, en Revista No-Temas N° 1 (Pág. 100-116). Cátedra de Psicología Forense. Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación U.N.L.P. Buenos Aires: Ediciones Cuadernos del Caleuche.
- Fernández, Ana. (2007). "De los modos de subjetivación a la producción de subjetividad", en Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y subjetividades. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- Foucault, Michel. (1993). Las Palabras y las cosas. Madrid: Siglo XXI editores.
- Hernández, E. (1996). "La comunidad como ámbito de participación. Un espacio para el desarrollo local"; en Montero, Maritza. Participación: ámbitos, retos y perspectivas. Caracas, CESAP.
- Lareo, Marina. (2008). "Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud"; en Barten, et al. La inequidad en salud. Hacia un abordaje integral. Buenos Aires: IIED-AL.

Leal Rubio, José y Escudero Nafs, Antonio. (2006). "La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental", en Revista AEN Madrid: (ISBN: 84-95287-30-7).

Ley de Atención Primaria de la Salud Mental N° 25.421 (2001). Publicado en el Boletín Oficial el día 03/05/2001.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Menéndez, Eduardo L. (1992). "Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible", en La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para un debate. OPS. Publicación científica 540. Washington DC. Disponible en «<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf>».

Ministerio de Salud de La Nación Argentina. (2010): "Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental". Recuperado en «<http://www.msal.gov.ar/salud-mental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>».

Montero, Maritza. (2012). Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Oszlak, Oscar. (2011). "Estado, Planificación y Burocracia: Los Procesos de implementación de Políticas Públicas en algunas experiencias Latinoamericanas". (Material de Asignatura "Intervención en la Salud Mental con enfoque territorial", en Programa de actualización en determinantes de la Salud Mental en el campo de las Ciencias Sociales - Buenos Aires: FSOC/UBA.

Oszlak, Oscar; O'Donnell, Guillermo. (1976). Estado y Políticas Estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: Doc. CEDES/G.E.CLACSO/No.4.

Plan Nacional de Salud Mental. (2013). Recuperado en: «http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio/pdf_tsocial/2013-10-08_plan-nacional-salud-mental_1.pdf».

Revista Transversales (2011): "Transversales. Política, Deseo, Subjetividad". Buenos Aires: Ed. Colectivo de trabajo Transversales, Año 1, Número 1.

Saforcada, Enrique; Castellá Sarriera, Jorge (comp.). (2008). Enfoques conceptuales y técnicos en Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós (Tramas Sociales 48).

Saforcada, Enrique; Cervone, Néilda; Castellá Sarriera, Jorge; Lapalma, Antonio; De Lellis, Martín (comp.). (2007). Aportes de la Psicología Comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Ulloa, Fernando. (1995). Novela Clínica Psicoanalítica. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Sitios Recomendados

«<http://www.desarrollosocial.gob.ar/planahi/157>».

«<http://www.msal.gov.ar/saludmental/>».

«<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/377-hospital-nacional-de-salud-mental-y-adicciones-cenareso>».

EQUIPOS MÓVILES EN SALUD MENTAL

Autores: Daniel De Socio, Maximiliano Giménez, Yanina Herrero, María Micelotta, Víctor Guillermo Alfieri.

RESUMEN

El propósito de este trabajo es sistematizar algunas experiencias realizadas en el marco de dispositivos sanitarios móviles del Ministerio de Salud de la Nación, en diversos lugares de la República Argentina. Los dispositivos considerados incluyen: Tren de Desarrollo Social y Sanitario “Dr. Ramón Carrillo”¹; Programa Nacional de Equidad Sanitaria Territorial–Unidades Sanitarias Móviles² y Plan AHÍ³. Las experiencias sistematizadas hacen referencia a actividades de carácter asistencial, preventivo y de promoción de la salud, atinentes a los niveles individual, grupal, institucional y comunitario, desarrolladas en territorio por los equipos de Salud Mental de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en coordinación con las distintas áreas de los dispositivos mencionados, así como con efectores locales.

La sistematización de las experiencias está orientada a servir como insumo para la reflexión crítica de las prácticas, teniendo como referencia la implementación del Plan Nacional de Salud Mental, que plantea como desafíos las siguientes transformaciones: a) Del encierro a la integración social; b) Del saber hegemónico al abordaje plural; c) Del menosprecio a la ciudadanía.

Palabras clave: Dispositivos Móviles, Salud Mental, Intersectorialidad, Actividad Territorial, Plan Nacional.

¹ *Iniciativa conjunta de los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud de la Nación de la que también participa el Ministerio de Planificación Federal.*

² *Perteneciente a la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.*

³ *Programa puesto en marcha por los distintos Ministerios que componen el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, que en conjunto con los gobiernos provinciales y locales acompañan la conformación de las Mesas de Gestión Local.*

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones que se reseñan en estas líneas fueron llevadas a cabo por el Equipo de Abordaje Psicosocial (EAPS)⁴, correspondiente al área de Atención Primaria de la Salud (APS) de la DNSMyA.

El Tren de Desarrollo Social y Sanitario funciona en permanente comunicación con el nivel central. Sus funciones, a cargo de un equipo interdisciplinario, se desarrollan en tres grandes áreas de trabajo:

- De desarrollo, asesoramiento, asistencia técnica y gestión / transferencia de recursos. El tren promueve el fortalecimiento de proyectos socio productivos de los diversos sectores mediante el suministro de herramientas, máquinas e insumos; gestiona y agiliza trámites de pensiones no contributivas a mayores de 70 años, discapacitados y a madres con 7 o más hijos; e interviene en situaciones de emergencia social a través de la provisión de materiales, bienes e insumos.

- Atención primaria y promoción de la salud mediante un servicio conformado por profesionales de la salud a bordo, especializados en Clínica, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Nutrición, Oftalmología, Odontología, Bioquímica, Radiología, Enfermería, Salud Mental; y mediante talleres participativos de salud buco-dental, salud sexual y reproductiva, promoción de la lactancia y enfermedades prevalentes en las comunidades, consumo problemático y violencias, entre otros. Las acciones y prestaciones se articulan con las autoridades locales de salud, hospitales y salas de primeros auxilios, de acuerdo a las necesidades de cada caso. Asimismo, la formación cuenta con un laboratorio de análisis clínicos, laboratorio óptico móvil, sala de rayos X y servicio de farmacia.

- Intercambio cultural y artístico por medio de actividades educativas, deportivas y recreativas en las que intervienen actores locales, organismos gubernamentales, no gubernamentales y de derechos humanos. Entre las iniciativas que se llevan adelante se destacan la Biblioteca sobre Rieles (organizada por la Biblioteca Nacional), que acerca libros, exposiciones fotográficas y narración de cuentos; el Cine Móvil y la realización de espectáculos culturales, como obras de teatro y talleres de títeres⁵.

⁴ La definición del EAPS está explicitada en el artículo "Abordaje psicosocial en incidentes críticos: tres casos de intervención en el marco de emergencias sanitarias" compilado en el presente trabajo.

⁵ «<http://www.desarrollosocial.gob.ar/tren/158>».

Asimismo, el Programa Nacional de Equidad Sanitaria Territorial – Unidades Sanitarias Móviles se orienta a reforzar las instituciones de primer nivel de atención sanitaria provincial y municipal, a través de la prestación complementaria -a los servicios y programas existentes- que se realiza en las unidades sanitarias móviles integradas por equipos de profesionales de la salud de diferentes especialidades (Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología, Enfermería, Oftalmología, Laboratorio Óptico, Laboratorio de Análisis Clínicos, Odontología, Prótesis dental, Diagnóstico por imágenes, Banco de Sangre, Hemodonación, Salud Mental, y otras especialidades). Este programa, para garantizar una cobertura nacional, posee una base central y dos sedes regionales ubicadas en el NEA y el NOA. Cuenta con 36 unidades móviles sanitarias, diseñadas y abastecidas con equipamientos de alta tecnología médica.⁶

El Plan AHÍ consolida la presencia del Estado Nacional en pequeños pueblos, parajes y barrios del territorio nacional que se encuentran aislados social y/o geográficamente, promoviendo los procesos de inclusión social, la promoción de la organización y participación comunitaria. En estos espacios constituidos por instituciones, organizaciones sociales, municipios y vecinos, la comunidad identifica las distintas problemáticas sociales para luego definir las posibles estrategias de acción y participar junto al Estado en la concreción de las mismas.

Los dispositivos sanitarios móviles permanecen habitualmente una semana en cada localidad, pero dependiendo de las características del operativo sanitario la duración de la intervención puede ser menor o mayor.

Para dicho programa, se designan dos profesionales del EAPS, que conforman duplas de trabajadores de la salud mental (Psicólogo/a, Psicólogo Social, Prof. de Educación Física, Trabajadora Social) que trabajan en articulación interdisciplinaria con los otros integrantes del operativo sanitario.

En las experiencias presentadas, el desafío que se nos propone cada vez es construir, en un tiempo acotado (una semana como máximo), una estrategia de intervención en Salud Mental que tenga en cuenta la singularidad de una comunidad determinada, sus necesidades sentidas, sus representaciones sociales, los recursos locales (convencionales y no convencionales)⁷ y su posibilidad de

⁶ «<https://www.facebook.com/pages/Programa-Nacional-de-Equidad-Sanitaria-Territorial/501962036507073?id=501962036507073&sk=info>».

⁷ Ver glosario "Plan Nacional de Salud Mental" (2013), Pág. 58; DNSMyA, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

articulación, la participación comunitaria y la restitución de derechos.

Se destaca que las acciones desarrolladas por el equipo están enmarcadas en el Plan Nacional de Salud Mental, cuyo propósito es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de la población y el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental y disminuir la brecha entre la necesidad y el acceso de la población a la red de servicios de salud mental, basándose en un modelo de abordaje comunitario.

La articulación intersectorial es una estrategia imprescindible para el logro de dicho propósito. Tal como se formula en la Carta de Otawa sobre la Promoción de la salud:

“El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos” (Carta de Otawa, 1986).

Para tal fin, reseñaremos brevemente tres experiencias de intervención, que abordan respectivamente los niveles individual, grupal e institucional-comunitario.

TRES EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN BREVE:

Tren de Desarrollo Social y Sanitario – Provincia de Buenos Aires⁸:



A raíz de una interconsulta dirigida al Equipo de Salud Mental por parte del área de asesoramiento, asistencia técnica y gestión de recursos sociales del Tren, entrevistamos a una señora mayor muy angustiada -incentivada para la consulta por una de sus hijas, la cual expresó preocupación por su madre- que manifestaba la intención de quitarse la vida, habiendo intentado suicidarse muchos años atrás ante la muerte de una hija. Por tal motivo, se la invitó a hablar sobre lo que le acontecía, respetando sus tiempos y brindándole un trato respetuoso y receptivo. La señora refería disminución del apetito y podía apreciarse cierto descuido personal; asimismo, mencionaba encontrarse sin trabajo, ya que había abandonado su último empleo cuando su jefe intentó abusar de ella.

A colación de esto, recordamos lo que circulaba como representación por esa zona: “una alta tasa de suicidio en adolescentes y en adultos mayores”, que sin contar con datos estadísticos que lo avalaran, era lo percibido -y temido- por la comunidad. Nos interrogamos cómo intervenir, siendo que la consulta emerge el día previo a la retirada del Tren.

Considerando los aspectos vinculares y en particular la red de apoyo socio-familiar que pudimos indagar, apuntamos a que la señora lograra un acerca-

⁸ «<http://www.desarrollosocial.gob.ar/tren/158>».

miento orientado a la comprensión de su circunstancia actual y el motivo que desencadenó su estado crítico, rescatando los aspectos sanos y tendiendo a promover su posterior autonomía y autovalimiento. De esta forma, se consensuaron estrategias en base a las propuestas que hiciera y a lo que podría brindar el efector local⁹.

Luego, se orientó a la hija sugiriendo pautas e indicaciones para el acompañamiento durante este período hasta tanto pudiera revertirse su situación crítica.

Nos contactamos con el efector local a través de la jefa de Salud Mental del Hospital General, con quien nos habíamos reunido previamente en el marco del relevamiento comunitario local para la articulación de estrategias a seguir.

Nos comunicarnos con la consultante para efectuar la derivación al Servicio de Salud Mental del Hospital. Le informamos que “la estarían esperando” para la primer entrevista. Madre e hija se mostraron muy agradecidas con nuestra mínima intervención.

Para realizar el seguimiento posterior de la intervención, a la semana siguiente, desde el nivel central nos contactamos con la jefa del Servicio de Salud mental del Hospital, quien confirmó que la señora había concurrido a la entrevista. Asimismo, nos comunicamos con la señora quien refirió haber recibido una atención muy satisfactoria en el Hospital, sorprendida de “cómo cambió la atención ahí...”, y que iba a concurrir a las sesiones de psicología, mencionando además que tenía como proyecto armar un emprendimiento laboral en su casa con su madre muy mayor.

A fin de realizar una caracterización contextual del caso bajo análisis, se obtuvo información a través de entrevistas realizadas a informantes (ej: autoridades locales). El pueblo en el que residía la consultante era principalmente agrícola y había escasas posibilidades de organizar proyectos personales por fuera de las actividades agrarias, sobre todo para adultos mayores y adolescentes.

En este caso, puede decirse que el equipo funcionó como facilitador del acceso a un servicio, por un lado, y del ejercicio de un derecho, por otro. En ese sentido, similar a la tarea que puede realizar un efector de salud del primer nivel, derivando a la paciente a consultorios externos para un tratamiento ambulatorio.

⁹ *Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2013), Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.*

Dicho abordaje requiere el previo conocimiento de la red local. Es importante subrayar que en cada semana de comisión el equipo realiza un diagnóstico situacional-operativo, que toma la forma de un cronograma de actividades. Los insumos de este diagnóstico son las necesidades y recursos identificados en las primeras reuniones con referentes institucionales, el contacto con los efectores de salud y salud mental local, las entrevistas con miembros clave de la comunidad, y también reportes de nuestros compañeros médicos, técnicos, administrativos.

Unidades Sanitarias Móviles – Provincia de La Rioja

Esta intervención se desarrolló en una localidad de los Llanos del Sur de la provincia de La Rioja. Se realizó un relevamiento comunitario e institucional y se mantuvieron reuniones con referentes comunitarios: Coordinadores del Polideportivo, coordinadores del Programa Juventud y Deporte, autoridades escolares del Municipio y vecinos. En ellas, manifiestan su preocupación por los adolescentes, refiriendo situaciones de consumo de sustancias y algunos casos de suicidio.

Como estrategia de trabajo conjunta con dichos referentes, se realizó un Encuentro Participativo en el Polideportivo Municipal. Acudieron la Directora de la Escuela Provincial y del Centro Cultural, el Coordinador del Programa Juventud y Adolescencia, la psicóloga social de la Comisaría de la Mujer, la coordinadora y trabajadores de Desarrollo Social del Municipio y algunos vecinos.

Desde lo metodológico, se planificó una dinámica de taller con diferentes momentos:

- Caldeamiento, para generar un clima de confianza y un buen ambiente de trabajo. Se utiliza una técnica de presentación y animación para desarrollar la participación al máximo y crear un ambiente fraterno. Como se trataba de gente que se conocía, la propuesta consistió en guiarlos para ir saludándose con diferentes partes del cuerpo al ritmo de la música.
- Resolución de la primer consigna: “que cada actor, como representante de determinada institución o área de la comunidad, represente mediante un dibujo su función para con los adolescentes y luego la socialice en el espacio del plenario”.
- Plenario: cada participante muestra su producción gráfica, explicando lo que con ella quiso representar. A partir de este momento se pudo reflexionar y socializar colectivamente las representaciones y funciones reales de los efectores locales.

• Resolución de la segunda consigna: se propuso a los participantes, en función de lo que había ido surgiendo en el plenario anterior: “¿De qué modo se podría armar una red para los jóvenes a partir de las funciones mencionadas?”.

De este modo se planteó la planificación de un campamento para el joven y la familia, porque concluían que una de las causas de estas problemáticas adolescentes planteadas al inicio era la dificultad en el vínculo del joven y el adulto.

Es así que, en un espacio muy acotado en el tiempo, se pudo pensar en qué lugar se realizaría dicho evento, con qué actividades, qué actores cumplirían cada función, incluso lograron visualizarse en la actividad a desarrollar.

Se enfatizó la importancia de partir de las necesidades sentidas de la comunidad, planificar intervenciones acordes a la causa del conflicto, visibilizar los recursos comunitarios y poder utilizarlos en consecuencia. Se hizo referencia a las redes comunitarias, en tanto son las que se hallan presentes en los procesos de organización comunal. “Las mismas se caracterizan por ser un entramado complejo de relaciones, conformadas por diversidad de actores, entre los cuales se da un movimiento e intercambio constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas, de una comunidad en un contexto particular” (Montero, 2006: 182).

Hacia el final del encuentro, pudieron establecer una nueva fecha de reunión para continuar implementando el proyecto. Esto evidencia la promoción de la autogestión en la intervención ya que se abre la posibilidad de continuar con este modo de trabajo, aun cuando el equipo de salud mental se haya retirado. Es decir, al producir y controlar las circunstancias y los cambios en su comunidad, es que dichos cambios ya no son señalados desde fuera por expertos o profesionales, sino que los sujetos se transforman en actores sociales constructores de su propia realidad y del mejoramiento de su calidad de vida. Aquí radica la importancia de promover la autogestión en un abordaje de salud, que la comunidad pueda apropiarse de sus recursos, conocer sus obstáculos, crear herramientas para la solución de los problemas que la afecta.

Las consignas propuestas en la experiencia de La Rioja nos dan una clave posible de reflexión: en ellas se procura trabajar con “las representaciones y funciones” de los participantes, “y a partir de la singularidad de lo producido”,

la elaboración conjunta de una acción posible. Según Oesterheld, "... no hay héroe sino colectivo..."¹⁰.

“Plan AHÍ” – Provincia de Jujuy¹¹:



¹⁰ Oesterheld, Héctor: "Álbum recopilatorio de El Eternauta", en «http://es.wikiquote.org/wiki/El_Eternauta».

¹¹ «<http://www.desarrollosocial.gob.ar/planahi/157>»

La tercera experiencia transcurre en pequeñas localidades rurales de la región de las Yungas. Allí, nuestra tarea diagnóstica se realizó en conjunto con los referentes locales de los sectores de educación, y/o referentes barriales, para articular acciones de promoción, prevención y asistencia. Se realizó una primera reunión interinstitucional en el Centro Integrador Comunitario (CIC), con referentes de diferentes localidades, representantes del CIC, del Centro de Referencia (CDR) de la ciudad cabecera, concejales, administrativas y docentes de escuelas y el comisario de una de las localidades.

A lo largo de la semana y a partir de entrevistas, talleres y encuentros participativos con representantes de la comunidad e instituciones, se relevaron problemáticas sentidas tales como: dificultades para la elaboración de proyectos de vida, (principalmente para los adolescentes), la salud sexual y reproductiva, el consumo problemático de alcohol y sus consecuencias, los distintos tipos de violencias y el suicidio adolescente.

En las localidades visitadas se observó cierto grado de desarrollo en prácticas de base comunitaria. El equipo, en conjunto con los referentes barriales, organiza un encuentro de promoción de la salud abierto a la comunidad en general, ya que se evaluó oportuno fomentar y acompañar el interés por participar de varios jóvenes. Fueron ellos quienes, en el encuentro realizado en el Club Social y Deportivo de la localidad, pudieron transmitir a los adultos parte de los conocimientos adquiridos en la escuela acerca del tema “salud sexual y reproductiva”, los cuales fueron escuchados como novedosos por muchos de los presentes.

A su vez en los talleres sobre “problemática adolescente”, se invitó a cinco de los alumnos a participar de una jornada institucional de trabajo con la comunidad educativa del distrito, para construir estrategias de intervención y promoción de la salud en conjunto con los docentes, acción que finalizó con la inclusión de jóvenes en las mesas de gestión de sus localidades.

A partir de dichos espacios de participación tomamos contacto con jóvenes interesados en la prevención y promoción en salud mental, quienes a modo de agentes multiplicadores en la comunidad darían continuidad a dicha tarea. Antes de concluir la comisión se organizó una reunión con ellos, en donde se les proporcionó material educativo (maletines y folletería sobre sexualidad, y enfermedades de transmisión sexual, material sobre la prevención del suicidio adolescente, el consumo responsable de alcohol) y se brindó orientación para continuar generando talleres o encuentros de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, quedando referenciados para cualquier tipo de consulta

o comentario. Asimismo, contactamos a los jóvenes para la continuidad del trabajo con referentes del CIC.

A la luz de esta experiencia pueden reconocerse modalidades de participación de la comunidad, en pos de la preocupación común por los jóvenes. Frente a esta situación el equipo solamente convocó al encuentro y se propuso trabajar en torno a la desestigmatización de dichos jóvenes a partir de problematizar sobre qué variedad de actividades contaban, qué lugares de inserción reconocían, así como poder visibilizar cuáles eran las costumbres de los adultos de esa comunidad, qué lugar ocupaban y cuál era su accionar.

En función de ello es que pudo pensarse la importancia de la inclusión de los jóvenes en actividades de su interés, que fueran escuchados y valorados los aportes que podían ofrecer. De esta forma, tras un breve acompañamiento, algunos de ellos pudieron interiorizarse acerca de las tareas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, para difundir entre sus pares.

En este punto planteamos la diferencia entre una lógica asistencialista y otra de autogestión. En el asistencialismo son los actores externos a la comunidad (ej: instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, técnicos, profesionales) quienes deciden cuáles son los problemas a resolver, cuándo, cómo, por qué, para qué y quiénes lo llevarán a cabo. “Este modelo suele ser paternalista y en nuestros países se ha prestado al desarrollo del clientelismo político, responsable de acciones espasmódicas en períodos pre-electorales que favorecen a ciertos sectores de la población y fomentan la pasividad ciudadana y la creencia en un Estado benefactor del cual todo se debe esperar y al cual nada se debe reclamar” (Montero, 1993).

A diferencia de ello, desde la perspectiva de la autogestión, trascender el tiempo acotado de una intervención pasa por dinamizar la capacidad efectivamente existente, jerarquizando y promoviendo el saber de la comunidad con la que se trabaja y los recursos presentes en ella.

CONCLUSIONES

Creemos fundamental posicionarnos, desde un acompañamiento técnico, como facilitadores de los procesos comunitarios. Es decir, a partir de un primer diagnóstico conjunto de aquellos procesos comunitarios construimos el dispositivo de intervención con las personas de la comunidad, el cual se propone reformular, fortalecer o crear posibles respuestas a las necesidades sentidas. Tales respuestas deben reorientarse hacia la promoción de derechos y la posi-

bilidad de construir, conjuntamente, herramientas que promuevan el fortalecimiento de las personas, los grupos y la comunidad (Montero, M. 2006).

Si bien como resultado parcial de cada operativo se realiza un mapeo de la red socio-sanitaria permitiendo así una permanente actualización, es un desafío pendiente generar indicadores de evaluación a corto plazo, acordes al Plan Nacional de Salud Mental.

ANEXO: CASO CLÍNICO

Autor: Victor Guillermo Alfieri.

RESUMEN

La experiencia que se relatará a continuación tuvo lugar en el contexto de intervención del equipo de abordaje psicosocial de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) dentro del dispositivo del Tren de Desarrollo Social y Sanitario de la Nación.

La intervención clínica que compartiremos se incluye en una de las múltiples funciones y roles asignados a este equipo territorial. En lo que respecta al presente trabajo se intentará ilustrar por medio de la metodología de casos, el abordaje de una situación familiar muy compleja que demandó al equipo una respuesta desde la clínica psicológica en el consultorio del tren. Esta experiencia nos aporta una lectura posible de los modelos de intervenciones territoriales breves y su condición de posibilidad cuando se ponen en valor todas las variables, posibilidades y oportunidades del contexto.

El establecimiento del encuadre, acotado a la única semana de estadía en la localidad, formó parte sustancial al momento de tomar la situación y diseñar estrategias de intervención en un tiempo breve de trabajo en comisión.

La situación familiar que se presenta en demanda espontánea incluye un episodio traumático en el cual fallece una niña de cuatro años, dejando a su mamá y a su tía en una suspensión temporal del proceso de duelo. A esto se agrega un niño de seis años, hermano de la víctima y sobreviviente de la tragedia quien, si bien presentaba mayores recursos simbólicos de afrontamiento, quedaba ubicado en una posición de testigo de la tragedia y hacia quien se le dirigían demandas e interpelaciones por parte de sus familiares.

OBJETIVOS GENERALES

- Garantizar el acceso a un servicio de salud mental en el territorio, con especial énfasis en la población infanto juvenil.
- Promover un espacio para el abordaje de esta situación traumática fortaleciendo los vínculos familiares y articulando con los efectores locales en los casos requeridos para la derivación.
- Fomentar un trabajo clínico desde un encuadre pautado de acuerdo al tiempo de intervención del equipo territorial, sin descuidar la especificidad de la técnica desarrollada en contextos de mayor permanencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la configuración vincular en la presentación de esta familia después del incidente crítico para trazar las primeras líneas de intervención.
- Propiciar una transferencia que permita al equipo, como punto de exterioridad en esta comunidad, realizar y proponer intervenciones de organización y corte en los efectos perjudiciales de la demanda masiva que los adultos responsables dirijan al niño.
- Facilitar un espacio para la elaboración y expresión de los procesos subjetivos infantiles mediante el juego como técnica.
- Acompañarlos de los movimientos simbólicos y el armado de interioridad necesario en los procesos de duelo de la madre y el niño.

VIÑETA

La mamá se acercó al equipo de salud mental por demanda espontánea consultando por su hijo sobreviviente de un incendio en un automóvil junto a su hermanita y su primo. En la hora y cuarto que duró su consulta escuchamos:

-Hace ocho meses mi nena murió quemada... se incendió el auto donde estaba jugando con su primito... parece que saltaron jugando y algunos cables hicieron corto circuito... estaban encerrados adentro... cuando se dieron cuenta mi ex marido y su mujer actual

ya era tarde... la sacaron prendida fuego... mi nene Marcos vio todo... fue él quien le estiró la mano para ayudarla y no pudo... se quedó con todo eso... me dijo que estaba pelada... con la cara derretida... dos agujeros donde van los ojos... está mal... lloramos todos los días... vamos al cementerio... me pregunta por qué le pasó esto a su hermana... ¿dónde está Mica mamá?... los médicos me dijeron que si quedaba viva había que cortarle los brazos y las piernas... ya estaba sorda ciega y muda... lo último que dijo dicen que fue "mamá voy a estar bien"... yo la vi toda entubada con la cara llena de crema blanca y me desmayé... no me acuerdo de nada... por eso le pregunto mucho a Marcos... él es el único que vio todo y a mí me intriga saber cómo murió... pero sé que le hago mal... que él no quiere hablar... tiene fotos de ella en su pieza... le prende una velita... le rezamos siempre... creemos que ella nos concede deseos... nos cuida...

Esa misma tarde se acerca al tren su hermana, madre del otro niño que estuvo en el accidente, haciendo pasar por otros su angustia y los efectos discursivos de la culpa del sobreviviente.

La escucha en este caso estaba orientada desde el silencio, a la espera de lo que debía expulsarse, armar ese espacio donde acopiar con esfuerzo silencioso los textos del dolor y del horror, esas frases que solo ahí pueden ser retenidas, pacificando momentáneamente a través del discurso, el alma de una madre que habla de la muerte de su hija. Como función terapéutica se acompañó el armado del relato sobre lo sucedido, la dificultad de esta tarea frente a la fuerza del horror en una muerte como ésta, que rompe cualquier tejido racional, científico, religioso o místico. Y como Marcos, el niño testigo que sabe pero al mismo tiempo continúa preguntando, se escucha cómo esta mamá vuelve una y otra vez a la pregunta atemporal, inicial: ¿Por qué le paso esto a Mica? ¿Dónde está?

Se apuntó a apaciguar el nivel de exigencia de una madre que vive su vida como una muerta pasiva, castigándose con todo el peso mortífero de la culpa. Así, logramos entre los tres que allí estábamos recuperar algo del lenguaje desafectado de la angustia, una gramática que le permita comenzar a "hablar" de lo sucedido y sobre todo de Marcos y la posibilidad de realizar una consulta:

-Una vez lo llevé a la psicóloga del pueblo, una de las tres que hay acá... pero ni bien lo vio la primera vez le preguntó: ¿Cómo estás? ¿Qué le pasó a tu hermanita, me querés contar? Él le dijo ¡que te importa!, se enojó mucho y no quiso hablarle más ni volver a verla. Hace poco la encontramos en la verdulería y Marcos le gritó ¡qué mirás vieja chusma!

Durante los dos días que siguieron vimos a esta mamá deambular por el tren con sus otros hijos en busca de turnos para la atención de las otras especialidades ofrecidas en este dispositivo sanitario. Estos cruces contingentes nos permitían saludarnos y hacer de aquel primer encuentro estremecedor otra cosa, algo del orden de lo cotidiano, pacificando la intensidad de los vínculos necesarios para continuar el trabajo iniciado. Devolvíamos algo de lo cotidiano que hacía posible volver a hablar de lo sucedido, poder movilizarlo y dejarlo un poco de lado para ofrecer un espacio a Marcos que finalmente un día apareció con su mamá.

-¡Hola Guillermo! ¡Él es Marcos! ¡Mirá Marcos, él es Guillermo el psicólogo del que te hable!

-Hola Marcos, ¿cómo estás amigo? ¡Che querés conocer el tren un día? Avisame y entramos, pero ahora no puedo... nos estamos yendo a dar un taller a una escuela así que si querés venite más tarde con tu mamá y vemos si podemos subir...

El niño me miró desinteresadamente y corrió la mirada evasivamente buscando quedar afuera de la escena.

Esa tarde golpean la puerta y aparece finalmente Marcos, allí adentro del tren, mirándome fijo con la actitud de un niño que no se asusta ni se conmueve con nada más. Siendo apenas un chiquito de seis años.

ACTIVIDADES/ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las herramientas de intervención fue el dibujo como técnica proyectiva. Durante el primer encuentro dispusimos de una hora y media para dibujar, cada uno con su hoja. Fueron pocas palabras pero Marcos manifestó gran interés hacia mi producción gráfica.

M -Quiero hacer un tren ¿me ayudás?

G -Dale, como no...- Le respondo entusiasmado.

G -¿Qué tipo de tren querés hacer?

M -Uno como éste... a mí no me sale...

G -Bueno, pero mirá que yo voy a dibujar mi tren y vos si querés lo copias... pero va a ser tu tren...van a ser parecidos pero no van a ser el mismo. Yo voy a tener mi tren y vos el tuyo... ¿Te parece?

Momentos más tarde el niño había logrado con un poco de préstamo, reproducir en su hoja la forma del tren que yo había ensayado y plasmado en la mía, pudiendo armar algo parecido en otra superficie, su propia superficie psíquica. Dentro de su tren de dos vagones viajaban dos caballos blancos. El mío mostraba notablemente mayor capacidad de transporte frente a lo cual él mismo me ayudó en la elección de los afortunados pasajeros.

Viajaban allí mi tío Chocho, y frente a su pregunta interesada por saber si tenía hermanos o no, no me resistí en agregar a mi hermano Sergio, mi hermana Vanina, y de paso a mi fallecida perra Lita, Ricardo Fort por sugerencia suya y un colorido hippie en el anteúltimo vagón.

Solo quedaba vacío el vagón final del tren... y ese vacío se transformó en un silencio que fue ocupado por su voz, bajo un pedido emotivo que finalmente llegó...

-Poné a mi hermana Mica ahí...

Pasamos nuevamente a su trabajo. Su dibujo quedó finalmente dividido en dos coordenadas espaciales. Lo que pasaba arriba y lo que pasaba abajo. En tierra el tren citado llevaba los dos caballos blancos ya mencionados. En el cielo, su cielo, aparecía nuevamente Mica, su perra Nieve, un caballo con la pata quebrada, y su abuela. Todos con sus respectivas alitas de ángel. En este momento el niño me cuenta en un relato ordenado pero escueto el episodio donde perdió la vida su hermanita.

M- Mica está arriba... en el cielo, también está en el cementerio, pero arriba está el ángel de Mica. Desde ahí me cuida...

G- Que linda que la hiciste Marcos, es muy lindo el pelo que le hiciste...

M -Sí, está contenta en el cielo...

Antes de finalizar el encuentro le digo que quiero contarle algo que es importante que él sepa, y frente a su interés le comento que yo ya había hablado con su mamá sobre Mica hace dos días, que ella se acercó al tren porque estaba un poco preocupada por él, que quería que esté bien.

Ahora que habíamos hablado y dibujado un poco le comento que lo veía muy bien, como un chico muy fuerte que estaba atravesando un momento muy difícil pero que en un tiempo iba a estar mejor. Ya habían pasado ocho meses de aquella tarde y él estaba pudiendo entender algunas cosas.

En esta historia familiar abordada fue necesario identificar cómo se ordenaron los elementos en torno al saldo que dejó el incidente trágico. Ubicado el lugar del niño testigo, del resto intramitable del horror producido aquella tarde, orientamos las intervenciones para distanciarlo a resguardo de la demanda que a su nombre trajo la madre a la consulta. Esta operación de separación nos permitió visibilizar la no correspondencia entre el pedido al equipo de salud que hizo su madre sobre este hijo y el verdadero pedido que trajo el niño posteriormente.

El espacio abierto en esta intervención de corte no solo buscó la separación entre el trauma del niño y la demanda de esta mujer traumatizada, sino que además la habilitó a ocuparlo ella misma, formalizando sus dificultades para afrontar esta terrible pérdida e iniciar un proceso de duelo en una dirección distinta a la del niño.

Introducida la intervención de corte y habilitado un espacio individual para esta mujer, que por otra parte no se había animado a consultar por su padecimiento a terapeutas locales, intentamos ubicar este dispositivo de salud mental territorial entre la urgencia de su presentación y el niño, tercerizando la situación y acompañando esta demanda hacia efectores de localidades vecinas que resguarden la intimidad familiar.

Desde lo singular que trajo Marcos oficiamos como portavoces de su malestar y opusimos no solo resistencia al avance que se hacía sobre su persona sino

también un acompañamiento a esta mamá, en sus primeros pasos hacia un espacio de abordaje de su propio padecimiento en el proceso de duelo.

Habiendo trabajado con el equipo los primeros dos días le pregunté al niño si a veces se ponía mal cuando su mamá le preguntaba cosas de las que él no quería hablar.

No hizo falta mucho más para que este niño, ubicado en un lugar de testigo del horror empujado a atestiguar sobre el hecho, me diga que la mamá lo “harta” cuando le pregunta cosas de las que a él no le gusta hablar, cuando lo abraza todo el tiempo y lo besa sin parar.

Le pregunté si prefería que esto se lo trasmita yo a su mamá para que lo deje más tranquilo, frente a lo cual me respondió con un rotundo ¡sí!

La intervención funcionó como un corte, frente a la demanda masiva que su mamá nos hizo cuando nos vio bajar del tren, siguiendo la misma línea de querer saber lo que Marcos nos había contado sobre la muerte de su hermana. Se orientó a la mamá para aclarar que el niño necesita no decir todo lo que hace, lo que sabe o lo que siente y que simplemente eso tiene que ser soportado por ella si pretende el buen desarrollo de su hijo y la tramitación del proceso de duelo.

Compartimos con la mamá las devoluciones de lo trabajado con Marcos y quedamos para el día siguiente con el niño para colorear los dibujos. Al día siguiente se hizo presente desde temprano con su madre en la puerta del vagón donde contamos con espacio para la atención.

-No quiso ir a la escuela con tal de venir al tren, ni siquiera a fútbol que le encanta, nunca lo vimos así... me costó mucho explicarle que ustedes lo esperaban, pero después del colegio...

Esa tarde se llevó a cabo la última consulta a Marcos. Trabajamos con sus lápices de colores según lo acordado la vez anterior. Costó un gran esfuerzo armar la despedida. Su dibujo quedó en el tren, pegado en una de las paredes del consultorio, el mío se lo quedó él para pegarlo en su pieza según me dijo. En su dibujo me pidió que ponga: va a volver el tren y va a volver Guillermo.

Parte del trabajo posterior de este equipo territorial que, como muchos otros interviene en situaciones familiares complejas, incluso en emergencias y catás-

trofes, tiene que ver con un momento de desactivación emocional al final de las comisiones de trabajo. Esto se propone por medio de técnicas de trabajo conjunto bajo la forma de producciones gráficas, trabajo corporal o un espacio de intercambio de las emociones movilizadas en los abordajes realizados. De ese espacio de desactivación surgió la siguiente frase en alusión a la tarea que se lleva adelante en este dispositivo de desarrollo social y sanitario:

“Estas historias que se suben al tren quedan allí para siempre. El tren se las lleva lejos a recorrer el país. Un tren que lleva historias como éstas, que acumulamos en los vagones para que viajen lejos de sus protagonistas buscando así, en esa distancia, aliviar el dolor y la infinita tristeza de algunas almas”.

CONCLUSIONES

Considerando el acotado tiempo de permanencia del dispositivo de desarrollo social y sanitario, en término de los tiempos prolongados de los procesos terapéuticos tradicionales, se ponen de relieve dos cualidades interesantes que favorecen a los equipos territoriales móviles:

- El aprovechamiento del lugar asignado al equipo como punto de exterioridad transitoria en una comunidad, con las garantías de anonimato en lugares con poblaciones muy cerradas.
- El acercamiento muchas veces inaugural a las familias que demandan espontáneamente un servicio de salud mental que, en muchas ocasiones, es muy reducido o directamente inexistente en cuanto a la población infanto juvenil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aniyar de Castro, Lola. (1987): Conocimiento y orden social: Criminología como legitimación y Criminología de la liberación. Maracaibo: Editorial de la Universidad de Zulia.

Calatayud, Francisco Morales. (2009): Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Ed. Koyatún (Serie Psicosocial 3).

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). OPS / OMS. Recuperada en www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf

Cohen, Hugo (2009). “La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en la región de las Américas”, en *Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los Estándares Internacionales*. Buenos Aires: OPS.

De la Aldea, Elena y Lewkowicz, Ignacio. (s. d.): “La subjetividad heroica: un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud” versión online: <http://www.chubut.gov.ar/salud/blog/imagenes/LaSubjetividadHeroicaElena.doc>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (Octubre, 2013) Plan Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: MSAL.

Di Nella, Yago. (2010): *Dispositivos congelados. Psicopolítica de la formación en Psicología: Construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de derechos*. Buenos Aires: Ed. Koyatún (Serie Psicopolítica 4).

Domínguez Lostaló, Juan Carlos y Di Nella, Yago. (2007): *¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad*. Buenos Aires: Ed. Koyatún (serie psicojurídica 1).

Domínguez Lostaló, Juan Carlos (compilado por Di Nella, Yago.). (2009): *Desarrollo Humano en Comunidades Vulnerables. El método de la clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial. Programa de Trabajo Comunal Universitario (1995-2002)*. Buenos Aires: Ed. Koyatún (Serie Psicosocial 1).

Domínguez Lostaló, Juan Carlos (2000): “Treinta años de práctica profesional de psicólogo”, en *Primeras jornadas sobre formación universitaria, 1989*. N° 1 de la Revista *No-Temas*. Págs. 100-116. Cátedra de Psicología Forense. Carrera de Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación U.N.L.P. Buenos Aires: Ediciones Cuadernos del Caleuche.

Fernández, Ana. (2007): “De los modos de subjetivación a la producción de subjetividad”; en *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y subjetividades*. Buenos Aires: Ed. Biblos.

Foucault, Michel (1993): *Las Palabras y las cosas*. Madrid: Siglo XXI editores.

Lacan, Jacques. (1993): “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma” (1975); en Intervenciones y textos. Buenos Aires: Ed. Manantial.

Lareo, Marina. (2008): “Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público de salud”, en Barten, et al. La inequidad en salud. Hacia un abordaje integral. Buenos Aires: IIED-AL.

Leal Rubio, José y Escudero Nafs, Antonio. (2006): “La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental”, en Revista AEN. Madrid: (ISBN: 84-95287-30-7).

Linietsky, Jorge. (s/d): “Cartel y formación del Analista”, recuperado en http://www.escuelafreudiana-rg.org/archivos_de_trabajo/panel_cartel_y_formacion_del_analista

Menéndez, Eduardo L. (1992): “Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible”, en La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para un debate. OPS. Publicación científica 540. Washington DC. Disponible en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf>

Montero, Maritza. (2012): Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Montero, Maritza. (2006). Cap. 2: “El fortalecimiento en la comunidad”, en Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre Comunidad y Sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, Maritza. (2006). Cap.6: “Las redes comunitarias”, en Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre Comunidad y Sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, Maritza. (2004). Cap. 2: “Qué es la Psicología Comunitaria”, en Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, Maritza. (1993). “Entre el asistencialismo y la autogestión: la psicología comunitaria en la encrucijada”, en Encuentro Universitario de Psicología, Rosario, Argentina. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol1/arti1.htm>

Oesterheld, Héctor. (s. d.) “Álbum recopilatorio” de El Eternauta, online en http://es.wikiquote.org/wiki/El_Eternauta

Oszlak, Oscar. (2011): Estado, Planificación y Burocracia: Los “Procesos de implementación” de Políticas Públicas en algunas experiencias Latinoamericanas. (Material de Asignatura “Intervención en la Salud Mental con enfoque territorial”, en Programa de actualización en determinantes de la Salud Mental en el campo de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: FSOC/UBA.

Oszlak, Oscar; O'Donnell, Guillermo. (1976): Estado y Políticas Estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: Doc. CEDES/G.E.CLACSO/No.4.

Rodríguez, Sergio. (s. d.) “¿Por qué, doctor, sesiones tan cortas?”, en <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/psico/01-03/01-03-22/psico01.htm>

Saforcada, Enrique; Cervone, Nélica; Castellá Sarriera, Jorge; Lapalma, Antonio; de Lellis, Martín (compiladores). (2007): Aportes de la Psicología Comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Asociación Psicoanalítica de La Plata (s. d.). “Crisis del sujeto y tiempo de atención”, recuperado en <http://www.aplp.org.ar/index.php/cursos-breves/28-crisis-del-sujeto-y-tiempo-de-atencion>

Ministerio de Salud de La Nación Argentina. (2010): “Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental”. Recuperado en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>

Revista Transversales. (2011): “Transversales. Política, Deseo, Subjetividad”. Ed. Colectivo de trabajo Transversales, Año 1, Número 1. Buenos Aires.

Ley de Atención Primaria de la Salud Mental N° 25.421 (2001). Publicado en el Boletín Oficial el día 03/05/ 2001.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Ulloa, Fernando. (1995): Novela Clínica Psicoanalítica. Buenos Aires: Ed. Paidós.

EXPERIENCIA DE TRABAJO EN BARRIO PRIMAVERA

Autores: Analía González, M. Laura Gutiérrez, Florencia Rolfo, Paula Rovetto, Andrea Tau.

RESUMEN

En el presente trabajo se relata la experiencia de trabajo de un equipo interdisciplinario de salud mental convocado a abordar la problemática del suicidio en un barrio del conurbano bonaerense. El barrio, llamado Primavera, se ubica en el distrito de José C. Paz, en el segundo cordón del conurbano bonaerense, al noroeste de la Capital Federal. La perspectiva desde la que el equipo de salud de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones abordó el trabajo territorial fue la de Salud Mental Comunitaria, implementando metodologías participativas para generar e implementar estrategias de promoción y cuidado de la salud, prevención y atención de las problemáticas psico-sociales.

En el trabajo llevado adelante a lo largo de dos años se realizaron abordajes específicos sobre la temática del suicidio así como trabajo en prevención inespecífica. Se destaca como resultado la necesidad de combinar diversas modalidades de intervención, apuntando a visibilizar las determinaciones sociales de los padecimientos mentales y la necesidad de implementar estrategias integrales de los mismos.

Palabras clave: Salud Mental Comunitaria, Interdisciplina, Estrategias Integrales de Abordaje, Suicidio, Determinantes Sociales de la Salud, Promoción y Prevención.

INTRODUCCIÓN

El barrio Primavera está ubicado en el noroeste del distrito de José C. Paz y tiene aproximadamente medio siglo de existencia. Comenzó a conformarse a mediados del siglo XX, cuando se realiza el primer loteo que comprende unas

30 manzanas, el que hoy se conoce como Primavera Viejo, y en el año 1967 se lotean los 1.250 lotes que constituyen lo que se denominaría Primavera Nuevo. Ambas partes del barrio se dividen por la avenida Potosí.

El nombre del barrio se deriva de la gran presencia de viveros que había en la zona y que, en sus comienzos, las calles tenían nombre de flores.

Actualmente viven 5.000 familias, 25.000 habitantes aproximadamente. Muchas de las primeras familias originarias permanecen aún en el barrio donde, además, se han instalado sus hijos y nietos, por lo general en terrenos aledaños. Por ello, cuando se suscitaba la muerte de algún miembro de la comunidad quedaba afectada una gran parte de la misma.

En el barrio Primavera, principalmente en la parte de Primavera Vieja, se han producido numerosas muertes violentas por suicidios consumados, accidentes de tránsito y enfrentamientos armados, por lo que se presenta como una comunidad que ha construido gran parte de su historia en términos de muerte y violencia, dando lugar a un estado de habitualidad y naturalización de las mismas.

La labor del equipo durante dos años fue la de visibilizar las múltiples determinaciones de las problemáticas psicosociales emergentes, complejizar así el análisis de la realidad y encontrar respuestas acordes. La inserción del equipo -conformado por un enfermero, una antropóloga, tres psicólogas y una médica psiquiatra- al barrio, se produjo inicialmente por el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (Presidencia de la Nación) para dar respuesta a la demanda de una vecina del Barrio Primavera, que a través de una carta a la Ministra de Desarrollo Social de la Nación, transmite su preocupación sobre la situación que atraviesa su barrio.

Desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se establece como estrategia la construcción colectiva de las problemáticas para que las acciones planificadas con la comunidad sean respuestas genuinas. De este modo, el equipo se inserta en las dinámicas locales, participando desde el comienzo de una mesa de gestión barrial que tiene como fundamento la participación y la inclusión social. Desde este espacio se comienza a pensar la multi-determinación de los procesos de salud-enfermedad que allí acontecen.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA

Se trató de una metodología basada en la estrategia de APS, con abordaje comunitario tal como se plantea en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Para ello se implementaron diferentes intervenciones, utilizando el Diagnóstico Comunitario Participativo como eje vertebral de la tarea en el barrio.

El equipo de salud mental fundamenta su labor desde una dimensión ético-política donde el carácter del trabajo comunitario se basa en el reconocimiento de la comunidad y de sus miembros en su singularidad, con capacidad y derecho a participar en la toma de decisiones.

Dicha dimensión está basada en una praxis transformadora, desalienante, socializadora y movilizadora de conciencia, para la cual es fundamental la no reducción del otro a objeto.

Se plantea la necesidad de reconocer al otro como sujeto de derecho, de saber y de acción, basado en una modalidad de construcción horizontal donde se promueve la pluralidad y la heterogeneidad de voces, en una relación dialógica que reconozca al otro como portador de conocimiento.

El Equipo de Salud Mental se posiciona como un facilitador que permite la escucha de las voces de los relegados, en favor de una política inclusiva que permite el ejercicio de la democracia. Se inserta en el trabajo territorial tomando la concepción de “clínica ampliada” de Sousa Campos (2001), ya que pone énfasis, no en la enfermedad sino en el sujeto, social y subjetivamente constituido.

El abordaje de la Clínica del Sujeto incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto. Se entiende así, al trabajo clínico como un proceso dinámico en continua transformación, hecho de tentativas, errores y aprendizajes; en el que las estrategias terapéuticas se van re-elaborando a lo largo del tiempo por el sujeto en acción.

Se plantea la necesidad del trabajo clínico con dispositivos comunitarios y grupales. Estos debieron ser abordado desde la perspectiva de la complejidad, ya que requirieron no solo de explicaciones causales y lineales, sino también dialógicas, recursivas y retroactivas, y sobre todo recomendadas cuando se trabaja con una realidad compleja, que presenta fenómenos aleatorios, contradictorios y de gran incertidumbre.

Fue relevante para la tarea, el abordaje interdisciplinar, posibilitador de una construcción conceptual común, evitando una mirada fragmentada de la situación-problema. Para ello también se requirió la inclusión de saberes no disciplinarios, respondiendo a la dimensión ético-política de trabajo, sumando la importancia de la participación comunitaria en la solución de los problemas relacionados con la salud.

OBJETIVOS

Los objetivos de trabajo planteados desde un comienzo, fueron repensados en diferentes instancias, en función del conocimiento del territorio y las posibilidades de acción que se visibilizaban como posibles. Además, son resultado de una construcción en diálogo con los distintos actores locales: vecinos, usuarios, funcionarios, trabajadores de salud, de educación, de justicia, de cultura y otros.

Se caracteriza del siguiente modo:

- Visibilizar las problemáticas socio-sanitarias locales vinculadas a la demanda inicialmente planteada de abordaje del suicidio en el barrio Primavera.
- Identificar a la población en riesgo psico-social.
- Implementar nuevas estrategias de inclusión socio-comunitaria y fortalecer las existentes.
- Generar articulaciones con el sistema de salud local para promover y potenciar el trabajo sobre asistencia y prevención de suicidio.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las acciones que se implementaron fueron múltiples y variadas; determinadas no sólo por el grado de integración del equipo como tal y de las posibilidades reales de acción, sino también por los tiempos de la comunidad y el grado de articulación entre ambos. Esto hizo variar el tipo de acciones que pudieron implementarse, estableciendo distintas etapas dentro del mismo proceso de construcción y con distintos niveles de integración socio-comunitaria, institucional y política.

Las intervenciones realizadas pueden agruparse en tres grandes líneas de

acción que se abordaron, todas ellas, de manera simultánea a lo largo del proceso de trabajo.

a. Acercamiento al territorio: confección de herramientas, Guía de Recursos Locales y Diagnóstico Comunitario

Desde un comienzo se trabajó en la confección de herramientas diagnósticas propias como estrategia de acercamiento a la comunidad. En primer lugar, se realizó un relevamiento y geo-referenciamiento de los recursos del barrio y del distrito, que sirvió de insumo para la confección de una Guía de Recursos Locales (ej: sanitarios, educativos, culturales, judiciales). Esta Guía se empleó como instrumento para la articulación con las instituciones de la comunidad, permitiendo la elaboración de estrategias de intervención conjunta, estableciendo de esta manera la co-responsabilidad de los actores.

Al mismo tiempo, fue tomando forma un primer Diagnóstico Comunitario Participativo de barrio Primavera, confeccionado con la ayuda de promotoras de salud, vecinos del barrio, referentes comunitarios y trabajadores de las instituciones (escuelas, centros de salud, centro de jubilados, centro cultural, sociedad de fomento, centro educativo, entre otros). A través de encuestas, entrevistas y visitas domiciliarias, empezaron a detectarse cuáles eran algunos de los determinantes sociales presentes en el barrio para esbozar las problemáticas prevalentes, entre ellas, los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Otras problemáticas que pueden mencionarse son: consumo excesivo de alcohol y otras sustancias, altos índices de deserción escolar, la falta de proyectos de vida y violencias y los determinantes sociales que actúan negativamente tales como la existencia de deficiencias materiales, de recursos humanos y de gestión en las instituciones locales. Todas ellas condicionan negativamente el desarrollo saludable de la comunidad en sus actividades laborales, educativas y recreativas. A esto se suma la fragmentación del lazo social que determina modos de vida poco solidarios y participativos, generando una agudización de los padecimientos subjetivos individuales y colectivos, que se vivencian y padecen aisladamente.

En este punto es preciso decir que a pesar de subsistir carencias simbólicas y materiales de muy compleja reparación, gran parte de la población ha logrado vivir los últimos años como de mejoría en términos de políticas públicas inclusivas, generadoras de participación y de reconocimiento de derechos sociales.

En el proceso de inserción territorial el equipo adopta como lugar físico de referencia a un Centro Integrador Comunitario del distrito, llamado CIC Las

Heras, que a pesar de estar ubicado a una distancia considerable del barrio Primavera, permitió al equipo trabajar más organizadamente y abrir nuevos espacios de intervención.

b. Atención de problemáticas emergentes

Para construir respuestas posibles a las problemáticas emergentes, se construyeron, en conjunto con el espacio institucional de la Mesa de Gestión, algunos dispositivos que funcionaron en el ámbito del Centro Integrador Comunitario, tales como la Consejería e Interconsulta, y el Espacio Grupal de Reflexión sobre la temática de la violencia. El primero fue un espacio de escucha, contención y orientación individual y vincular, en el que se pensaba un abordaje integral de las situaciones presentadas, siendo muchas veces el acercamiento a la consejería el primer contacto con el sistema de salud. Dicho espacio también estuvo habilitado para promover la escucha de técnicos y profesionales de diversas áreas (promotores de salud, profesores de escuelas, etcétera) en busca de contención y consulta sobre estrategias de intervención. El segundo dispositivo mencionado funcionó como espacio terapéutico del que los vecinos de la comunidad lograron apropiarse para trabajar sobre la temática de la violencia a través del intercambio reflexivo y la realización de actividades.

A estos dispositivos estables ligados a las dinámicas institucionales se sumaban las entrevistas de consulta y asesoramiento, así como la atención, contención emocional y seguimiento de situaciones familiares complejas realizadas en los domicilios de vecinos que no llegaban a la institución. Merced al trabajo en red con instituciones locales educativas y de salud, con referentes barriales, y a la presencia sostenida en el territorio, el equipo logró tomar contacto con problemáticas de salud mental desatendidas por la imposibilidad de llegar al sistema de salud formal. En estos casos el trabajo fue propiciar las condiciones para que haya un acercamiento, en la medida de lo posible a los efectores de salud, educación, justicia y cultura que fueran necesarios.

c. Actividades de prevención y promoción de la salud

Las actividades de prevención y promoción de la salud realizadas, en general, apuntaron a públicos numerosos, aunque en cada intercambio con un vecino o usuario el papel de la información sobre los recursos existentes, sobre el manejo de situaciones de padecimiento socio-subjetivo y el cuidado de la salud mental, fue clave para la tarea de psico-educación.

Entre las actividades desarrolladas es preciso diferenciar aquellas en las que el equipo se sumó a un espacio ya existente, y las que fueron propuestas novedosas, planificadas e implementadas por el equipo o en conjunto con otros actores locales.

Entre las primeras, puede mencionarse la incorporación del equipo en las Mesas de Gestión barriales e institucionales, donde la participación de distintos representantes de la comunidad permitía que se generara un efecto multiplicador de las intervenciones realizadas, potenciando el alcance de las mismas. Las Mesas de Gestión como espacios clave de diálogo entre los distintos niveles del estado (nacional, provincial y municipal) permitieron el fortalecimiento de la incidencia de las políticas públicas y son usinas de propuestas para generar mayor integración y participación socio-comunitaria.

También se puede mencionar la inclusión de espacios de salud mental en eventos participativos de la comunidad como el festejo de fechas patrias o la celebración del Día del Niño, entre otros. Estos espacios de concurrencia masiva permitieron al equipo dialogar con los vecinos para conocer con más profundidad su realidad y comprender dinámicas locales que no se dieron en otros ámbitos. Además, se presentaron como oportunidades claves para promover la apropiación de la salud mental como perteneciente a la comunidad y no solo a los efectores específicos, sean centros de salud u hospitales.

Entre las actividades planificadas por el equipo se encuentran la generación de espacios específicos de salud y salud mental, en articulación con otros trabajadores del sistema de salud. Por ejemplo, la realización de ciclos de talleres para promotores de salud y la comunidad en general, los espacios de formación para docentes, espacios de formación y acompañamiento institucional y las campañas de sensibilización sobre temáticas específicas. En algunos de estos espacios la temática del suicidio fue abordada de manera específica, con el fin de visibilizar la dimensión social de la problemática, la necesidad de circular la palabra y permitir la detección precoz de situaciones que podrían constituirse en predictoras de episodios de intento o consumación del suicidio.

Por otro lado, una tarea central del equipo en territorio fue la de promover y fortalecer los espacios de articulación interinstitucional e intersectorial, con miras a la generación y el sostenimiento de las redes de atención con base en la comunidad. En el período de trabajo transcurrido lograron establecerse interesantes espacios de discusión y construcción colectiva de conocimiento, como los Encuentros de Salud Mental y la denominada Mesa Local sobre Violencia de Género. El primero representa un espacio específico de trabajadores

de salud mental del nivel municipal de todo el distrito donde el equipo pudo incorporarse; y la segunda, una mesa conformada por instituciones educativas (escuelas primarias y secundarias), judiciales (Dirección Integral de Niñez, Adolescencia y Familia), comunitarias (Hogares para Víctimas de Violencia de Género), de salud (Secretaría de Salud del Municipio, Hospital Zonal General de Agudos Gdor. Domingo Mercante) de género (Área de la Mujer y de Derechos Humanos del Municipio).

RESULTADOS

El barrio Primavera, principalmente la parte de Primavera Vieja, posee una historia marcada por la exclusión, la violencia y la muerte. Se puede caracterizar como una comunidad en duelo, con un fuerte sentimiento de pérdida, expresión de las múltiples formas de violencias que padece.

En cuanto a la visibilización de las problemáticas socio-sanitarias locales asociadas a los intentos de suicidios y suicidios consumados las estrategias de intervención permitieron el despliegue de historias de vida individuales y colectivas en toda su riqueza y complejidad. En el trabajo de problematización -elaboración, deconstrucción, reelaboración- de la realidad cotidiana de las personas creemos que, aunque de manera siempre insuficiente, logramos desnaturalizar algunos padecimientos asociados al suicidio y visibilizar el carácter sanitario y social del tema, y su alcance colectivo.

Se logró identificar una serie de problemáticas prevalentes que atravesando a la población en su conjunto, nos permite empezar a comprender uno de los posibles motivos por los que en este barrio el grupo de mayor riesgo no está constituido única ni mayormente por adolescentes (como se afirmaba habitualmente), sino que también lo está por la población constituida por adultos jóvenes (mayores de 25 años) imposibilitados de pensar un proyecto de futuro.

Se plantea implementar nuevas estrategias de inclusión socio-comunitaria y fortalecer las existentes. Para esto, resultó de suma importancia el trabajo articulado con el recurso humano local no convencional (ej: referentes barriales, personal de educación, cooperativistas), que tradicionalmente trabaja en la contención y búsqueda de respuesta a las problemáticas de salud y salud mental de la comunidad.

Sin embargo, es preciso mencionar que algunas propuestas realizadas no llegaron a concretarse debido a una serie de dificultades relacionadas, entre

otras cosas, a los tiempos comunitarios e institucionales. Un ejemplo de esto fue el intento de generar un Centro Cultural Barrial que funcionara como lugar activador de procesos de elaboración de duelo, tanto a nivel individual como colectivo, que pudiera cumplir un rol prioritario en la elaboración de sentimientos de agresión, odio y culpa.

Por último, y en relación a la necesidad de generar un trabajo en red para la atención y prevención del suicidio, lograron implementarse acciones concretas en clave de capacitación, formación, intercambio y sensibilización sobre la importancia de la recepción de la problemática en toda su complejidad. En este sentido, a pesar de haber logrado trabajar para la sistematización de encuentros con interlocutores del sistema de salud local municipal y provincial y potenciar el buen funcionamiento de la red de salud, sabemos que es un camino que debe seguir transitándose, buscando generar cada vez mayor compromiso, rompiendo tabúes y preconceptos y quebrando silencios sobre los padecimientos mentales de la población.

CONSIDERACIONES FINALES

A través del recorrido de este trabajo, hemos intentado mostrar la complejidad del abordaje planteado a lo largo de dos años de labor en el municipio de J. C. Paz y en el barrio Primavera en particular. Las acciones en este tiempo se enmarcan en el modelo de abordaje comunitario, entendiendo el proceso salud-enfermedad-atención como complejo y dialéctico; articulando los distintos saberes de la comunidad con los conceptos teóricos y enfoques metodológicos del equipo interdisciplinario.

Es de destacar que la complejidad de la problemática que atraviesa el territorio que nos interpeló también nos ha permitido pensar y actuar con una postura crítica, permitiendo visibilizar y trabajar la co-responsabilidad de los actores sociales que participaron durante este tiempo. Además remarcar que fue fundamental para habilitar espacios y canales de discusión la construcción y fortalecimiento de la red local, sanitaria-política y social.

En suma, la complejidad y la diversidad de propuestas de abordaje que pudieron llevarse a cabo convierten a esta experiencia en relevante para su conocimiento, difusión y progresiva sistematización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Karsz, Saül. (2013). "Una clínica transdisciplinaria de la intervención social", en *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gredisa.

Matus, Carlos. (2007). *Adiós señor presidente*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (s. d.). *Violencia de género, tipos y modalidades de violencia*. Recuperado en: «<http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/tipos-y-modalidades-de-violencia.aspx>».

Organización Mundial de la Salud. (s. d.). *Determinantes sociales de la Salud*. Recuperado en: www.who.int/social_determinants/es/

Rovere, Mario. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

Sousa Campos, Gastón. (2001). *Gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar.

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: UNA EXPERIENCIA DE EXTERNACIÓN EN EL TERRITORIO

Autor: *Gabriela Franco.*

RESUMEN

Este trabajo es una puesta en común que intenta transmitir las tensiones existentes en la actualidad en el territorio a la hora de concretar el texto de la Ley Nacional de Salud Mental, como así también la fuerza inigualable de “la reafirmación pública de la letra de ley” que cada una de las experiencias de externación y tratamiento integrado a la comunidad, constituye. (ADC, 2008: 13). En especial se hará hincapié en el derecho que asiste a los usuarios de servicios de salud mental a concretar un tratamiento con la menor restricción posible, integrado en la comunidad y donde se promueva la mayor autonomía posible. El mismo lleva como correlato una obligación por parte del equipo técnico sanitario y de todas las áreas del estado en todos sus niveles, que implica la concreción de prácticas delineadas a la luz de la voluntad del sujeto de las ideas de la atención comunitaria de la salud conforme al paradigma social de la discapacidad, sólo pasibles de ser ejecutadas a través de la interdisciplina y la intersectorialidad.

Palabras clave: Salud Mental, Derechos Humanos, Territorio.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) se procura la promoción y aplicación de los preceptos concretados en la ley. Los mismos son recogidos, articulados y sistematizados en el Plan Nacional de Salud Mental que tiene como norte la disolución de las prácticas manicomiales en la Argentina¹. De esta

¹ Aprobado por la resolución 2177/13 del Ministerio de Salud de la Nación.

manera, este instrumento en el artículo 10.2.3 plantea como línea de acción el establecimiento de mesas de externaciones con una fuerte impronta basada en la interdisciplina e intersectorialidad como modos de intervención sobre el caso particular para arribar a la externación sostenida de la persona.

Dentro de este proceso de adecuación en la atención de salud mental, en el campo específico de las internaciones de larga data, los efectores de la DNSMyA nos presentamos ante la Dirección de un Hospital General con Servicio de Salud Mental y acordamos sumarnos al equipo de trabajo de la sala en la búsqueda de conformar una mesa de trabajo intersectorial con el fin de abordar la situación de varias personas que transitaban una internación de larga data². Finalmente se acuerda comenzar por el abordaje de la situación de una persona de 30 años internada en el Servicio de Salud Mental desde hace alrededor de cinco años con un tratamiento preponderantemente farmacológico, con vínculos familiares intensamente fragilizados y con un padecimiento en salud mental que incluía el consumo problemático de alcohol, pegamento y nafta.

A partir de esta experiencia transitada, como así también de mi tarea desarrollada en el Equipo de Fiscalización de la DNSMyA en el cual pude intervenir, como miembro de un equipo interdisciplinario, en la evaluación de personas internadas en diversos dispositivos de la CABA, pude arribar a algunas consideraciones parciales e incompletas que pongo a consideración a efectos de poder compartir y debatir los desafíos que implica en la práctica poder hacer que los derechos cobren vida (o que las vidas cobren derechos).

EL PUNTAPIÉ INICIAL: EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

No es fácil introducirse en mundos tan herméticamente cerrados como los que constituyen el sistema judicial y los sistemas socio-sanitarios, máxime cuando han generado una sinergia de autolegitimación donde existe poco espacio para la interpelación sobre el respeto o no de los derechos humanos en el campo de la salud mental. Pese a ello, en la República Argentina se ha avanzado en la búsqueda por la inclusión de las personas con padecimiento mental de la mano de personas usuarias de los servicios de salud mental, profesionales de los distintos ámbitos y familiares. Un momento importante

² La ley N° 26.657 en su artículo 3 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 DD.HH. y sociales de toda persona".

del camino de esta demanda lo constituye su reconocimiento por parte del Estado nacional con la sanción de la LNSM en el año 2010. Sin embargo, esto no implicó la desarticulación de la misma, sino una nueva reformulación que plantea nuevos desafíos y posibilidades. En el contexto indicado anteriormente, entre la enunciación de la ley y la aplicación de sus preceptos anidan tensiones cuya disolución no puede más que realizarse en la práctica.

Tal vez una de las primeras tareas resultó situarnos en el concepto de salud mental que describe la LNSM en su artículo 3 como un campo pluridimensional cuya preservación implica la concreción de derechos humanos³. Esta estrategia puede parecer obvia e incluso superflua a la hora de pensar estrategias de abordajes en el territorio, sin embargo es un buen punto de partida ya que aporta herramientas para concretar una práctica socio sanitaria determinada conforme a los instrumentos de derechos humanos. Es decir, “una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social que se desplaza de la -ontología de la enfermedad- al sujeto, produciendo una -clínica ampliada- que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad” (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012: 64). De aquí podemos entonces proponer las ideas en torno a que es necesario ampliar el equipo a otros ámbitos por fuera de lo sanitario, cambiar las dinámicas de trabajo incluyendo a la gestión como práctica sanitaria y posicionar como eje direccionador la voz del usuario/a.

Por ello, en la experiencia enunciada, la dinámica de conformación del grupo se fue dando de una manera paulatina. O sea, la inclusión de actores territoriales surgió del consenso del grupo inicial en virtud de la singularidad del caso, tal como detallaremos más adelante. Este mismo ritmo también marcó la construcción del tratamiento singular desde una perspectiva de derechos humanos. Es decir, concretar un tratamiento -como dimensión del derecho a la salud- que contemplara el derecho a la identidad, a la libertad ambulatoria, a la vivienda, a la educación, al trabajo, en el marco de interrelación e interdependencia que caracteriza a los derechos humanos, no resultó una adopción de enfoque inmediata al pensar la situación particular, toda vez que puso en tensión la idea dominante de que la existencia de un diagnóstico en salud mental habilita, en nombre de “lo terapéutico”, la restricción de determinados derechos e incluso la supresión de la capacidad jurídica de las personas.

³ “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad Internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso”. Declaración y Programa de Viena adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), Punto 5.

Dicho modelo de tratamiento médico-farmacológico fuertemente afianzado con largos años de prácticas, condujo a pensar que el cumplimiento de todas las dimensiones del derecho a la salud más allá de las enunciaciones doctrinarias se percibiera como una tarea incompatible con las prácticas sanitarias. Esta percepción se reforzaba con la creencia de que las leyes, aún las que marcan los derechos que asisten a las personas de la comunidad a la que tratan médicamente, son cuestiones ajenas a los agentes de salud y reservadas a abogados, jueces y curadores. Por ello, se hizo necesario reforzar las nociones de un marco referencial con base en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM).

MARCO SOCIO-LEGAL

Con ello se planteó uno de los primeros obstáculos: los profesionales cuestionaban la aplicabilidad de la LNSM, toda vez que no era una ley provincial. Se hizo imperioso aclarar que se estaba ante una ley nacional, de orden público, que garantiza los derechos humanos de todas las personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio de la Argentina y que en virtud del Artículo 34 de la Constitución nacional la misma es superior a cualquier normativa provincial. Asimismo, se incorporó a la construcción de dicho marco el concepto de discapacidad social plasmado en la CDPD, también de aplicación directa por todos los efectores socio-sanitarios del país⁴. Por ello, resultó esencial explicar que los usuarios del servicio “tienen los mismo derechos que las personas en general y además son titulares de derechos específicos” (Carranza Casares, 2007: 29)⁵.

En este sentido un derecho que cobra especial importancia es el enunciado en el inciso n) del artículo 7, en virtud del cual el Estado le reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a que dicho padecimiento “no sea considerado un estado inmodificable”, toda vez que se erige en una especie de anclaje a la hora de sostener intervenciones.

⁴ Sin embargo, la cuestión quedó latente hasta un momento importante constituido por el encuentro Interregional de Salud Mental y Adicciones organizado por la Provincia, donde se afirmó públicamente la aplicabilidad de la Ley Nacional de Salud Mental, se instó a los centros de tratamiento de las adicciones y a los Servicios de SM a actuar conforme a dicha normativa y se hizo hincapié en que las adicciones son parte integrantes de la SM. En este mismo sentido, influyó la sanción del Decreto Reglamentario 603/2013.

⁵ En esta cita, el autor continúa diciendo: “Estos últimos, a su vez, no están contenidos en ningún catálogo, sino que por el contrario, aparecen enunciados en forma un tanto dispersa en diversos instrumentos legales o pronunciamientos judiciales”. Esto se debe a que el libro data de 2007, es decir un momento previo a la sanción de la ley. Sin embargo me parece ilustrativo a efectos de mostrar las distintas instancias de las demandas del colectivo de las personas con padecimiento mental y de la construcción de los conceptos que la LNSM reconoce. Carranza Casares, Carlos. (2007). *Salud Mental y derechos humanos a concretar*. Buenos Aires: Ed. Educa. pág. 19.

En la práctica la idea de inmodificabilidad del padecimiento es un presupuesto al que volvieron los profesionales cada vez que se manifestó alguna limitación u obstáculo no previsto. Por ello, desde el aspecto práctico una de las primeras restituciones implica efectivizar el derecho que asiste a una persona a que su trastorno sea considerado modificable por el equipo tratante. Correlativamente, esto configura un deber legal del equipo. Es decir, situar y reforzar esto como piedra angular propulsó empezar a pensar desde una perspectiva propositiva, activar el abordaje de la situación y poner en crisis discursos como: “Ya se intentó todo y no funcionó”.

Finalmente este norte habilitó pensar todas las variables que componen el caso particular de la persona. Permitió vislumbrar la complejidad de la salud mental, la necesidad y el deber de colaboración de otros actores sociales, la carga histórica que ha pesado sobre los equipos de salud mental y la reconfiguración del rol de los profesionales⁶.

MODIFICAR, CAMBIAR, INTERVENIR: CONCRETAR DERECHOS

De esta manera, se dió paso a pensar una respuesta real donde participen los diversos actores sociales que intervienen en el territorio con las herramientas existentes. Para este momento los profesionales de la sala de salud mental propusieron la incorporación del dispositivo territorial “especializado” en adicciones, debido a que la situación que atravesaba la persona implicaba consumo problemático de estupefacientes, quienes si bien en ese momento no estaban interviniendo, sí lo habían hecho en otras ocasiones. Mediante esta incorporación surgió nuevamente el debate acerca del marco de referencia, las competencias de cada institución, los roles de cada disciplina, la historización de todas las estrategias implementadas por los profesionales, los resultados, el desánimo y el desafío que implica el tratamiento de las personas con padecimientos de salud mental y adicciones. Con ello se accedió a una recopilación de experiencias de abordajes llevadas adelante desde ambos dispositivos, incluidas internaciones prolongadas, derivaciones a instituciones cerradas o monovalentes, intentos de intervenciones con las familias que se situarán como guía para las futuras acciones. En este contexto, resultó llamativo cómo, luego de recopilar más de una docena de derivaciones a instituciones cerradas que no redundaron en beneficios para el usuario, se persistía aún en la misma estrategia.

⁶En uno de los encuentros una médica verbalizó con preocupación que ahora su rol también era gestionar y que no sabía cómo hacerlo, que debería aprenderlo.

La voz del usuario empezó poco a poco a surgir como elemento direccionador del tratamiento. Sin embargo, pese a la invocación del derecho a elegir, los años de institucionalización habían adormecido su deseo, por lo que volver a situarse como sujeto con mayores posibilidades de autodeterminación requirió de tiempo y espacios (Goffman, 1970: 53-58). En los limitados espacios terapéuticos el usuario comenzó a plantear deseos de trabajar y de vivir fuera del hospital. Surgió el trabajo como un elemento que podría coadyuvar a abordar su problemática, lo cual demandó la incorporación del Centro de Referencia (CDR). Las profesionales del mismo ofrecen la incorporación a los talleres familiares promovidos desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, pero surgió la incompatibilidad con que el usuario sea beneficiario de una pensión nacional no contributiva. Luego de un análisis conjunto se decidió solicitar una excepción a ese requisito atento al interés superior en juego⁷.

PROMOVER LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA

A efectos de concretar su derecho a poder mantener un tratamiento inserto en la comunidad se sugirió la incorporación de un acompañante terapéutico. Sin embargo se planteó la limitación económica, por lo que se apeló a otro recurso humano no utilizado convencionalmente por ninguno de los dos dispositivos: un promotor de salud con especialidad en salud mental. Se incorporó este recurso al trabajo con el usuario y de alguna manera comenzó a ser un transmisor cotidiano de los deseos del mismo en las reuniones de trabajo.

Se planteó la necesidad/el derecho⁸ que el usuario tenía de transitar espacios por fuera de la institución, por lo que se articuló con una ONG local y se le ofertó una serie de talleres que se dictaban en la misma: carpintería y herrería, huerta y graffiti. El usuario “decidió” participar en el taller de carpintería y herrería. Integró ese espacio acompañado terapéuticamente por el promotor de salud, pero por razones personales el acompañamiento no prosperó, lo cual generó una gran frustración tanto en el usuario como en el grupo de trabajo. Sin embargo,

⁷ En este sentido se expresa el CEJIL (Centro por la Justicia y el Derecho Internacional): “Cuando se está frente a personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad los Estados tienen deberes especiales para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía. Para ello, los Estados deben tomar medidas positivas, las cuales variarán dependiendo del sujeto que se trate o de la situación específica en que se encuentren. La CIDH ha señalado en su jurisprudencia los deberes especiales que deben ser tomados en cuenta cuando se trata entre otros de pueblos indígenas, niños/as, desplazados y personas con discapacidad mental”. CEJIL. (2007). *La protección de los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano*. Buenos Aires: Fundación Sueca para derechos Humanos. Pag. 31.

⁸ Artículo 7 inciso e) de la LNSM.

se mantuvo este rol en el abordaje y a instancia de la psicóloga tratante, se contactó otro acompañante terapéutico (AT) quien comienza a participar del abordaje. Este recurso, se plantea sostener a través de PROFE, con lo cual el técnico comenzó a gestionar la cobertura de la prestación y para el usuario.

VIVIR EN LA COMUNIDAD ⁹

Hasta aquí una de las cuestiones pendientes era el tema habitacional, ya que el usuario no contaba con vivienda y los vínculos familiares no se encontraban suficientemente sólidos. Se decidió comenzar la búsqueda de una pensión. La misma fue realizada por el usuario en compañía de su AT. Sin embargo los precios que se manejaban eran muy superiores al ingreso proveniente de su pensión nacional no contributiva, lo cual generó una gran frustración. Por ello, contactamos a un grupo de voluntarias del Hospital a instancias del trabajador social de la sala de salud mental, quienes nos contactan con la referente de una pensión para adultos mayores. Ella se mostró interesada en participar del abordaje de la situación que atravesaba el usuario y accedió a mantener un encuentro con el grupo que estaba trabajando la problemática ya conformado por el trabajador social y el psiquiatra del hospital, la psicóloga y la asistente social del CPA, el acompañante terapéutico y la abogada de la DNSMyA. En ese encuentro se conocieron, se despejaron dudas respecto a las características de la situación y de posibles situaciones de crisis y se acordó entre los dos un día para que el usuario vaya a visitar el lugar. Ambos se pusieron de acuerdo en cuanto al monto y el espacio, con lo que quedó establecido que ese sería el lugar de residencia del usuario.

⁹ El art. 19 de la CDPD refiere al derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, por lo cual el Estado debe garantizar el pleno goce de este derecho de elegir dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás personas y que no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. En su artículo 23 determina que el Estado debe garantizar a las personas con discapacidad la posibilidad de casarse, fundar una familia, a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos a tener, al libre acceso a la información, a la educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad y que se ofrezcan los medios necesarios que permitan ejercer esos derechos a ellas y a su vez, velar al máximo por el interés superior del niño. Así como también en el artículo 26 refiere a que se deberán adoptar medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan tener la máxima independencia, física, mental social y vocacional y la inclusión plena en todos los aspectos de la vida. A su vez el artículo 7 inciso d) de la LNSM reconoce a las personas con padecimiento en salud mental "el derecho a recibir tratamiento y a ser tratados con la alternativa terapéutica (...) que menos restrinja sus derechos y libertades (...)".

DESANDAR PRÁCTICAS

“El alta, externación o permiso de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez”¹⁰.

Sin embargo, la externación no se concretó de inmediato, toda vez que el recurso económico proveniente de la pensión no contributiva no le era entregado a pedido del equipo tratante de la sala de salud mental con acuerdo del curador y el juez interviniente.

De esta manera se comenzaron presentaciones ante el Fuero Civil tendientes a habilitar el recurso económico para sostener el plan de externación consensuado por el equipo tratante, los actores territoriales y el curador. Pese a que en dicha presentación se indicaba el tratamiento ambulatorio a seguir, la frecuencia del acompañamiento como así también el presupuesto de la pensión, el juez solicitó la intervención de un equipo externo, lo cual generó mayor dilatación. Por ello, se mantuvo una entrevista con la Secretaria y el juez del Juzgado a quienes se les recuerda que la potestad de autorizar o no una externación es facultad del equipo tratante y otros puntos relacionados con la ley. Se propone mantener un encuentro donde todos los actores que participamos del abordaje de la externación estemos presentes para consensuar tiempo y modos. Finalmente, se mantuvo audiencia y se labró un acta donde los distintos actores comprometen sostener esfuerzos a fin de garantizar el derecho a la externación sostenida y a brindar tratamientos en el marco de la comunidad, con la menor restricción posible. En este contexto el ámbito de una audiencia judicial surgió como un valioso escenario de diálogo y consenso para poder plantear un abordaje ajustado a derecho.

La externación se concretó y se sostuvo por varios meses. Sin embargo, la falta de tratamiento ambulatorio por parte de los profesionales de los dispositivos de salud y la inexistencia de apoyos familiares, entre otros factores, no permitieron la prosecución de la misma, por lo que volvió a transitar una internación en el Servicio de Salud Mental del Hospital.

En este contexto, pese a las experiencias anteriores que marcaban una gran dificultad a la hora de abordar a la familia y a instancias del usuario se comenzó, junto a la AT, a trabajar el vínculo con la familia materna. Luego de varios llamados, y sorteando la reticencia de la mamá a hablar, se percibió que la

¹⁰ Conf. artículo 23 LNSM

misma transita una grave situación socio-económica y emocional. Se plantearon estrategias de fortalecimiento a través de recursos económicos destinados a la madre, que ella rechazó. Por ello, se optó por seguir con la escucha. La madre relata episodios violentos que vivió en momentos de crisis de su hijo y la impotencia que le genera la imposibilidad de poder contenerlo.

PALABRAS FINALES

De esta manera, en un período de alrededor de 10 meses, desde mi rol de agente de la DNSMyA, órgano de aplicación de la LNSM, se impulsó que el equipo profesional sanitario de la sala de salud mental donde la persona se encontraba internada se convocaran a trabajar en una mesa de externación a profesionales del centro público encargado de abordar las adicciones. Más tarde, se convocó al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, la Curaduría Oficial, promotores de salud, más tarde una ONG y luego personas de la comunidad.

Sin embargo, “las redes no se construyen ni formalizan en un solo día” y el nivel de sostenimiento que tiene a un año de la experiencia no implica aún una colaboración constante entre los diversos actores. Se trata evidentemente de procesos de gestión, siendo el tiempo y la perseverancia dos factores que dan sostenimiento a estas formas de abordar la salud mental de personas concretas desde un enfoque de derechos humanos (UNSAM-CENOC, 2014: 17)¹¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación por los Derechos Civiles - ADC. (2008). “El litigio estratégico como herramienta para la exigibilidad del derecho a la educación: posibilidades y obstáculos”. Disponible en: «<http://www.redligare.org/spip.php?article198>».

Carranza Casares, Carlos. (2007). Salud Mental y derechos humanos a concretar. Buenos Aires: Ed. Educa.

Centro por la Justicia y el Derecho Internacional – CEJIL. (2007). La protección de los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano. Buenos Aires: Fundación Sueca para derechos Humanos. Recuperado en: «http://cejil.org/sites/default/files/guia_para_defensores_y_defensoras_de_derechos_humanos_0.pdf».

¹¹ Se retoma en el citado trabajo el modelo que plantea el Dr. Mario Rovere de construcción de las redes sociales transitando diversos niveles concatenados.

Goffman, Erving. (1970). Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. 1ª Ed. 3ª reimpresión, 2001. Buenos Aires: Amorrortu.

Instituto Nacional contra la Discriminación – Inadi. (2012) Derecho a la Salud sin Discriminación. Disponible en: «<http://inadi.gob.ar/promocion-y-desarrollo/publicaciones/documentos-tematicos/salud/>».

Palacios, Agustina & Bariffi, Francisco. (2012). Capacidad Jurídica, Discapacidad y Derechos Humanos: Una revisión desde la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Buenos Aires: Ediar.

Stolkiner, A; Ardila Gómez, S. (2012). “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”, en I VERTEX Rev. Argentina de Psiquiatría, 2012, Vol XXIII: 57-67.

UNESCO. (1993). Programa de Viena adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Disponible en: «<http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000954/095414so.pdf>».

UNSAM-CENOC (2012) “Módulo 5: Redes Sociales y Organizacionales” en “Fortalecimiento de las Capacidades de Gestión de Organizaciones Sociales Territoriales” Buenos Aires. CENOC.

Sitios Recomendados

«<http://www.msal.gov.ar/saludmental>».

«<http://www.legislaw.com.ar>».



III. HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN Y GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD MENTAL



COMUNICACIÓN RESPONSABLE ANTE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO

Autores: Martín de Lellis, Andrea Demasi.

RESUMEN

Por su relevancia epidemiológica e impacto social, el suicidio requiere ser considerado como una de las prioridades en el marco de las políticas públicas formuladas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. En tal sentido, también es necesario identificar cuáles son las principales creencias y falsas ideas que se interponen para el reconocimiento del problema y la adopción de acciones preventivas. Las estrategias y medios masivos de comunicación han tenido históricamente un rol muy importante en la difusión de noticias y/o mensajes que se constituyan en promotores de conductas de riesgo para la salud pero también en la promoción de un mayor grado de alerta y conciencia social en torno a las características que presentan tales problemáticas, y en la incorporación de la misma en la agenda pública y de los poderes públicos. En tal sentido, se expone la labor comunicacional desarrollada en el período reciente por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en torno a la prevención del suicidio, y que se resumen en las siguientes estrategias de acción dirigidas a: a) La población general; b) Los comunicadores, periodistas y medios de comunicación; c) El diseño de lineamientos de atención destinados a los profesionales que se desempeñan en el sistema formal de salud (servicios de salud mental en hospitales generales, guardias hospitalarias, centros de atención primaria de la salud, centros integradores comunitarios). Se establecen, finalmente, algunas reflexiones en torno a la necesidad de efectuar procedimientos de evaluación que permitan monitorear los resultados e impacto de las medidas adoptadas.

Palabras clave: Comunicación Responsable, Medios, Prevención, Suicidio.

INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 supone un punto de inflexión para instituir un nuevo paradigma que concibe a las personas con padecimiento mental en tanto sujetos de derecho que deben ser reconocidos como miembros de la sociedad en su calidad de ciudadanos e incluidos plenamente en ella.

Esto mismo tiene estrecha vinculación con lo propuesto en el Acta realizada en el “Primer Encuentro Nacional y Latinoamericano de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental” (RED FUV, 2011), donde se establece la urgente necesidad de que los medios de comunicación no perpetúen mitos vinculados a la peligrosidad, incapacidad, cronicidad e irreversibilidad de las problemáticas mentales. Como así también, difundan y promuevan los derechos de las personas con sufrimiento mental.

Para contribuir a superar y dejar definitivamente atrás el viejo paradigma y los consecuentes estereotipos que durante largo tiempo han estigmatizado a estas personas, es fundamental el rol de los medios de comunicación, en tanto no se puede soslayar el poder que ejercen en relación a la percepción de la realidad de la sociedad, la imagen que transmiten de la salud mental en general y de las personas afectadas por padecimientos mentales en particular.

En el presente artículo nos centraremos en los procesos de naturalización de ciertas conductas asociadas con la enfermedad mental y el rol de los medios de comunicación en la desnaturalización y problematización de las creencias y falsas ideas que legitiman la imposibilidad de desarrollar estrategias eficaces de comunicación y prevención en torno a la problemática del suicidio.

LOS PROCESOS DE NATURALIZACIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN

El concepto de naturalización, de importante raigambre en la tradición de la psicología social, ofrece una vía para pensar el enfoque en torno a la prevención del suicidio desde una perspectiva que incorpore también la dimensión social y cultural. De acuerdo a la definición aportada por M. Montero, “es el proceso mediante el cual ciertos fenómenos y pautas de comportamiento son considerados como el modo de ser de las cosas en el mundo, como parte esencial de la naturaleza de la sociedad.” (2004: 292), a lo que la autora añade: “La (...) naturalización y familiarización son las vías para aceptar, conocer y relacionarse con lo extraño, con lo diverso; para hacerlo aceptable, admisible y también para internalizarlo y considerarlo como parte del ser en el mundo.

Junto con la habituación, son los mecanismos microsociales que mantienen ciertas estructuras y modos de vida, a la vez que sostienen la permanencia y el estasis social” (2004: 260).

Las estrategias más importantes para revertir los procesos de naturalización y familiarización son denominadas procesos de problematización o desnaturalización de aquello que forma parte del devenir no cuestionado de la realidad, lo “que siempre se hizo de esta manera y no es hora de cuestionarlo”, lo que se asume como fatalmente necesario y, por lo tanto, imposible de modificar.

El concepto de problematización fue introducido por Paulo Freire (2005), quien lo acuñó para definir un componente central de su enfoque revolucionario de la pedagogía social, y lo caracterizó como el proceso de analizar críticamente el modo de concebir el mundo y el rol que adopta en él la persona. En tal sentido, la problematización produce una movilización del campo cognoscitivo, ya que se cuestionan las explicaciones y consideraciones acerca del mundo aceptadas como verdaderas por el grupo social al que el sujeto pertenece y ofrece la vía para la adopción de concepciones alternativas a las mayoritariamente aceptadas.

Las estrategias de problematización procuran como efecto la desnaturalización de procesos y relaciones sociales, pues al cuestionar el carácter natural de las circunstancias vitales y plantearlas como fruto de una construcción social se reflejan los conflictos y las estructuras de opresión que son parte indisoluble de la reproducción social (por ejemplo: el dominio ejercido por una clase social o género sobre otra/o).

Los procesos de desnaturalización de cuestiones sociales son uno de los requisitos fundamentales para que temas naturalizados e invisibilizados puedan visibilizarse e ingresar a la agenda social para su tratamiento y/o resolución a través de políticas públicas, y alcancen así el estatuto de cuestiones socialmente problematizadas que movilizan el interés o la atención del público general (de Lellis, 2010).

El conflicto se plantea cuando en el tratamiento de tales cuestiones se confrontan modos de actuar tradicionales y estereotipados con la adopción de nuevas concepciones acerca del sentido de la acción -a menudo encarnado a través de lo que Moscovici (1981) caracterizó como “minorías activas”- que cuestionan aquellas arraigadas tradicionalmente y por lo tanto naturalizadas. Esto podría explicar las tensiones asociadas al desencadenamiento de crisis y ulteriores transformaciones en campos socialmente problematizados tales como el área materno-infantil, los derechos del trabajador o la salud mental.

Las estrategias, métodos e instrumentos de comunicación tienen un papel fundamental en el proceso de desnaturalización, ya que para lograr que una cuestión social sea visibilizada deben conjugarse diversos factores: la percepción generalizada en la opinión pública en torno a la gravedad y/o urgencia que plantea un tema para obligar a su perentoria resolución, el carácter disruptivo que presenta respecto de la situación precedente, o bien la capacidad de influencia que ejercen los actores sociales que pugnan por su consideración pública a través del uso de dichas estrategias.

LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO

El suicidio ha sido una de las problemáticas sociales que más interés ha conitado en las ciencias sociales: desde el enfoque de Emile Durkheim (2004) que liga el suicidio a problemas asociados con las normas y regulaciones que definen el grado de cohesión de la estructura social como también aquellos enfoques que ponen el acento en los aspectos vinculares, numerosos científicos sociales han tratado de arrojar evidencias sobre la relación del suicidio con el estado civil, el sexo, la clase social o los factores vinculados con los trastornos mentales (ejemplo: depresión, esquizofrenia).

Debido a que se trata de un grave y extendido problema de salud pública, el suicidio requiere políticas públicas que atiendan su prevención y control. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños (el tratamiento eficaz de los padecimientos mentales) hasta el control medioambiental de los factores de riesgo.

Los abordajes más destacados o preeminentes han señalado el carácter complejo y multideterminado de la problemática, así como su impacto sobre el medio familiar y comunitario. Asimismo, han puesto de relieve las múltiples y diversas manifestaciones del fenómeno, tanto en relación con los factores desencadenantes como también en relación a los medios empleados que adoptan las personas que intentan o consuman un acto suicida.

Por su magnitud e impacto, el suicidio se constituye en una de las problemáticas epidemiológicas de salud mental prevalentes en la sociedad argentina, afectando a ciertos grupos de edad cuya incidencia se ha incrementado en el período reciente, tal como ha sido consignada por diversos informes publica-

dos por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación. En Argentina, en el período 1997-2011, la evolución de la tasa de suicidio (TMB x 100.000 habitantes) se ha mantenido relativamente estable. En 1997, la tasa fue de 6,3, el pico más alto se presentó en el 2003 con una tasa de 8,7 -posiblemente como consecuencia de la crisis económica y social del año 2001- y para el año 2011 descendió a 7,3. (Martínez Calle, S; Sola, M; Venesio, S; Cuello, M; Soumoulou, M. & Agostinho, V., 2014). El número total de suicidios adolece de problemas vinculados al subregistro, lo que produce un fenómeno de subestimación de los datos.

De acuerdo a la propuesta contenida en el manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a otros trabajos, diversos factores concurren en la subestimación e invisibilidad social del problema (OMS, 2000).

a. El estigma asociado con quien consume el acto suicida

Esto resulta en parte tributario de una visión de raigambre religiosa (ej: cristianismo), que ha connotado como moralmente sancionable la conducta de quitarse la vida, como expresión de las dificultades para afrontar una situación límite o como el resultado de las debilidades del sistema de creencias aceptado para afrontar las tensiones y dificultades propias de la existencia.

Por otra parte, una gran proporción de las personas que mueren por suicidio sufre padecimientos mentales, quienes fueran a su vez históricamente estigmatizadas y discriminadas, negándoles sus derechos como ciudadanos y excluyéndolas de la comunidad.

Esta discriminación puede hacer que estas personas no busquen ayuda profesional y carezcan de contacto con los servicios de salud (a pesar de que en muchos casos hay servicios suficientes disponibles para ayudar a quienes lo requieren en los momentos de crisis), o que no se integren de nuevo en su vida social después de haber recibido tratamiento.

b. La escasa disponibilidad de evidencias en torno a la relevancia del problema y/o las estrategias adoptadas para su mitigación

Como hemos señalado anteriormente, y superando un déficit histórico en la materia, son actualmente numerosos los estudios, datos e investigaciones que nos indican con suficiente consistencia la magnitud e impacto de las problemáticas relacionadas con la problemática del suicidio.

Sin embargo, aún cuando la evidencia que proponen tales datos resulta abrumadora, la opinión pública suele movilizarse y conmocionarse con mayor fuerza cuando se expone un suceso que afecta, por ejemplo, a un sujeto y/o a su grupo familiar; ya que la identificación de una problemática observable en un caso singular resulta más fácil de reconocer para el público masivo que si se exponen datos con un alto nivel de agregación sobre las características epidemiológicas del suicidio y las características demográficas de la población más afectada.

Dicha situación singular, sobre todo si tiene un carácter emblemático e ilustra tensiones o determinaciones sociales de difícil resolución, puede constituirse también en una oportunidad para desarrollar una acción concientizadora en torno a los factores sociales que deben ser abordados, siempre y cuando exista un tratamiento responsable del tema mediante las estrategias de comunicación masiva.

c. La baja calidad de los registros existentes

Este fenómeno es atribuible a diversas razones, entre las que se destaca el bajo grado de sensibilización/capacitación de los profesionales sobre la temática; quienes no se han entrenado en su formación profesional para la detección temprana de situaciones que pueden desencadenar la ocurrencia de intentos o hechos consumados de suicidio.

Otro de los factores decisivos en torno al déficit de establecer registros confiables, continuos y oportunos sobre dicho fenómeno se asocia a la judicialización de numerosas situaciones asociadas con la consumación del suicidio.

d. Escaso grado de poder e influencia de quienes se hallan más afectados por el problema para incidir sobre el curso de las políticas públicas y desarrollar estrategias de prevención

Las cuestiones emergentes en la sociedad son problematizadas por la acción de diferentes grupos que utilizan canales institucionales para situar su demanda en la órbita del Estado y así movilizar los recursos necesarios para su resolución. En este proceso tales grupos se encargan de colocar la cuestión en la arena pública, con el objeto de que la movilización generada en la población vuelva indispensable la intervención estatal, pues ello denota algún grado de legitimación de la cuestión que origina la demanda.

Con relación a la problemática del suicidio, es muy escaso el agrupamiento de quienes han sido afectados por la ocurrencia de tales hechos (ej: familiares y/o allegados de las personas que han consumado el acto suicida) para demandar la adopción de medidas que anticipen y/o eviten su concreción futura.

e. La naturalización del problema se refuerza con falsas ideas y creencias que legitiman la situación existente como normal y/o natural.

Por la particular importancia que reviste este aspecto, la trataremos en el Anexo b del presente trabajo.

EL ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA DESNATURALIZACIÓN DE CREENCIAS SOBRE EL SUICIDIO

Como se infiere de lo expresado anteriormente, uno de los roles más importantes que hoy les cabe a los medios masivos de comunicación es desmontar las falsas ideas reforzadas por las actitudes y las creencias de la población, las cuales obstaculizan el desarrollo de propuestas preventivas en torno a la cuestión.

En virtud de ello, se hace necesario también una tarea educativa y de difusión que ponga el acento en reconocer cuáles son los grupos más afectados o vulnerables (ej: jóvenes y/o personas de la tercera edad), así como también información acerca de las respuestas institucionales (por ej: de parte del Estado o de organizaciones sociales) que hoy se hallan disponibles para ofrecer alternativas de prevención y/o asistencia oportuna que eviten el incremento en la incidencia de tales fenómenos.

Finalmente, resulta de importancia cardinal el rol de los medios masivos de comunicación como una herramienta de gran potencia para situar las problemáticas sociales y sanitarias en la agenda pública y estimular el debate en torno a las mismas.

El concepto de agenda pública ha sido formulado en forma sistemática desde las ciencias políticas, con el objeto de describir el proceso de inclusión de temas que, en virtud de su problematización como cuestiones sociales relevantes, el Estado termina incorporándolos en su programa de acción, confiéndoles de esta manera carácter de legitimidad a los mismos.

Los medios de comunicación recogen habitualmente sucesos en los cuales una o más personas adoptan una conducta suicida (intento o consumación), que ingresan a la agenda pública por diversas razones (notoriedad del hecho, realizarse

en un ámbito público, celebridad de la/s personas implicadas).

En virtud de que los hechos y/o circunstancias que rodean a la conducta suicida revisten aspectos de difícil tratamiento (porque pueden afectar, por ejemplo, el derecho a la privacidad o pueden ocasionar la publicidad de aspectos íntimos para satisfacer curiosidades morbosas) se ha generado un consenso en torno a la necesidad de establecer pautas y criterios que orienten a los decisores y profesionales de la comunicación respecto de qué información brindar y cómo presentar las noticias asociadas a este tipo de eventos.

Por otra parte, dado que la temática del suicidio tiende a incluirse en la agenda pública por la notoriedad de quienes cometen actos de suicidio o bien por el carácter disruptivo y anómalo asociados a la ocurrencia de un número de casos que cuestiona la expectativa de los actores implicados, los Estados progresivamente están tomando conciencia de la necesidad de planificar a largo plazo una respuesta social y sanitaria a este problema.

Por ejemplo, los fenómenos más estudiados en la relación entre el uso de las estrategias de comunicación y la problemática del suicidio han sido los siguientes:

1. El efecto Werther: Una de las conexiones más relevantes en la relación entre el rol ejercido por los medios de comunicación en relación con el suicidio surgió a propósito de la difusión del célebre libro de Johann Goethe publicado a fines del siglo XVIII denominado *Las tribulaciones del joven Werther*, ya que una gran cantidad de varones jóvenes se suicidó como lo hace el protagonista de la obra luego de un desengaño amoroso.

2. Generación de alarmas públicas: Los estudios realizados durante el año 1982 (Philips y cols., 1982), en el cual se señala la probabilidad de que ocurra un incremento significativo en el número de suicidios en la población luego de publicitarse un hecho de suicidio a través de noticieros públicos, principalmente si este es consumado por celebridades (ej: Marilyn Monroe), mientras que no hay evidencias consistentes si tales casos de suicidio se exhiben en un contexto ficcional (ej: teleteatro o serie televisiva).

3. Promoción de conductas imitativas: Los suicidios que probablemente más conductas imitativas propician son aquellos que se apartan de los patrones usuales, y esto resulta aún más grave si se presenta un hecho atípico como si resultara típico. Por ejemplo, una información estereotipada y reiterada del suicidio con detalles que se centren en la vida cotidiana de la persona

implicada (del todo innecesarios para una cobertura mediática) tendería a promover pensamientos y conductas suicidas, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes.

Resulta importante asimismo revisar algunos criterios fundamentales que han sido caracterizados por organismos sanitarios internacionales (OMS), instituciones y organismos nacionales (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo-INADI) y expertos locales.

De la revisión efectuada en torno a buenas prácticas de comunicación sobre el suicidio en general (como problemática social o epidemiológica) y aplicado a casos específicos se ha podido arribar a las siguientes conclusiones:

a) Respecto de la comunicación acerca del suicidio en términos generales, las revisiones son coincidentes en la necesidad de interpretar cuidadosamente los datos estadísticos, utilización de fuentes confiables, no emplear abusivamente el término suicidio, evitar generalizaciones apresuradas (con extrapolación indebida de datos) y ser cuidadoso con la información en torno a la relación del suicidio con procesos de cambio social.

b) Respecto de la comunicación en torno a casos específicos de suicidio, evitar el cubrimiento sensacionalista, las descripciones detalladas respecto del método utilizado para consumar el suicidio o el escenario elegido por el suicida, evitar las explicaciones reduccionistas y procurar no convertir a quienes se suicidan en mártires de una causa que podría ser objeto de imitación. La Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (ex COMFER) es clara al advertir en sus recomendaciones acerca de la “espectacularización” que rodea al acto suicida, y la amenaza que ello conlleva para quienes presentan riesgo de cometerlo, ya que propician una atención desmedida y abundante en los detalles que predicen y contextualizan tales hechos (ej: método utilizado, conducta de planeación suicida):

Si bien el acto suicida no conforma una temática predominante en la agenda de los problemas noticiosos, en ocasiones se ha convertido en el eje y sentido del discurso informativo al brindar pormenores y detallar las acciones y/o declaraciones de la/s personas que se encuentran en una situación de tales características. De esta manera y mediante una cobertura “en vivo y en directo” desde el lugar del hecho, la noticia suele presentarse como un espectáculo en el que se apela a una variedad de recursos para su construcción (AFSCA, 2010).

c) Existe amplia coincidencia en torno a la importancia que adquiere el suministro de información sobre algunos factores de mayor riesgo para su consumación: por ejemplo, anunciar las señales de advertencia sobre el comportamiento suicida que contribuyan a una prevención oportuna de las estrategias de resolución adoptadas para la evitación del suicidio en personas con depresión, publicar los principales mitos y verdades asociados con la conducta suicida y divulgar los grupos de riesgo. También resulta importante informar en torno a la ayuda disponible para quien manifieste tendencias suicidas, y explicitar el acceso a dicha información (ej: números telefónicos para asistencia al suicida, grupos de autoayuda, orientación y/o tratamiento profesional) ya que permitirá, a quienes lo necesiten o requieran, disponer de servicios útiles para actuar ante este tipo de situaciones.

d) Por último, se pone de relieve la importancia que tiene el reconocimiento del grado de confiabilidad de las fuentes de información sobre la mortalidad del suicidio, ya que esta puede obtenerse de diversas organizaciones que actúan en todo el mundo en relación a la temática.

ESTRATEGIAS DESARROLLADAS POR LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN RELACIÓN A BUENAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN SOBRE SUICIDIO

Cabe indicar previamente que toda estrategia de comunicación debe adoptar un criterio claro respecto del mensaje a difundir y del destinatario del mismo, así como los canales a través de los cuales se transmitirá la información.

Las estrategias de comunicación planificadas e implementadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) se fundamentan en un mapa epidemiológico que permite priorizar y jerarquizar las problemáticas de salud mental más prevalentes y trascendentes por su magnitud e impacto, así como propiciar una cobertura completa de dichas temáticas a través de los medios disponibles o utilizables.

Dado este contexto de justificación, las líneas de acción que han sido desarrolladas han sido: a) Salud Mental Comunitaria; b) Consumo responsable de alcohol; c) Prevención del suicidio.

Respecto de la problemática del suicidio, los públicos diana que han sido identificados para el desarrollo de la estrategia han sido los siguientes: a) Comunidad, en la cual se ha trabajado fundamentalmente la idea de que es posible prevenir el suicidio; b) Comunicadores y/o medios de comunicación, en los cuales se ha tratado de difundir buenas prácticas para el tratamiento del suicidio en los medios masivos de comunicación; c) Profesionales de la salud que se desempeñan en hospitales y/o centros de salud, en donde se trata de brindar pautas y lineamientos consensuados (y basados en evidencias) sobre una correcta prevención y atención de las personas con riesgo o intento de consumir actos suicidas.

Expondremos a continuación las principales estrategias y materiales empleados en relación a los tres destinatarios antes enumerados:

a. Comunidad

Se han diseñado materiales de sensibilización y comunicación destinados a brindar recomendaciones para la acción preventiva (ej: folletería, banners y botones publicitarios) que fueron entregados durante el Día Nacional y Mundial para la Prevención del Suicidio realizado en la ciudad de Buenos Aires el 10 de septiembre de 2012 y 2013, y replicado en las principales ciudades del país a través de las direcciones provinciales de salud mental en todas las jurisdicciones.

Además, se trabajó a través de gacetillas de prensa, columnas de opinión y entrevistas gráficas, radiales y televisivas en la instalación de la temática en virtud del Día Nacional y Mundial para la Prevención del Suicidio a conmemorarse cada 10 de septiembre.

b. Comunicadores y medios de comunicación

De forma coordinada con el Área de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación se han redactado pautas incluidas en la página WEB de la DNSMyA destinadas a brindar orientaciones y buenas prácticas para el tratamiento en los medios de comunicación de la problemática vinculada al intento y/o consumación de actos suicidas (ver Anexo).

Cabe señalar que, si bien tales pautas no resultan de carácter obligatorio y, por lo tanto, no se prevén sanciones por su incumplimiento, en la medida que exista un consenso extendido en torno a la importancia de respetar sus lineamientos fundamentales se evitará incurrir en situaciones de “mala praxis periodística” en torno a las delicadas cuestiones a las que se ve enfrentada la comunicación de este tipo de situaciones.

c. Profesionales de la salud

Mediante la convocatoria de expertos y la conformación de una mesa de consenso en torno a cómo prevenir y/o tratar la problemática del suicidio en los servicios de salud se han elaborado lineamientos y protocolos, cuyo propósito es que sirvan como pautas orientadoras de la acción de los profesionales que integran el equipo de salud para la prevención y adecuada atención de esta problemática.

Tapa (Cuadernillo)



ANEXO 1

Cómo comunicar con responsabilidad sobre la temática del suicidio en los medios de comunicación

El Ministerio de Salud de la Nación transmite a los profesionales del periodismo instrumentos para lograr una adecuada comunicación del tema, dado que el impacto de los medios masivos con una cobertura repetitiva y continua de estos hechos tiende a promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes.

Existe evidencia suficiente para sugerir que algunas formas de cobertura periodística y televisiva de los suicidios están asociadas con un aumento de estas conductas estadísticamente significativo. Si bien con frecuencia este tema es de interés periodístico y los medios de comunicación tienen derecho a informar al respecto, es importante tener en cuenta que la reproducción del hecho genera un impacto sensible, particularmente entre la gente joven.

No obstante, los suicidios que con mayor frecuencia atraen la atención de los medios son aquellos que se apartan de los patrones usuales. De hecho, es impactante que los casos presentados en la prensa sean casi invariablemente atípicos y fuera de lo común, y representarlos como típicos perpetúa aún más la información errónea sobre el suicidio.

Diversos estudios realizados en el mundo -que fueron recopilados por el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000- demostraron que en la prensa escrita, las historias altamente publicitadas parecen tener el mayor impacto en la población vulnerable. También la cobertura televisiva influye en el comportamiento suicida y, con respecto a la divulgación en internet, si bien existen sitios en la red que ayudan a las personas con ideas suicidas y otros que intentan prevenirlos, hasta ahora ningún estudio sistemático ha analizado su impacto sobre el tema.

Hay que tener en cuenta que en el mundo el suicidio es un problema grave de salud pública, por lo que requiere la atención de todos los actores de una sociedad.

Dentro de ese marco, la difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

RECOMENDACIONES

A partir de un documento elaborado como parte de SUPRE (Suicide Prevention-Prevención del Suicidio), una iniciativa global de la OMS, se detallan algunos puntos a tener en cuenta a la hora de comunicar esta temática.

Si se está informando sobre el suicidio en general, deben usarse fuentes auténticas y confiables; mencionar estadísticas que deberán interpretarse cuidadosa y correctamente; los comentarios espontáneos deberán manejarse con cuidado a pesar de las presiones por tiempo, tener mucho cuidado con las generalizaciones basadas en cifras pequeñas y las expresiones como “epidemia de suicidios” y “el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo”.

Tampoco se debe informar el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los cambios o la degradación social o cultural.

En cuanto a la comunicación de un suicidio específico, deberán tenerse en cuenta a la hora de informar evitar la cobertura sensacionalista, particularmente cuando involucra a una celebridad. La misma deberá minimizarse hasta donde sea posible y evitar exageraciones.

Es importante no reproducir las fotografías de la víctima, no informar sobre el método empleado y sus detalles, así como tampoco la escena del suicidio, para evitar comportamientos imitativos, ya que investigaciones han demostrado que la cobertura por parte de los medios de comunicación tiene mayor impacto sobre el método de suicidio adoptado, que la misma frecuencia con que estos ocurren.

Los titulares en primera página nunca son la ubicación ideal para informar sobre un suicidio y la información acerca del suicidio como algo inexplicable o basada en un enfoque lineal tampoco es apropiada porque nunca es el resultado de un solo factor o hecho.

El suicidio no deberá describirse como un método para enfrentar problemas personales tales como bancarrota, incapacidad de aprobar un examen o abuso sexual y los informes deberán tener en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento psicológico.

Es contraproducente glorificar a las víctimas de suicidio como mártires y objetos de adulación pública porque puede sugerir, a las personas vulnerables, que la sociedad honra el comportamiento suicida. Lo correcto es poner el énfasis en lamentar la muerte de la persona o describir las consecuencias físicas de los intentos de suicidio para que actúen como elemento de disuasión.

Qué hacer

- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso.
- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores de los medios gráficos.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
- Publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia.

Qué no hacer

- No publicar fotografías o notas/cartas suicidas.
- No informar detalles específicos del método usado.
- No dar razones simplistas.
- No glorificar ni hacer una cobertura sensacionalista del suicidio.
- No usar estereotipos religiosos o culturales.
- No aportar culpas.

La información confiable sobre la mortalidad del suicidio puede obtenerse de un buen número de organizaciones de todo el mundo. El banco de datos de la OMS contiene datos por edad y género a partir de 1950.

Otras organizaciones que pueden suministrar información son el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), el Instituto Interregional de Investigación del Crimen y la Justicia de las Naciones Unidas (UNICRI), el Fondo para el Desarrollo de la Mujer de las Naciones Unidas (UNIFEM), la Red Internacional de Epidemiología Clínica (INCLLEN), la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y la Negligencia en Niños (ISPCAN), la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas (EUROSTAT) y el Banco Mundial.

ANEXO 2

Una ilustración empírica: desnaturalización de falsas ideas y prejuicios para fortalecer las estrategias de prevención del suicidio

Entre las falsas ideas que han sido identificadas y reportadas en la bibliografía especializada como más extendidas en nuestra sociedad, y que requieren ser desmontadas mediante la contrastación con evidencias científicas y una intensa estrategia de concientización del público, hallamos los siguientes:

a) **El suicidio no se puede prevenir;** que se halla desmentido por la evidencia que señala que de cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

b) **Los suicidas son enfermos mentales;** cuando la evidencia indica que si bien los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre un padecimiento.

c) **Todo el que se suicida está deprimido;** ya que si bien toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos quienes manifiestan tendencias suicidas presentan este desajuste. Pueden padecer trastornos mentales tales como esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, para citar sólo ejemplos.

d) **Preguntar a una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro que lo realice;** ya que contrariamente a ello, está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

e) **El suicidio es hereditario;** ya que aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio no está demostrado científicamente que el suicidio se herede. En ciertos

casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio puede constituir un síntoma principal, como por ejemplo los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

f) **El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona;** ya que si bien ello contiene parte de verdad debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, procurando evitar las noticias sensacionalistas y aquellos manejos de información que provoquen la imitación de esa conducta.

g) **Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio;** en virtud de que los medios de comunicación juegan un rol significativo en el modelado de actitudes, creencias y comportamientos pueden desempeñar un rol preeminente en la prevención del suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSCA. Tratamiento de las prácticas suicidas en los medios de comunicación. Mayo 2010. Argentina.

de Lellis, M. & Cols. (2010). "Políticas públicas y salud comunitaria". En: Saforcada, E; Mañas, M; Aldarondo, E. Neurociencias, salud y bienestar comunitario. San Luis: Universidad Nacional de San Luis.

Durkheim, E. (2004). El suicidio. Buenos Aires: Losada.

Freire, P. (2005). Pedagogía del oprimido. Buenos Aires: Siglo XXI.

Martínez Calle, S; Sola, M; Venesio, S; Cuello, M; Soumoulou, M. & Agostinho, V. (2014) Mortalidad por suicidio en Argentina. Período 1997-2011. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación.

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.

Moscovici, S. (1981). Teoría de las minorías activas. Madrid: Morata.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.(2013) Comunicación responsable: Recomendaciones para el tratamiento de la temática del suicidio en los medios, disponible en: «[Http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/comunicacion-responsable](http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/comunicacion-responsable)».

Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: “Un instrumento para profesionales de los medios”. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.

Philips D. P. “The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence”. American journal of sociology, 1982, 87: 1340-1359.

RED FUV. Acta del Primer Encuentro Nacional y Latinoamericano de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos Humanos en Salud Mental. Buenos Aires, 02 -11-2011.

Sitios Recomendados

«<http://www.msal.gov.ar/saludmental>».

VISIÓN BORROSA. LOS ENCUADRES DE LOS MEDIOS MASIVOS SOBRE LAS PROBLEMÁTICAS LIGADAS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Autores: Aldo Dománico, Christian Dodaro.

La estrechez del enfoque, que define lo que se puede ver o escuchar en los medios, restringe el mundo en lugar de ampliarlo y muestra la paradoja de una información que desinforma (...) el “fetichismo de la subjetividad” explica la subjetividad para desenmascarar una identidad construida sobre las elecciones de consumo, entre ellas, las que corresponden a las bebidas alcohólicas.

H. Míguez

Los acontecimientos sociales no son objetos que se encuentran ya hechos en alguna parte de la realidad y cuyas propiedades y avatares nos son dados a conocer por los medios (...) los medios son el lugar desde donde nuestras sociedades industriales producen nuestra realidad.

E. Verón

RESUMEN

El presente trabajo es una primera aproximación a los modos en los que la prensa gráfica de nuestro país produce encuadres cognitivos o “framings” sobre la problemática del consumo excesivo de alcohol y sobre sus implicancias en la producción social de estigmas sobre los consumidores y en los imaginarios de consumo, y cómo esto contribuye a procesos de control social.

Palabras clave: Consumos, Jóvenes, Alcohol.

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones centrales de nuestro trabajo es revertir las barreras culturales y sociales al acceso a la salud. Entre ellas se hace presente la estigmatización que pesa sobre las y los adolescentes de sectores populares ante el consumo de alcohol.

Según el Informe elaborado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2012) de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se estima que 1.700.308 personas mayores de 15 años, padecen trastornos de abuso o dependencia al alcohol, siendo ésta la sustancia de mayor consumo entre los adolescentes y también es la que registra ingesta a edades cada vez más tempranas.

El informe sobre la representación de las juventudes en programas informativos y periodísticos del Observatorio de la Discriminación en Radio y Televisión abordó dichas representaciones en diversos programas informativos y periodísticos. Las representaciones producidas durante fines de 2008 y principios de 2009 tendían a construir una imagen, ligada a la violencia y al abuso de alcohol y otras sustancias y al descuido en sus conductas sexuales (ver: «<http://www.obserdiscriminacion.gov.ar/web/?p=235>»).

Ello se refuerza si apreciamos las fuentes jerarquizadas y legitimadas por los medios. El silenciamiento de la voz de los adolescentes en el abordaje de sus problemas se hace evidente en el informe de Periodismo Social. El mismo señala que sólo 4 % del espacio de las notas que abordan problemas o cuestiones referidos a esa franja etaria toma la opinión de los adolescentes (ver: http://www.periodismosocial.org.ar/area_infancia.cfm).

Como ha sido investigado desde hace ya tiempo en cuanto a la cobertura de agendas de “inseguridad” los medios, desde una lógica centrada en el caso, tienden a sesgar las causas de los hechos que transforman en acontecimientos, las responsabilidades de organizaciones y sociedad civil en ellos, espectacularizarlos y borrar del debate la posibilidad del involucramiento y de la participación civil en sus soluciones.

El presente trabajo es una primera aproximación a los modos en los que la prensa gráfica de nuestro país produce encuadres cognitivos o “framings” sobre la problemática del consumo excesivo de alcohol y sobre sus implicancias en la producción social de estigmas sobre los consumidores y en los imaginarios de consumo, y cómo esto contribuye a procesos de control social.

MARCO SOBRE LOS MARCOS

Los fundamentos sociológicos del framing o “enmarcado” pueden encontrarse en los trabajos del interaccionismo simbólico de Goffman (2006). En ellos subyace el supuesto de que los individuos hacen un esfuerzo continuo para entender y explicarse los sucesos que ocurren a su alrededor y otorgarle sentido a esos acontecimientos. Lo hacen mediante esquemas interpretativos o encuadres primarios para clasificar información e interpretarla de tal forma que adquiera sentido para los propios individuos.

El framing es el proceso de construcción de marcos, de modos de entender los relatos que el periodismo produce sobre la realidad. Ordenan los relatos sobre los acontecimientos según esquemas que se articulan con patrones perceptuales de las audiencias. Estos esquemas facilitan y agilizan la comprensión de lo narrado. A través de las operaciones de los periodistas se reduce la complejidad de cada acontecimiento y se lo presenta de modo inteligible a los lectores.

Para el estudio del proceso de análisis de marcos o framings utilizaremos la metodología de Entman (2004) quien sostiene que se debe tener en cuenta la presencia o ausencia de palabras claves que modalizan los enunciados; la insistencia en ciertas frases; imágenes estereotipadas; fuentes y comentarios que refuerzan ciertos hechos y juicios. Por su parte, Tewksbury (2007) identifica los frames desde los títulos, subtítulos, fotos, pies de foto, frases de arranque y párrafos, y frases concluyentes. Todos estos elementos disponen a los lectores respecto al modo en el que van a dar sentido a lo sucedido y presentado como noticia.

UN PROBLEMA QUE PASA INADVERTIDO AHÍ DELANTE DE NUESTROS OJOS

El Ministerio de Salud y la SEDRONAR son los organismos del Estado argentino más especializados en el abordaje de la problemática del consumo de alcohol y, en consecuencia, cuentan con mayor cantidad y diversidad de intervenciones en la materia. En el ámbito del MSAL, se destacan el Programa Nacional de Prevención Frente al Uso Excesivo de Alcohol y la Mesa Interministerial impulsada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), las actividades de seguimiento y vigilancia epidemiológica a través de encuestas nacionales, y diversos programas que contienen alguna intervención específica orientada al fortalecimiento de las prestaciones y servicios de salud relacionadas con la problemática (Plan Nacer/Sumar, Programa

Remediar + REDES, Programa Médicos Comunitarios y Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia) junto con actividades asociadas a la prevención y promoción (Programa Municipios Saludables) y asistencia (Hospital Posadas y el CE.NA.RE.SO (Centro Nacional de Reeducción Social).

A partir de los relevamientos epidemiológicos realizados por ambas instituciones, surge que en la Argentina tres millones de personas realizan al mes consumo excesivo de alcohol (DNSMyA - ENPreCoSP 2011) y se contabilizan 1,34 millón de consumidores problemáticos (SEDRONAR - La Situación epidemiológica en la Argentina, 2012). Casi un millón de adolescentes sufre consecuencias físicas, psicológicas y sociales por tomar alcohol (SEDRONAR - Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media, 2009).

Son múltiples las causas y condicionantes que alientan ese tipo de ingesta episódica y excesiva. Sin dudas, uno de ellos es el patrón de consumo impulsado y naturalizado por los medios masivos que promueve la ingesta, al mismo tiempo que estigmatiza. La ingesta nociva atraviesa a todos los grupos etarios y socioeconómicos, pero golpea con más fuerza a los y las jóvenes y la estigmatización por tal consumo es más intensa en los sectores populares.

Las noticias sobre consumo de alcohol se dividen en dos tipos: las que refuerzan esta representación y las que estigmatizan a los jóvenes asociando el consumo de alcohol con la violencia.

Más aún, en muchos casos se avanza en la estigmatización de los consumos de los jóvenes de sectores populares y se celebra el consumo de los jóvenes de clases medias y altas (Alvarez, 2009), constatándose en muchos casos que estos enfoques aparecen desligados y discontinuos dentro de la continuidad informativa.

MARCOS PRODUCIDOS POR LOS MEDIOS PARA PRESENTAR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Este trabajo constituye una primera aproximación al modo en el que la temática es abordada por la prensa gráfica en nuestro país a partir de datos elaborados con base en un “clípeo” o búsqueda de notas mediante las herramientas que provee el buscador Google que cubre el período marzo 2012 a marzo 2013, en el que se relevaron un total de 562 notas en las versiones electrónicas de diarios nacionales y provinciales de artículos que contuvieran las siguientes palabras: Consumo de alcohol o Alcoholismo o Abuso de alcohol; Alcohol y jóvenes o adolescentes y Alcohol y violencia.

Se puede observar una fuerte prevalencia de la temática en las agendas públicas provinciales y un incremento de la misma en fechas cercanas a las fiestas de fin de año y durante el verano. Ya sea que las noticias procedan de fuentes de organismos oficiales o sean narraciones de acontecimientos ligados a conflictos o accidentes, en el 73 % se tiende a construir la información privilegiando los datos estadísticos en los que destaca la edad de inicio del consumo, el porcentaje de consumidores que dicen haber tomado o la cantidad de adolescentes que ingresan a guardia por consumo excesivo.

En diarios de distintas provincias se repiten con mínimas variaciones titulares del tipo: “Mas del 70 % de los jóvenes reconoce haberse emborrachado”, “Adicciones: 12 años, edad promedio de inicio en el consumo”, “Subió 40 % el ingreso de chicos a las guardias por el consumo”, “Crecen los casos de alcoholismo en la provincia”, “Cuatro de cada diez adolescentes consumen alcohol”, “Son los jóvenes quienes más consumen”¹.

Otro modo de titulación recurrente es la que destaca el “desborde”, los “riesgos” y los “excesos” que realizan los jóvenes: “Alcohol, violencia y descontrol, los fatídicos protagonistas de la noche”, “Clausuran fiesta con adolescentes y mucho alcohol”, “Sexo y Alcohol”.

En todos los casos se titula aludiendo a una situación alarmante pero aislada, y la noticia no persiste en la agenda informativa.

Aquí se vuelve a apelar a la espectacularidad y al impacto. En este caso se lo hace desde la conmoción al pretendido sistema de valores de la audiencia presunta y al cual se quiere conmocionar.

En los copetes y primeros párrafos el relato sobre lo acontecido o sobre los datos estadísticos aparece acompañado de adjetivaciones y modalizaciones a través del uso de adverbios que suelen sobreacentuar las situaciones descritas, por ejemplo como “preocupantes”, “inconcebibles”, “desbordantes”, “alarmantes”.

¹ Ver, entre otros ejemplos:

*<http://www.misionesonline.net/noticias/01/03/2012/el-consumo-de-alcohol-en-misiones-comienza-en-promedio-a-los-10-anos>».

*<http://www.infobae.com/notas/637355-Mas-del-27-de-los-ingresados-en-hospitales-bonaerenses-por-golpes-son-heridos-por-chocar-en-moto.html>».

*<http://www.diariolavanguardia.com/noticias/8037-para-los-jovenes-el-alcohol-sigue-siendo-la-principal-puerta-de-ingreso-a-las-drogas/>».

*<http://www.diarioelargentino.com.ar/noticias/104626/el-80-de-los-menores-de-17-anos-consume-alcohol-las-mujeres-superan-a-los-varones>».

*http://www.sol915.com.ar/noticias/locales/boliche-clausurado-por-incitar-a-la-violencia-y-al-alcohol_20121207_2049.html#.UMtIsuS8Ypl».

A pesar de que los datos con los que suele titularse provienen de fuentes epidemiológicas oficiales, las mismas son citadas en los últimos párrafos y se configuran sus declaraciones de modo tal que en muchos casos no se señalan las políticas existentes que podrían dar algunas respuestas a estas problemáticas.

En las fotografías que acompañan e ilustran las notas se suelen mostrar botellas a medio tomar, jóvenes en situación de consumo excesivo, arrojados en el piso u otras situaciones negativas. Se tiende a la estigmatización de los consumidores y en general quienes consumen suelen ser jóvenes con gorravicerias y las fotos suelen ser sacadas en la vía pública².

En muy pocos casos se destacan o informan las actividades preventivas realizadas por los organismos estatales y desde la sociedad civil y de manera casi nula se promueven acciones de cuidado, no se establecen responsabilidades y no se informa a la sociedad sobre su derecho a la atención.

Asimismo se observa una constante en la que se validan y mensuran de forma desigual a los consumidores según su procedencia étnica, cultural y/o de clase. A través de reiteradas adjetivaciones y de modalizaciones en cada texto, los sectores provenientes de las clases populares son estereotipados, estigmatizados y sancionados.

Baste citar como ejemplo uno de los párrafos finales de un diario de una provincia de la Patagonia en donde el 3 de junio de 2012 señalaban:

Los estudios marcan la comisión de delitos para sostener el circuito del consumo en algunos casos, y en otros el consumo como medio para cometer el delito. En ambos casos la presencia de drogas aumenta la posibilidad de agresión durante el delito. Se hace imperiosa la articulación entre todos los actores del mapa institucional para abordar estas situaciones³.

² Ver: «<http://www.diariolavanguardia.com/noticias/8037-para-los-jovenes-el-alcohol-sigue-siendo-la-principal-puerta-de-ingreso-a-las-drogas/>».

«http://www.diariodecuyo.com.ar/home/new_noticia.php?noticia_id=539776».

«<http://www.eldia.com.ar/edis/20120908/la-noche-adolescente-preocupacion-padres-docentes-20120908205035.htm>».

³ Recuperado de: «http://www.diariojornada.com.ar/44589/Politica/En_Chubut_el_70_de_los_estudiantes_secundarios_consume_alcohol».

O bien la nota en la cual un diario de alcance nacional relaciona el aumento de los casos de ingresos por guardia con la violación de una menor en la localidad balnearia de La Lucila del Mar:

El caso de la chica de 19 años violada en la localidad costera de La Lucila del Mar por tres jóvenes en un cumpleaños en el que se mezclaron bebidas volvió a encender el alarma de una realidad que preocupa⁴.

Asimismo en la primavera de 2012 un diario de una provincia del NOA señalaba:

Dos chicas en coma alcohólico y una policía agredida por menores: Una de ellas fue trasladada al Hospital Regional en tanto que la otra fue recogida por sus familiares quienes a su vez denunciaron que hubo padres que les permitieron beber a los chicos en fincas privadas. Una menor alcoholizada le provocó heridas cortantes a una mujer policía al morderla en una mano⁵.

A pesar de la forma en la que se suele enmarcar la información en los medios de comunicación masiva, se observa en el último período una mayor presencia del Estado nacional en los mismos como fuente epidemiológica o relacionada a la difusión de acciones en territorio. Los principales desafíos radican en la deconstrucción de representaciones sociales etigmatizantes vinculadas a los jóvenes y el consumo y en el desarrollo de medidas propositivas que contribuyan a una comprensión más integral de los determinantes del consumo y su impacto en la calidad de vida.

De 2012 a 2013 la presencia del Programa Nacional de Prevención del Consumo Excesivo de Alcohol y del resto de las acciones estatales en los medios creció del 9 % de las notas al 29 % según datos de CIPPEC (2013).

⁴Recuperado de: «<http://www.infobae.com/2012/06/02/651095-subio-40-el-ingreso-chicos-las-guardias-el-consumo-alcohol>».

⁵«<http://www.elliberal.com.ar/ampliada.php?ID=60080>».

CONCLUSIONES

“A veces la gente tiene una creencia fundamental muy fuerte. Cuando están ante pruebas que van en contra de esa creencia, la nueva evidencia no puede ser aceptada. Se crearía una sensación muy incómoda, llamada disonancia cognitiva. Y debido a que es tan importante proteger esa creencia fundamental, se racionalizará, ignorará e incluso negará aquello que no encaja con la creencia fundamental”.

Frantz Fanon

Tal como señalan Cetkovich Bakmas y Luchessi en sus trabajos, al pensar el funcionamiento de los medios de comunicación no debemos entenderlos como narradores o comentaristas de la agenda política sino como actores con intereses propios (2001).

Por ello, desde su elección de citas de autoridad, por el manejo sesgado de estadísticas y fuentes, entre otras cosas, influyen en lo que narran desde el modo en que lo narran.

De la lectura y análisis de los diarios del período elegido se desprende que los títulos son recurrentes, las fotografías similares, el modo de organización de la información tiene pocas variantes.

En resumen se estereotipa y estigmatiza a los consumidores, se espectaculariza la información y se presentan los hechos como caso aislados, como irrupciones, como fenómenos de los que sorprenderse, una y otra vez.

Los casos son presentados aislados de sus contextos de desarrollo en el espacio de la opinión pública. Tal como señalaron hace largo tiempo Ford y Longo (1999), a través del caso se establece una narrativización de la información de interés público que no propone ni produce transformaciones estructurales en los campos de interlocución. Su instalación en el imaginario es muy fuerte por las mismas características mnemotécnicas y afectivas de la narración.

Desde este modo de narrar se privilegia la lógica del impacto en la cobertura informativa por sobre posibilidad alguna de generación de debate o de discusión ante los acontecimientos construidos como noticia. Es decir que prima la lógica de obtención del beneficio a través de impactar a la audiencia, por sobre su rol como partícipes de la agenda política (Gambaccini et al, 2011; Rodríguez, Ferro, 2003).

Porque, después de todo, los medios masivos de comunicación privados son empresas capitalistas, por lo tanto actores interesados, con intereses particulares. Son actores y *tablado* donde la opinión pública se pone en escena.

Tal vez sea tiempo de recuperar otras escenas, de correrlos de esos tabladitos y de llevar la opinión pública a las plazas y las calles. Tal vez con la comunicación de masas no alcance y se necesite lograr cada vez mayor incidencia en las políticas públicas y promoción de la organización popular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M. (2009). "Imágenes y discursos sobre la diferencia: Prácticas culturales y relacionales de clase. Representaciones televisivas sobre jóvenes usuarios de drogas diversas: paco, poxi y éxtasis", en V Jornadas de Jóvenes investigadores, IIGG, Buenos Aires. Recuperado en: «http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/5jornadasjovenes/EJE5/Políticas%20y%20medios/Alvarez.pdf».

Olaviaga et al. (2013). Avances de la Argentina en la estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol. Buenos Aires: CIPPEC.

Cetkovich Bakmas, G. & Luchessi, L. (2001): "De Trelew (1972) a Ramallo (1999): la televisión y las transformaciones de la esfera pública", ponencia ante las IV Jornadas Endicom/Enpecom, Montevideo, 10 al 12 de mayo.

Eliseo, V. (2002). Efectos de agenda II. Espacios mentales. Buenos Aires: Gedisa.

Etman, R. (2004). Projections of power, framing news, public opinion and US Foreign Policy. Chicago: Univ. of Chicago.

Ferro, F & Rodríguez, M. (2003). Del Acontecimiento al Evento: los ardiditos de la memoria. II Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani. Buenos Aires, 2 y 3 de octubre.

Ford, A. & Longo Elia, F. (2009): "La exasperación del caso. Algunos problemas que plantea el creciente proceso de narrativización de la información de interés público", en Ford, A. La marca de la bestia. Buenos Aires: Norma.

Gambaccini et al. (2011): "La salud que muestra la TV", en Petracci y Waisbord Comunicación y salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía.

Goffman, E. (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Miguez, H. (s. d.). "Alcohol y modernidad líquida", en *Revista Crepúsculo*, N° 6. Recuperado de: «http://www.revistacrepusculo.org/06_adicciones.php».

Miguez, H. "El -yo- que construye el alcohol", en *Clarín*, 8/11/2010.

Pellegrini, J. (2001). "Alcoholismo y control social", en *Revista Conciencia en las adicciones*, N° 2, Caracas, Venezuela.

Pellegrini, J. (2008). *Salud y economía política, el caso del alcoholismo*. San Luis: Pólemos.

Sepadic, Universidad Nacional de Córdoba. (2010). Estudio exploratorio sobre el imaginario de la nocturnidad, la alcoholización y la diversión juvenil. Recuperado en: «<http://www.hugomiguez.com.ar/Infocales.pdf>».

Tewksbury, D, & Cheufele, S. (eds.). (2007). "Special Issue on Framing, Agenda Setting, & Priming: Agendas for Theory and Research", en *Journal of Communication*, 57 (1), 9-173.

EL FORO INTERSECTORIAL COMO HERRAMIENTA DE PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA¹

Autores: Daniela Moreno, Martín de Lellis.

RESUMEN

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental, y con base en los antecedentes de su empleo en distintas regiones del país, el Foro Intersectorial se prevé como una de las herramientas principales para el fomento de la participación y la organización comunitaria. En tal sentido, en el presente trabajo se describirán los objetivos propuestos, el contexto y los antecedentes que han justificado su empleo, las temáticas incluidas en su implementación, la caracterización de los distintos momentos que componen esta técnica, los criterios que obraron en la selección de las jurisdicciones y la cobertura territorial alcanzada, en términos de la cantidad de provincias y municipios que han sido sede de foros intersectoriales convocados por el nivel central y el número total de participantes que asistieron a tales eventos. La implementación de los Foros ha posibilitado el cumplimiento de objetivos tales como la fijación de tópicos centrales en la agenda regional, el establecimiento de prioridades y la identificación de los obstáculos y facilitadores potencialmente más relevantes para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, facilitando una mayor integración y reconocimiento recíproco entre los actores participantes en cada uno de los territorios en los cuales se ha realizado.

Palabras clave: Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Territorio.

¹ Una versión preliminar del siguiente trabajo fué presentada en el Congreso Mundial de Salud Mental. Organizado por la AASM y WFMH Bs. As., Agosto 2013

1. EL CONTEXTO Y LOS ANTECEDENTES

Uno de los principales objetivos de la política pública en salud mental de la actual gestión ha sido articular interdisciplinaria e intersectorialmente las políticas sobre adicciones para integrarlas al campo de la salud con base en la Ley Nacional 24.788, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Capítulo II, artículo 4), y su Decreto de Reglamentación N° 603/2013, procurando la atención de las problemáticas de consumo y las adicciones en la Red de Servicios de Salud/Salud Mental con base comunitaria, orientada según la perspectiva epidemiológica y la implementación de un modelo de atención que comprenda la reducción de daños.

Mediante el Decreto Presidencial 457/2010 se creó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), dependencia directa de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. La DNSMyA es autoridad de aplicación de la Ley de Salud Mental.

A inicios del año 2012, en Latinoamérica en general y en la Argentina en particular, resultaba prioritario instalar en la agenda pública y de los poderes públicos involucrados el problema del consumo nocivo de alcohol en el campo de la salud mental, a fin de desarrollar una estrategia integral que se refleje congruente y de acuerdo a las importantes demandas asociadas con una problemática epidemiológica tan relevante.

En el marco de la Unión de Naciones Suramericanas UNASUR, se conformó el Consejo Suramericano del Problema Mundial de las Drogas (CSPMD) cuya estructura se sostiene en una instancia ejecutiva y seis grupos de trabajo con ejes específicos y un país miembro como coordinador del grupo.

Argentina resultó investida para efectuar la coordinación del Grupo 1 denominado de Reducción de la Demanda. En este ámbito de concertación se logró identificar la problemática del consumo nocivo de alcohol como transversal a toda la región y se propuso realizar una jornada presencial en Buenos Aires para compartir perspectivas y experiencias, así como avanzar en la construcción conjunta de un documento que unifique criterios sobre el trabajo en materia de prevención.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones definió el Foro Intersectorial como herramienta estratégica para trabajar dicha agenda, y decidió la organización de una serie de encuentros en las diferentes regiones del país para instalar la temática en los poderes públicos locales, integrar la perspectiva de los distintos actores, analizar dificultades y propuestas de los referentes más destacados

en el ámbito territorial cuya labor se centrara en el consumo nocivo de alcohol.

De esta manera, entre los propósitos generales perseguidos a través de la realización de los Foros Intersectoriales podía consignarse la articulación y sistematización de las demandas y propuestas territoriales en políticas locales y nacionales de salud mental y adicciones, tal que sirvieran de insumos para el trabajo a desarrollar en el ámbito de la UNASUR.

Se definió que el Encuentro presencial sobre Políticas Latinoamericanas de Prevención y Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol y Otras Drogas se llevaría adelante en Buenos Aires en el mes de Junio de 2013, y que se comunicaría en dicha instancia el resultado de los Foros, comprendiendo tópicos tales como cobertura territorial, cantidad de asistentes y los principales acuerdos y compromisos alcanzados con los actores locales participantes.

Estos eventos fueron organizados y financiados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y acompañaron referentes de organismos del Estado nacional a través de una Mesa Interministerial de políticas sobre adicciones, integrada por: Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico–SEDRONAR, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Seguridad, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud. Dicha Mesa está integrada en la actualidad a la Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental, espacio intersectorial estipulado en la Ley Nacional de Salud Mental para el diseño y la articulación de las políticas nacionales.

2. ADOPCIÓN DE LA ESTRATEGIA

El Plan Nacional de Salud Mental descansa en una concepción participativa e integral, que promueve y respeta la diversidad de situaciones, recursos y saberes preexistentes en las distintas jurisdicciones del país.

Dada la complejidad de los problemas y de las estrategias a adoptar para su implementación los componentes fundamentales son los siguientes: integración sectorial, interdisciplinariedad, interculturalidad, redes de servicios articuladas territorialmente, readecuación del financiamiento según prioridades de la gestión y fomento de la participación comunitaria. En el marco de dicho plan, y con base en los antecedentes de su empleo en distintas regiones del país, el foro intersectorial se prevé como una de las herramientas principales para el fomento de la participación y la organización comunitaria.

Las políticas públicas han sido orientadas hacia diversas temáticas sustantivas que se constituyen en graves problemas de salud pública (suicidio, alcoholismo, trastornos mentales severos), mediante acciones coordinadas con los referentes regionales y locales que comprenden la rectoría y la asistencia técnica en distintas jurisdicciones del país.

Una de estas estrategias de trabajo ha sido el foro intersectorial que, cimentado en la experiencia desarrollada por diversos actores institucionales en campos ligados históricamente al desarrollo social, ha sido adaptado para los objetivos y requerimientos de política pública que hoy rigen al campo de la Salud Mental y las Adicciones.

Los ejes de trabajo han sido los siguientes:

- Nuevo paradigma en Salud Mental: principios de la Ley Nacional 26.657.
- Modelo de trabajo basado en la organización de redes territoriales.
- Nuevas articulaciones con el Poder Judicial.
- Intersectorialidad en la construcción de estrategias.
- Integración de las políticas de salud mental y adicciones con eje en el consumo nocivo de alcohol.

3. OBJETIVOS

La implementación de los Foros Intersectoriales ha procurado el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Fijación y discusión de la salud mental en la agenda pública y de los poderes públicos.
- Habilitación de nuevas instancias para la coordinación intersectorial.
- Fomento de la participación comunitaria.
- Identificación y ponderación de experiencias testigo.
- Establecimiento de acuerdos y/o consensos entre los referentes institucionales.
- Institucionalización de medios de coordinación de referentes y/o líderes de enlace ante situaciones de emergencia.

4. CARACTERIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA

La estrategia operativa que se adoptó para la implementación de los Foros se ha desagregado en distintas etapas:

- **Pre-foro:** Tras evaluar los factores epidemiológicos y político-institucionales se procedió a la convocatoria de los actores participantes mediante las siguientes técnicas de difusión y/o comunicación institucional: identificación de actores mediante redes institucionales, contacto con socios territoriales como las Áreas y/o Direcciones Provinciales de Salud Mental, los Centros de Referencia del Ministerio de Desarrollo Social, referentes provinciales de diferentes organismos del estado nacional, envío de información por mails, newsletter y/o publicación de noticias en los medios locales. Es relevante destacar el importante rol de la logística en aquellas situaciones en las que se tratan de generar ámbitos de participación que nucleen a actores de diferentes procedencias y funciones. Se diseñaron los “papeles de trabajo” que enmarcaron conceptual y operativamente la actividad, y se acordó con referentes de nivel central y regional las consignas y agenda de actividades a desarrollar en el transcurso del Foro. Asimismo se realizaron reuniones previas con los coordinadores de grupos para unificar criterios de trabajo.

- **Implementación en territorio:** Para su realización, se designaron coordinadores de grupo cuyo rol fue claramente pautado con antelación y se efectuó el entrenamiento de los mismos, se diseñaron y especificaron las modalidades de registro y se estableció un procedimiento para la consolidación de los datos producidos por cada grupo en la actividad plenaria. Como síntesis de lo trabajado se elaboró un documento que luego se socializó por los canales habituales de comunicación entre Nación y Provincias. En tales espacios de encuentro, que fueron precedidos por la apertura de las autoridades convocadas, se conformaron muy interesantes espacios para el debate en torno a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el territorio y en torno a las problemáticas de adicciones con énfasis en el consumo de alcohol, basado en las experiencias de los diversos actores presentes en los grupos. Organizados en grupos de discusión que contaron con la presencia de un coordinador y/o moderador, se trabajó como consigna la identificación de casos y/o experiencias testigo relacionadas con las adicciones (con énfasis en la prevención del uso indebido de alcohol) a partir de las cuales se pudieran discutir aspectos tales como: a) La existencia de dispositivos y la fijación de compromisos para promover la inclusión social de las personas afectadas; b) El desarrollo y fortalecimiento de redes sociales familiares, sectoriales e intersectoriales; c) Las estrategias educativas y/o de promoción de la salud que permitan disminuir la tolerancia social hacia el uso abusivo de alcohol.

Tales experiencias fueron asimismo caracterizadas en relación a aspectos clave tales que facilitarían su intercambio y socialización, y la conformación de un inventario de experiencias relativas a la temática de las adicciones que resulte representativo de las distintas regiones del país.

Como resultado de las actividades de grupo y de la participación en plenario, el equipo moderador ha sistematizado las principales conclusiones a las que se arribó (ver Resultados).

- Post foro (seguimiento de resultados y replicación de las conclusiones): Se estableció una modalidad de socialización de los resultados que sintéticamente produjeron los Foros a través de la página Web de la DNSMyA y otras redes sociales, y se acordaron acciones de capacitación y seguimiento de los compromisos de trabajo con referentes identificados en el ámbito regional. Los resultados de los foros, al estar estructurados bajo pautas similares, permitieron una comparación sistemática que facilitó arribar a conclusiones representativas de las diversas regiones del país.

5. SELECCIÓN DE LAS JURISDICCIONES

La selección de las provincias y/o regiones en las cuales se ha decidido implementar los Foros Intersectoriales ha estado basada en criterios tales como:

- a. Perfil epidemiológico en salud mental de las provincias, en el cual se analizó específicamente la prevalencia de aquellas problemáticas sanitarias que han sido reconocidas por su relevancia para la formulación de las metas planteadas por la DNSMyA (por ejemplo; alcoholismo, suicidio).
- b. Viabilidad político-institucional, expresada en el grado de adhesión y/o compromiso expresamente manifestado por las autoridades sectoriales (en particular, de/los decisores y referentes en salud mental) para la realización de los Foros.
- c. Liderazgo y potencialidad de convocatoria regional de la provincia anfitriona, expresada en el grado de acuerdo y conformidad planteada por las restantes jurisdicciones que componen la región respecto de la ventaja de realizar el Foro en la sede propuesta.
- d. Accesibilidad geográfica y de infraestructura de servicios, expresadas en la existencia y disponibilidad de sistemas de transporte intrarregional y sitios adecuados de alojamiento para los participantes invitados.

6. RESULTADOS

Durante los meses de marzo y junio de 2013 se lograron concretar cuatro Foros Intersectoriales Regionales, mientras que durante diciembre del 2012 y el 2013 se desarrollaron, además, otros Foros Intersectoriales de menor escala, pero no por eso de menor envergadura. Se realizaron ocho documentos de trabajo que integran las voces y propuestas territoriales en torno a los ejes propuestos, que sirven como material para la replicación de esta herramienta en diferentes espacios y localidades, y también se realizó un documento de presentación de la República Argentina sobre Políticas de Prevención en consumo excesivo de alcohol y otras drogas en el encuentro presencial del G1 del CSPMD de la UNASUR.

a. COBERTURA

Foros Regionales

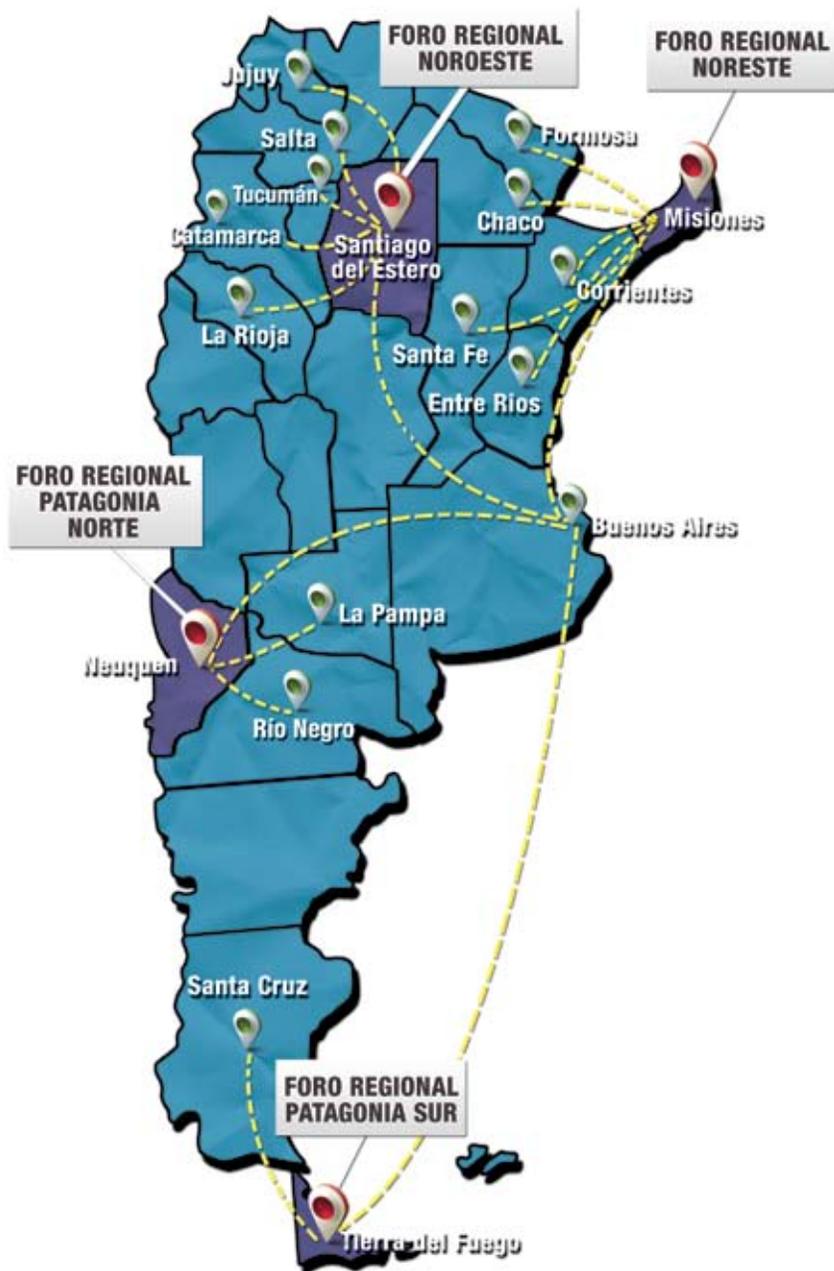
La cobertura territorial ha comprendido ocho Foros Regionales. El tipo y número de actores involucrados se detalla en las tablas subsiguientes:

Tabla 1: Actores involucrados en la realización de los Foros Nacionales.

Regiones	4
Provincias	16
Municipios	135
Participantes	950

Tabla 2: Actores involucrados en la realización de los Foros Provinciales.

Provincias	4
Municipios sede de los encuentros	8
Municipios asistentes	135
Participantes	3000



b. SELECCIÓN DE EXPERIENCIAS TESTIGO

Un análisis de la selección de experiencias identificadas por los grupos para su análisis y discusión permite aseverar lo siguiente:

- Un conjunto de experiencias comprenden casos clínicos de carácter individual, que se encuentran altamente judicializados.

A través de la exposición de tales casos se han podido establecer muy esclarecedoras reflexiones en torno a la práctica de los servicios, poner al descubierto los severos problemas de coordinación entre la administración de justicia y los servicios locales de salud así como los problemas y dificultades para incorporar la dimensión social al enfoque que hoy realizan los profesionales del sector salud.

No obstante la relevancia que ha tenido el examen de tales casos singulares, es necesaria una mayor contextualización socio-sanitaria de las problemáticas allí expuestas. En este aspecto en particular, resultan de gran utilidad los aportes que puede plantear la epidemiología, ya que al ofrecernos una caracterización de la situación de salud en términos colectivos nos permite dimensionar la magnitud y, por ende, también la relevancia que puede alcanzar el caso en cuestión.

Asimismo, en la lectura de las experiencias singulares resulta necesario identificar con claridad cómo pueden ser problematizadas socialmente aquellas cuestiones que el caso pone de manifiesto a fin de promover su tratamiento a través de las políticas públicas: por ejemplo, la problemática del consumo de alcohol entre los trabajadores migrantes indocumentados y laboralmente precarizados, el problema de la participación y contención de los jóvenes, la escasez de procedimientos institucionalizados que faciliten la coordinación de acciones entre Justicia y Salud Mental, la carencia de dispositivos institucionales que permitan dar respuesta a la problemáticas de niños y adultos con trastornos mentales severos sin contención familiar y en situaciones de alta vulnerabilidad social.

- Otro conjunto de experiencias seleccionadas se ha centrado en el trabajo sobre las dimensiones institucionales, y su proyección al espacio comunitario.

A diferencia de las experiencias de tipo clínico-individual, en las cuales se requiere ir del caso a la política pública, en las experiencias institucionales se requiere recuperar la génesis de aquellas situaciones particulares que han ori-

ginado una respuesta institucional la cual, en la mayoría de los casos, se ha irradiado y/o replicado en otros contextos institucionales o comunitarios.

c. ESTRATEGIAS IDENTIFICADAS

Las estrategias de intervención involucran los caminos adoptados para concretar los objetivos, teniendo en cuenta aspectos tales como los antecedentes preexistentes, los recursos disponibles y las condiciones favorecedoras u obstaculizadoras existentes en el ámbito de implementación territorial.

Se arribaron a las siguientes conclusiones respecto de las estrategias identificadas:

- *Cada estrategia de solución debe adecuarse a la singularidad del territorio, aunque esté inspirada en las respuestas anteriormente ensayadas dentro o fuera de él.*

Por ejemplo, frente a las dificultades que se presentan acerca de qué hacer en el horario nocturno (consumo excesivo de alcohol) surge como estrategia la iniciativa de promover la proyección de cine en el barrio en ese horario, la articulación entre distintos sectores para un mejor aprovechamiento del tiempo libre, así como la participación de toda la familia en la selección de las películas.

Con el objetivo de proteger y promover el espacio de relación institucional del CIC con la comunidad se propuso como un factor crítico en el éxito de la convocatoria, adecuar la oferta de actividades a la disponibilidad horaria y el interés o motivación para participar en la comunidad.

- *Al diseñar una estrategia de resolución para un problema es necesario reconocer las soluciones anteriormente ensayadas a fin de coordinar mejor las acciones y disponer de los recursos necesarios.*

Por ejemplo, a partir de un accidente vial originado en un barrio se constituye un Foro de Seguridad (con participación de padres, escuelas, hospital, CIC) que promueve la organización de talleres para jóvenes, cumplimiento de normas existentes y la observancia/monitoreo de la venta de bebidas alcohólicas. Pero en el marco del funcionamiento del Foro se introducen nuevas propuestas de trabajo, relacionadas con la salud mental que permiten ofertas más interesantes aún. Se realizaron talleres de prevención en escuelas primarias y secundarias para lograr el buen uso del tiempo libre, espacios para el deporte y el juego.

En un caso en el que se observa fracaso reiterado en la atención dispensada en el hospital general se intenta un contacto más directo día a día. Se reanuda la convocatoria a los ateneos pero con la participación de distintos sectores y, a partir de allí, se formularon observaciones/recomendaciones respecto de los cambios organizacionales necesarios para mejorar la calidad de atención.

• *El aprendizaje de los propios actores comunitarios sobre las ventajas y desventajas en las alternativas de resolución de problemas fortalece la capacidad de respuesta en el nivel local.*

Frente a la situación de las “violencias” se comenzó a reflexionar en torno al consumo problemático de alcohol e intentos de suicidio. Se logró a partir de entonces construir un equipo de trabajo para dinamizar un proyecto conjunto destinado a la capacitación de promotores con el apoyo del municipio (financiamiento), y se ha dado continuidad al trabajo con los adultos en las distintas instituciones.

Frente a las consecuencias que acarrea la falta de trabajo y el deficiente empleo del tiempo libre sobre el bienestar de las personas se propuso publicitar en una revista y radio local el aprendizaje de oficios, lo que generó una importante convocatoria de interesados a participar en los mismos.

• *El posicionamiento y el rol de los equipos en el diseño de intervenciones ante las cuestiones problemáticas es esencial en el vínculo que se establece con la comunidad.*

Por ejemplo, la participación con los jóvenes en la elaboración de un código de la nocturnidad hizo posible la elaboración de propuestas y la apertura de un espacio de diálogo y comunicación en las radios locales. También en el año 2013 se logra que los jóvenes se acerquen al Foro y que instituyan, por ejemplo, un diálogo sostenido con el intendente.

Algunos aspectos que se han problematizado como fundamentales, y que podrían formularse en tal sentido son: a) Cómo arribar a una concepción integral en torno a la salud y la inclusión, más allá de los problemas y abordajes específicos para tal o cual situación problemática; b) ¿Son las intervenciones aceptadas por la comunidad?

Otro de los debates más importantes en torno al rol del técnico es si está centrado en sus acciones el desarrollo de procesos de resolución de problemas o debe ser fundamentalmente un catalizador de procesos que promuevan mayor autonomía y empoderamiento en la comunidad.

- *Cada herramienta de intervención deberá demostrar ser concreta y eficaz para la situación específica y adecuarse a la formulación del problema y la estrategia de resolución, y debe ser combinada en su empleo con otras herramientas. Disponer de una “caja de herramientas” para actuar ante distintas situaciones-problema nos abre mayores opciones para el aprovechamiento de las oportunidades de intervención.*

En el presente Foro Intersectorial, que en sí mismo constituye una herramienta de participación comunitaria, se han identificado las siguientes herramientas de intervención:

- El Foro de Seguridad ha demostrado ser una herramienta útil para debatir cuestiones vinculadas a la temática, con participación de instituciones policiales, sanitarias, escolares y comunitarias.
- Los Talleres participativos de prevención permiten construir opciones a partir del diálogo horizontal entre padres, alumnos, docentes, referente de las comisarias, referentes del CAPS.
- Código de nocturnidad: constituye una herramienta construida colectivamente que favorece la gestación de acuerdos consensuados y el cumplimiento de los compromisos asumidos.
- Trabajo mediante dispositivos grupales como teatro, cine y/o grupos de reflexión, permite dar respuesta a temáticas puntuales y soluciones específicas.

d. PROPUESTAS

Las propuestas surgen como resultado del análisis efectuado en torno a las experiencias seleccionadas, que han sido al mismo tiempo motivo de intercambio y discusión, las cuales han sido organizadas en ciertos núcleos temáticos, tales como:

Intersectorialidad

- Formalizar y sostener los espacios intersectoriales (Seguridad, Justicia, Educación).
- Importancia de convocar al diálogo con otros sectores, por ejemplo, la Justicia.
- Intervención desde espacios no convencionales.
- Incorporación y mayor difusión de los programas nacionales.
- Necesidad de avanzar en los acuerdos intesectoriales que permitan trabajar la temática del consumo problemático de alcohol.

- Trabajar con el Ministerio de Seguridad la prohibición de la venta de alcohol en las estaciones de servicio, ya que es tema de jurisdicción provincial.
- Talleres para la prevención con el equipo docente de forma conjunta con el Ministerio de Educación.

Redes

- Sostener los espacios de intercambio formales que brinde seguimiento a los problemas asociados con la Salud Mental.
- Fortalecer las redes informales y su articulación con las redes formales.
- Replicar las experiencias exitosas de redes en otros municipios.
- Importancia y necesidad de intercambiar los datos de contacto de todos los participantes del Foro Regional de Salud Mental y Adicciones.
- Superar la fragmentación de los distintos programas nacionales, provinciales y municipales.

7. ANÁLISIS DE LA HERRAMIENTA

Al cabo de su implementación, quienes tomaron a su cargo la conducción e implementación de los foros han realizado un examen crítico de las fortalezas y debilidades resultantes del empleo de la técnica, arribando a las siguientes conclusiones:

Las principales fortalezas se sintetizan del siguiente modo:

- Promovió el diálogo y el debate focalizado en torno a un tema de interés común.
- Se trata de una técnica de comunicación horizontal realizada en grupos, favoreciendo ello la generación de respuestas comprensibles a los retos planteados.
- Permite alcanzar consensos para seguir trabajando en el territorio a partir del involucramiento y protagonismo de los actores locales.
- Recoge el testimonio plural de los actores (voces y miradas del territorio) y posibilita así la construcción del trabajo en común acorde a las necesidades y potencialidades de cada comunidad.

Las principales limitaciones u obstáculos identificados han sido los siguientes:

- Dificultad en incorporar las propuestas/formulaciones documentadas en el marco del Foro, en la planificación territorial de las acciones vinculadas a la Salud Mental y Adicciones.

- Al centrarse la discusión grupal en experiencias testigo que son rescatadas en sus aspectos específicos y singulares, se dificulta a menudo establecer una reflexión de carácter más general que permita trascender el caso y avanzar en la formulación de estrategias de abordaje de nivel colectivo.
- Cuando las alianzas territoriales no resultan suficientemente sólidas no permiten trascender lo circunstancial y dificultan por ello el sostenimiento del vínculo con posterioridad a la realización del foro.

Al mismo tiempo, se establecieron recomendaciones para mejorar el empleo de la técnica y sus condiciones de replicación, que se reseñan del siguiente modo:

- Las pautas más estructuradas para la coordinación de los grupos facilita la sistematización de los resultados.
- La coordinación de los profesionales de nivel central con aquellos referentes designados por las localidades facilita mayores sinergias y un mejor clima de trabajo entre los participantes.
- La socialización de antecedentes producidos en la materia (producto de la implementación de otros Foros Intersectoriales) facilita un mayor grado de motivación y comprensión de los objetivos de la actividad programada.
- El registro sistemático del material producido resulta un elemento crítico para favorecer la replicación del dispositivo, ya que alerta sobre los elementos favorecedores y obstaculizadores relativos a su empleo.

8. TRANSFERENCIA DE RESULTADOS

Se enumeran a continuación las principales transferencias que se establecieron tras la implementación de la estrategia:

- Los resultados del/los Foros, reunidos en un documento consolidado, han servido como insumo de trabajo para la reunión de UNASUR destinada a tratar las políticas públicas en adicciones con énfasis en alcohol.
- Se fortalecieron los lazos con las autoridades provinciales, los actores y las redes locales de salud mental y adicciones, de cuatro regiones del país.

- Se replicó la herramienta de foros en distintas jurisdicciones de la provincia de Catamarca, de Buenos Aires, Misiones, entre otras.
- Se logró adhesión de otros sectores a la implementación de la Ley Nacional N° 26.657.
- Se promovió el fortalecimiento de la Red de Servicios Locales con diversas líneas de acción, como capacitaciones y recursos humanos.

9. COMENTARIOS FINALES

En síntesis, dado el nuevo escenario de la salud mental, en el cual resulta fundamental promover una concepción participativa, integral y sustentada en el enfoque territorial, la herramienta del foro intersectorial resulta altamente recomendable para su empleo, despertando un apreciable grado de satisfacción y compromiso entre quienes participaron en su diseño e implementación.

Ha posibilitado instalar temáticas centrales que, en virtud de su relevancia epidemiológica, deben ser objeto de discusión y problematización entre los actores del campo (por ejemplo: suicidio, alcoholismo).

También ha facilitado la integración de iniciativas y acciones entre los principales actores, así como también la sistematización de los obstáculos y facilitadores más relevantes para la implementación de la Ley de Salud Mental en los distintos territorios que conforman nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dabas, E. (compiladora). (2010). *Viviendo redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires: CICCUS.

Decreto Reglamentario 603/13. Publicado en el Boletín Oficial el día 29/05/2013.

Decreto Nacional N° 457/10. Modificación orgánica del Ministerio de Salud. Publicado en el Boletín Oficial el día 7/4/2010.

de Lellis, M. (2006). *Psicología y Políticas de Salud*. Buenos Aires: Paidós.

de Lellis, M. (2011). “A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo”, en Revista Diálogos. Universidad de San Luis, Setiembre de 2011.

Ley Nacional N° 24.788. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/04/1997.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicada en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Montero, M (2004). Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Saforcada, E. & Castellá Sarriera, E. (2008). Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Sitios Recomendados

Documentos completos de los Foros: disponibles en «www.msal.gov.ar/saludmental».

EL FORO DE SALUD MENTAL COMO HERRAMIENTA DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL

Autor: Maximiliano Giménez.

RESUMEN

El trabajo se ocupa del desarrollo del Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes como estrategia de articulación de recursos a nivel distrital, orientada a promover la accesibilidad comunitaria de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Se plantea la potencial utilidad de la estrategia para el trabajo en otros territorios urbanos de alta densidad poblacional. Se describen las actividades realizadas durante 2012 y 2013 en el marco del Foro de Salud Mental: relevamiento territorial comunitario (a través de visitas y entrevistas en las instituciones sanitarias), Encuentros participativos por localidad (con la participación de las instituciones barriales), actividades transversales (cine-debate, salida comunitaria), realización de los Foros Distritales y confección de los mapas de georreferenciación de recursos de salud mental como elemento orientador de la tarea. Se hace referencia a los fundamentos de la metodología empleada, según el modelo de Salud Mental Territorial, se caracterizan las técnicas y dinámicas implementadas para el abordaje grupal y comunitario (ej: entrevistas, actividades lúdicas y recreativas, espacios de reflexión grupal, exposiciones plenarias, teatro espontáneo) y las estrategias de comunicación empleadas (ej: afiches, volantes, postales, invitaciones, boletín, redes sociales). Se reseña cuantitativamente la experiencia y se consignan los tópicos recurrentes identificados durante el proceso (capacitación, la gestión de la crisis, articulación de recursos). Se analizan los resultados en términos de visibilización de recursos, promoción de vínculos entre servicios y organismos y definición conjunta de prioridades en Salud Mental a nivel distrital.

Palabras clave: Foro, Articulación Territorial, Georreferenciación, Participación, Comunidad.

“Confiamos en la creación y la imaginación, pero sobre todo en la potencialidad del encuentro”.

Lema del Iº Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes

INTRODUCCIÓN

En Octubre de 2012, y en el marco de los operativos interministeriales implementados por el Poder Ejecutivo Nacional (Plan AHÍ-50 Barrios), un equipo territorial de la DNSMyA comenzó a trabajar en el partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires, desarrollando tareas de promoción, prevención, sensibilización y capacitación en salud mental, con especial énfasis en los sectores más vulnerables de la población. El trabajo en barrios populares y asentamientos de Quilmes Oeste, referenciado con las Mesas de Gestión locales y los líderes barriales, puso de manifiesto una importante demanda comunitaria en salud mental, especialmente en el ámbito de los consumos problemáticos, así como diversas dificultades en el acceso a servicios especializados. Por otra parte, la identificación de efectores de salud mental a nivel distrital permitió registrar la presencia de un gran número de profesionales y recursos humanos no convencionales distribuidos desigualmente en el territorio, con escasa articulación o complementación de prestaciones.

DESARROLLO

En diciembre de 2012, desde la DNSMyA, y en convergencia con un proceso de articulación local desarrollado en la localidad de Don Bosco, que incluía a instituciones de la zona¹ y a la Dirección de Salud Mental del Municipio, se llevó adelante el I Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes con el fin de propiciar el vínculo entre los trabajadores y organismos abocados a la Salud Mental a nivel distrital. En la perspectiva de aunar los recursos distritales para ponerlos a disposición de las necesidades del territorio, se trabajó sobre un mapa de grandes dimensiones y se geolocalizó la ubicación de los servicios que participaban del Foro.

¹ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), Ministerio de Salud de la Nación; Universidad Nacional de Quilmes, (UNQui) Ministerio de Educación de la Nación; Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) Villa Itatí, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC), Equipo Regional de Intervención Comunitaria (ERICo) Don Bosco (Región Sanitaria VI); Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Quilmes; Cooperativas de Salud Mental y Adicciones de Quilmes (Ramón Carrillo, Evita Inmortal, Silvia Isabella).

A partir de este encuentro, que contó con la participación de unas 70 personas de 35 instituciones, se planteó la necesidad de afianzar las estrategias de vinculación institucional y sistematizar las redes comunitarias en el acceso a los servicios de Salud Mental. Una de las propuestas más potentes fue crear una herramienta de visibilización de los recursos de Salud Mental y apoyo psicosocial, un “mapa de georreferenciación” que permitiera idealmente a trabajadores, usuarios y familiares ubicar de manera sencilla los servicios más próximos al domicilio de las personas. Es oportuno señalar que, esencialmente, geocalizar significa ubicar un punto en una proyección geográfica, mientras que georreferenciar supone vincular la localización de un objeto espacial (punto, vector, volumen, área) con un conjunto de contenidos de referencia (overlays o cubiertas de información adicional) (Cerdeira, 2005). El mapa de georreferenciación de recursos en Salud Mental permitiría idealmente introducir una serie de coordenadas espaciales, por ejemplo, la dirección de un domicilio particular, y visualizar los servicios y recursos más cercanos a ese domicilio, en un área determinada (v.g.: 20 cuadras a la redonda). Un usuario con necesidad de continuidad de cuidados podría organizar un itinerario institucional con esos recursos georreferenciados, utilizando los diferentes servicios (comedor, talleres ocupacionales o espacios de inclusión laboral, acompañamiento familiar, asistencia psicológica) de manera complementaria.

Por otra parte, la idea no era confeccionar solamente, como suele hacerse usualmente, un “recurso” o catálogo de servicios, sino identificar y promover el “recurso vivo”: un recurso interconectado, al tanto de las actividades de los otros efectores, potencialmente capaz de complementar su tarea con la de otros servicios del territorio.

Las actividades propuestas en este marco estuvieron entonces destinadas a relevar los recursos y servicios de Salud Mental del distrito, promover su articulación mutua, y fortalecer los espacios transversales que mantuvieran activa la red.

En la planificación e implementación de la propuesta participaron las siguientes instituciones: de Salud Mental y Adicciones del nivel nacional, provincial y municipal (organismos y efectores de salud), de Educación (universidades), y de Trabajo y Producción (cooperativas). Además, colaboraron de diversos modos otras instituciones sanitarias, formativas y académicas, así como organizaciones profesionales y de la sociedad civil (comedor, parador, sociedad de

fomento, colegio de psicólogos, etcétera)²; familiares, usuarios y voluntarios de Salud Mental.

El período de trabajo considerado aquí abarca desde Octubre del 2012 a Diciembre del 2013.

METODOLOGÍA

El partido de Quilmes tiene una población de 580.000 mil personas: es el 7º municipio más poblado del país, y su densidad poblacional alcanza a 4.600 hab/km². El tejido urbano tiene una extensión de 94 km².

El propósito de identificar los recursos de un territorio con las características del distrito de Quilmes, parecía exigir un instrumento flexible y adaptado a diversas realidades del territorio. Al mismo tiempo, una estrategia de relevamiento y puesta en común de recursos que resultara eficaz, podía servir como herramienta para el abordaje de otras áreas urbanas de alta densidad poblacional.

Se definieron, por tanto, cuatro actividades básicas a realizar durante 2013, lógicamente vinculadas entre sí:

1. Relevamiento institucional comunitario de los recursos y servicios de Salud Mental y Adicciones del distrito;
2. Encuentros Participativos locales que promovieran la vinculación de los servicios y organizaciones;
3. Actividades transversales que dinamizaran la red y propiciaran el encuentro con usuarios y familiares (cine-debate, boletín, salidas comunitarias);
4. Realización del II Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes, como resultado del proceso anual y las actividades precedentes.

Con el auxilio de varios mapas y la participación de representantes institucionales y referentes barriales, se elaboró un cronograma de relevamiento y Encuentros Participativos locales: con fundamento en los modelos de “Salud Mental territorial” y “psiquiatría de sector” (Dell’Acqua, 2010; Alezrah, 2001;

² Centro Asistencial Modelo Don Bosco; Programa de Residencia Integrada Multidisciplinaria (PRIM) Lanús; Práctica de Pregrado “El psicólogo en los Centros de Salud” Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires; Parador municipal La Casita; Comedor infantil Caritas Sucias; Sociedad de Fomento Villa Luján; Hospital Materno-Infantil Dr. Eduardo Oller; Casa de la Cultura de Quilmes; Cooperativas “Surcos” y “Mujeres al Sur”.

Moreno Küstner, 2002; Coupechoux, 2010), se procedió a la división del distrito según los límites de localidad y fracción censal, organizando el relevamiento en sentido horario para las 7 localidades y las 22 fracciones censales que componen el partido. La referencia de base eran las instituciones públicas de salud: 3 hospitales, 2 puestos sanitarios y 41 centros de atención primaria. A partir de la referencia propuesta por los efectores sanitarios se tomaría contacto con otras instituciones del barrio (ej: escuelas, comedores, iglesias y parroquias, bibliotecas). Al concluir el relevamiento de todas las fracciones censales que componían la localidad, se realizaría un Encuentro Participativo local, de formalización de la red y orientación al II Foro.

La metodología propuesta recogía nociones vinculadas a la implementación de abordajes territoriales y comunitarios en Salud Mental, especialmente los desarrollados en Francia e Italia a partir de la década del 70. Respecto del primer caso, la llamada “psiquiatría de sector”, inspirada en los tempranos planteos de Tosquelles (Coupechoux, 2010), el componente considerado fue la división del territorio en áreas con una población de 60-70 mil habitantes, siguiendo las líneas de la sectorización administrativa por localidad, y el diseño de acciones específicas y plazos para cada una de esas áreas, en función de la realidad concreta y el tejido comunitario de esa localidad, asegurando la cobertura de atención de la salud mental para la población de referencia. Es en este sentido que Tosquelles y Bonnafé hablan de una psiquiatría “comarcal”, de una “geo-psiquiatría”.

En el segundo caso, puede decirse que la “salud mental territorial” (Dell’Acqua, 2010) surge en el proceso de clausura de los manicomios iniciado en Gorizia por Franco Basaglia, cuando hacia 1975 se crea el primer Centro de Salud Mental (CSM) de 24 hs. en la ciudad de Trieste. Los CSM que se abrieron sucesivamente en la ciudad (en 2013 fueron 4, para una población de 250 mil habitantes), también tuvieron asignado el trabajo sobre un sector del territorio, siendo coordinados ulteriormente a través del Departamento de Salud Mental. Una de las tareas primordiales de los CSM consiste en articular con las instituciones y organismos del territorio, para poder construir itinerarios institucionales y de acceso a servicios (habitacionales, ocupacionales, sanitarios) que contribuyan al desarrollo de los proyectos de vida de las personas con problemáticas de salud mental. Estos componentes de la “salud mental territorial” -articulación entre instituciones del territorio, formalización de circuitos institucionales, promoción de acceso a servicios, trabajo con las organizaciones de base- fueron especialmente considerados en el diseño e implementación de la propuesta del Foro Distrital.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Relevamiento

El relevamiento activo consistió básicamente en la visita presencial de uno o dos miembros del equipo de la DNSMyA, junto con algún referente local o colaborador (ej: trabajador social municipal, cooperativista, residente de psicología, pasante de la universidad) a una institución de salud prevista en el cronograma: habiéndose incluido en la planificación previa todos los efectores públicos de salud. En la institución el equipo procuraba entrevistarse con algún trabajador (de salud mental, o quien estuviera disponible), exponer la propuesta del Foro y convocar a la participación en el Encuentro local, cuya realización se acordaba con los referentes locales. La misma tarea se hacía en instituciones identificadas durante el recorrido por el barrio, ya se tratara de una radio comunitaria, una guardería, un polideportivo o un hogar de ancianos.

En el relevamiento se identificaron prestaciones de salud mental, apoyo psicosocial, vinculadas a asistencia psicológica clínica de tratamiento ambulatorio, inserción ocupacional y laboral (huerta y elaboración de mermeladas, herrería), contención y acompañamiento familiar, situaciones de urgencia residencial (parador), orientación frente a consumos problemáticos (a través de un equipo no profesional, descentralizado, presente en los barrios más vulnerables) y actividades de prevención (talleres barriales, talleres en escuelas).

Encuentros Participativos

A partir del relevamiento, y en colaboración con los referentes locales, se realizaron los Encuentros Participativos por localidad, en los que se trabajó la relación entre servicios brindados y necesidades percibidas por las instituciones participantes. La metodología de trabajo de taller incluía los siguientes momentos: un caldeamiento, una presentación del espacio y de los participantes en subgrupos y un plenario de puesta en común y cierre. Las consignas de trabajo se orientaron a producir un clima grupal ameno, y se propuso a cada institución que mencionara una o dos actividades que estuviera realizando en ese momento. Los servicios referidos (entrevistas de orientación, taller de cocina, salidas recreativas) se consignaron en una cuadrícula dispuesta sobre una cartulina. Luego se trabajó con las necesidades expresadas por las organizaciones, y se intentó visualizar si alguna de las necesidades manifestadas por una institución podía ser resuelta a través de los recursos descritos por otra. La cuadrícula de servicios locales, con sus días y horarios de funcionamiento, era en sí misma un recurso en términos de mapa para las organizaciones par-

ticipantes. En este marco, se promovió la reflexión sobre las representaciones acerca de la Salud Mental.

Las cuestiones planteadas en estos Encuentros representaron un insumo fundamental en la organización del II Foro, cuya progresión organizativa debía proceder desde los niveles locales hacia el nivel distrital, a fin de propiciar la participación y la sustentabilidad de la estrategia. Los Encuentros se realizaron en instituciones reconocidas por la comunidad local, teniendo en cuenta su accesibilidad y disponibilidad: CPA, sociedad de fomento, comedor, parador.

Actividades transversales

El mismo criterio para la elección del lugar se empleó en las actividades de cine-debate, durante las que se proyectaron películas vinculadas a la salud mental con base en la comunidad. Aquí participaron vecinos, familiares y usuarios de servicios de salud mental además de los trabajadores, así como en la salida comunitaria que se efectuó a la exposición de la artista japonesa Yayoi Kusama. El sentido de estas actividades, además de constituir potenciales espacios de encuentro entre comunidades de trabajo de diferentes localidades del distrito, se vincula con una concepción de la salud mental ligada no sólo a la enfermedad y la patología, sino primordialmente a la vida, la alegría, el compartir (AAVV, 2006).

Las acciones de comunicación se orientaron a la difusión electrónica de los Encuentros, el cine-debate, la salida y el I y II Foros mediante afiches, un boletín y la impresión de postales de entrega en mano. Inmediatamente después del I Foro, se creó una cuenta en la red social Facebook, a través de la cual se compartieron contenidos vinculados al Foro Quilmes, a lo largo del año. Al acercarse la fecha de cada Foro, también se realizaron visitas de convocatoria e invitación a diversos organismos. Estas visitas eran pautadas, se definieron en las reuniones organizativas del Foro y fueron llevadas a cabo por miembros de los diversos organismos participantes (profesionales, técnicos y estudiantes). La propuesta era concurrir de manera presencial a diversas instituciones para invitar formalmente, con una nota y una postal ilustrada, a la realización del Foro. En ocasiones esta invitación presencial resultó una oportunidad para retomar el contacto con una institución ya visitada; en otros casos, sirvió para establecer un primer vínculo informativo. En todos los casos, se privilegió la visita presencial en complementación con la comunicación telefónica y electrónica, como modo de jerarquizar las actividades del Foro y promover instancias de conocimiento mutuo. Se incluyeron en las visitas de convocatoria diversos

organismos no incorporados en el relevamiento territorial: dependencias municipales (Género, Adultos Mayores, Colectividades, Economía Social, Niñez y Adolescencia), del Poder Judicial, de Educación (Inspección, servicios descentralizados), de instituciones extra-distritales de salud mental (programa de externación, cooperativa social).

II Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes

Simultáneamente a estas tareas se desarrollaron numerosas reuniones de organización del II Foro: progresivamente se incorporaron el Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC), a través de un trabajador social, y especialmente la universidad Nacional de Quilmes (UNQui), mediante el Programa de Extensión Universitaria (PEU) Cooperación Social y Salud, además de las Cooperativas de Salud Mental referenciadas en el centro municipal de atención de las adicciones, “La Casita”. El trabajo en el II Foro, realizado en Noviembre de 2013, se orientó en torno a la gestión de la crisis en Salud Mental (“antes, durante y después de la crisis”), en el contexto de los recursos y servicios relevados.

Se trabajó con una ronda de exposiciones, una dinámica lúdica y un cierre con teatro espontáneo. Especialmente ilustrativo resultó el juego propuesto que, mediante el uso de un gran dado de cartón y una serie de “postas” con carteles ilustrativos (“Hospital monovalente”, “Servicio de Niñez y Adolescencia”, “Unidad Sanitaria”), consistía precisamente en la circulación por los itinerarios institucionales frente a una crisis de Salud Mental: en la ejecución de las consignas, los servicios comunitarios fueron subutilizados o no tenidos en cuenta, los “pacientes” y sus familias comenzaron a girar por las instituciones hasta ser eyectados hacia el psiquiátrico, y una larga fila se formó frente a la oficina de turnos del Hospital imaginario.

En los encuentros iniciales con las comunidades del distrito, a fines de 2012, pero también en los Encuentros y en el relevamiento, las necesidades percibidas o las demandas expresadas tomaban frecuentemente la forma de una queja, casi de impotencia: “faltan recursos”. El trabajo de un año permitió poner de relieve muchos de los recursos efectivamente existentes, aunque escasamente visibilizados. El rápido colapso del Hospital imaginario, durante la dinámica lúdica, demuestra que la respuesta frente a la crisis no pasa sólo por cuántos recursos haya (en un territorio dado), sino sobre todo por el uso que se haga de ellos, empezando por reconocerlos como tales. La transformación cultural en relación a qué se entiende por Salud Mental, dónde se juega, quiénes son sus actores, entre otros, es probablemente la labor más sustantiva

que aguarda a las comunidades de nuestro país, con vistas al proceso de adecuación de los monovalentes que prevé la normativa vigente.

RESULTADOS

En términos cuantitativos, durante 2013 se realizaron las siguientes actividades:

- 13 encuentros de planificación local;
- 15 encuentros de organización del Foro;
- 64 encuentros de relevamiento de instituciones y organizaciones del distrito: efectores de salud, organismos locales y municipales, instituciones educativas, ONGs;
- Encuentros Participativos locales con la asistencia de 72 personas (trabajadores de instituciones sanitarias, educativas y otros organismos públicos; miembros de ONGs; funcionarios y responsables institucionales; referentes comunitarios y barriales; familiares y usuarios de servicios de Salud Mental);
- 2 actividades de cine-debate (Verano e Invierno) y una salida comunitaria (al Museo de Arte Latinoamericano MALBA), coordinadas entre las instituciones participantes del Foro, y con la colaboración de voluntarios y otras organizaciones. Las actividades fueron de carácter abierto, destinadas a trabajadores, familiares y usuarios de Salud Mental, vecinos y comunidad, y se difundieron mediante diversas estrategias de comunicación (electrónica, telefónica, personal);
- 200 actividades de propaganda y difusión, incluyendo la confección y envío de afiches electrónicos, correos de convocatoria, postales de invitación, eventos en redes sociales y un boletín virtual de información de la red titulado “Enredarnos”;
- II Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes, con 140 personas representando a más de 90 instituciones y organismos del sector Salud, Educación, Justicia y Gobierno, del nivel nacional, provincial y municipal, así como cooperativas, asociaciones profesionales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y de la sociedad civil, de los partidos de Quilmes, Avellaneda y Lomas de Zamora. El II Foro, en los jardines de la UNQui, concluyó con una dinámica de teatro espontáneo en la que participaron docentes de jardín y primaria, usuarios de un emprendimiento productivo del Borda, estudiantes de terapia ocupacional y trabajadores del Servicio Local de Niñez, entre otros.

En las actividades participaron funcionarios, trabajadores, voluntarios, usuarios y familiares: profesionales de la DNSMyA, pasantes de la Universidad de Buenos Aires (UBA), residentes del Programa Multidisciplinar PRIM Lanús, voluntarios del ERICo, cooperativistas del Programa Argentina Trabaja, docentes de la UNQui, usuarios del Centro Integrador Comunitario (CIC) La Paz, lo que fue generando una comunidad heterogénea de trabajo con participación de diversos sectores.

En virtud del Encuentro Participativo Bernal-Don Bosco, se articularon acciones entre equipos de salud de diversas instituciones. Entre ellos, una trabajadora del CPA y una psiquiatra del ERICo, comenzaron a coordinar en conjunto un grupo terapéutico de salud mental.

En el partido de Ezpeleta, se coordinaron acciones de dos cooperativas para servicios de catering, una de ellas de salud mental. Estos resultados ilustran una dimensión cualitativa de la propuesta implementada: el trabajo posibilitó dinamizar articulaciones locales, las actividades se desarrollaron mediante la participación intersectorial y se pusieron en juego diversos saberes, sentidos y modos de hacer.

Asimismo, los encuentros participativos locales permitieron:

A. Que los organismos participantes del Foro pudieran visibilizar la existencia de redes con diverso grado de consistencia, identificar varias áreas o zonas (Don Bosco, Villa Luján-La Ribera, Los Alamos, Quilmes Oeste), en las que se llevan adelante actividades comunitarias asociadas a Salud Mental con cierto grado de vinculación inter-institucional o intersectorial local. Es dable pensar, a la luz del denso tejido institucional constatado en el relevamiento, que este recorte es precisamente un sesgo de observación, y que la continuidad del trabajo hará visibles otras redes locales.

B. Construir una agenda conjunta entre las instituciones organizadoras (DNSMyA, UNQui, CPA, ERIC-ERICo, Municipio) que estableció 3 líneas de acción prioritaria en función de las problemáticas recurrentes expresadas por la comunidad:

1. Capacitación, sensibilización y reflexión sobre las prácticas y la temática de Salud Mental;
2. Elaboración de procedimientos para la gestión de la crisis (especialmente referencia y contrarreferencia entre servicios y organismos);

3. Promoción de la articulación entre recursos.

Ulteriores encuentros de evaluación entre las instituciones organizadoras del Foro han dado lugar a diversas propuestas para el tratamiento de estas temáticas. Más allá de la pertinencia o viabilidad de las soluciones esbozadas, constituye sin duda un resultado positivo el hecho de que un conjunto significativo de instituciones del nivel municipal, provincial y nacional pueda conformar un equipo de trabajo de carácter distrital, con reuniones sistemáticas, acciones concretas y una agenda de trabajo en común, en torno a la cuestión de la salud mental y las adicciones, en el extenso territorio del Municipio de Quilmes. El sentido de esta metodología también se orienta a promover una perspectiva intersectorial e interjurisdiccional en el abordaje de la salud mental, especialmente considerando que la salud mental reconoce múltiples determinaciones (sociales, económicas, del hábitat, vinculares, entre otras), y que por ello un abordaje unidimensional o aislado en un contexto territorial tiene menores posibilidades de impacto e incidencia.

Es necesario subrayar que por los avatares propios de la dinámica comunitaria y de las instituciones, el relevamiento territorial no se realizó de manera uniforme y exhaustiva en todas las localidades. En La Florida y San Francisco Solano no se realizaron Encuentros Participativos (aunque hubo representantes de esas localidades en otras instancias del Foro) y en Bernal Oeste quedaron por visitar varias instituciones y organizaciones. Sin embargo, en la medida que el Foro constituye una propuesta en curso, es dable esperar que las falencias e inconsecuencias puedan ser subsanadas en el marco de acciones futuras.

C. Confeccionar un mapa electrónico de georreferenciación, que cuente con la base de datos de referencia de todos los organismos participantes del Foro en sus distintas instancias. En este punto, más que el catálogo de prestaciones consignadas, lo importante son los modos que se puedan encontrar para hacer accesible este mapa a la comunidad, los trabajadores y los familiares y usuarios de servicios de Salud Mental. La posibilidad de organizar un servicio distrital de Orientación y Referencia, que ha sido discutida, es uno de los desafíos futuros del Foro Distrital.

CONCLUSIONES

El Foro de Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Quilmes puede ser pensado como una herramienta sistemática, de carácter organizativo, orientada a propiciar la accesibilidad comunitaria de los recursos y servicios de Salud Mental en un distrito en particular.

Constituye, por lo tanto, un instrumento destinado a promover el ejercicio de derechos y, por la naturaleza de su metodología, requiere de la colaboración y la participación conjunta de diversos sectores y organismos. Se desarrolla en 4 niveles, con acciones específicas: nivel micro (relevamiento de fracción censal); nivel local (Encuentros Participativos por localidad); nivel transversal (cine-debate, salidas, boletín, página web); nivel distrital (I y II Foro). En el caso del Municipio de Quilmes ha resultado una herramienta valiosa para identificar, visibilizar y vincular entre sí algunos recursos de salud mental y apoyo psicosocial.

El proceso está inconcluso, en parte porque el mapa de georreferenciación (que constituye una de sus expresiones más tangibles) no está disponible aún para los usuarios, pero sobre todo porque su desarrollo ha generado nuevas preguntas, tareas y perspectivas. En este sentido resulta grato constatar que estas páginas testimonian un trabajo de transformación en curso: de un sistema de Salud Mental centrado en el asilo a un sistema descentrado, multicéntrico, con base en la comunidad, pero sobre todo digno y compartido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAVV. (2006): *Le parole ritrovate. Atti del Convegno*. Trento: Regione Autonoma Trentino-Alto Adige.

Alezrah, Ch. (2001). "La sectorización psiquiátrica en Francia: balance, perspectivas", en *Commission Médicales d'Établissement*, Barcelona. Disponible en <http://www.ch-le-vinatier.fr/cme-psy/archive/cme-psy/barce2.htm>

Cerda, D. (2005). "El mundo según Google. Google Earth y la creación del dispositivo geosemántico global". Disponible en «<https://sites.google.com/site/geosemanticagearth/>».

Coupechoux, P. (2010). "La psiquiatría en Francia: negación de la locura y domesticación del sujeto", en revista electrónica Topía, Buenos Aires. Disponible en «<http://www.topia.com.ar/articulos/psiquiatr%C3%AD-francia-negaci%C3%B3n-locura-y-domesticaci%C3%B3n-del-sujeto>».

Dell'Acqua, P. (2010). Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. Trieste: IDEASS-ONU.

Fidel, C. H; Di Tomaso, R. & Fariás, C. (2008). Territorio, condiciones de vida y exclusión: el Partido de Quilmes (Provincia de Buenos Aires, Argentina), Buenos Aires: CLACSO.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Publicada en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Ministério da Saúde do Brasil. (2008): "Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?", Brasilia. Disponible en «<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/saudementalpassopasso.pdf>».

Moreno Küstner, B. (2002). Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Capítulo 11: "El concepto de Psiquiatría Comunitaria". En Tesis Universidad de Granada, Departamento de Medicina legal, Toxicología y Psiquiatría. Disponible en: «<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4420/1/01.pdf>».

Silberman, M., Echegoyen, G. (2006). Optimización del proceso de Referencia-Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud. Maestría en Salud Pública-Orientación en sistemas municipales, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.



IV. PROCESOS DE FORMACIÓN Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES: SU ADECUACIÓN AL NUEVO PARADIGMA



LA FORMACIÓN Y REGULACIÓN DE TÉCNICOS Y PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Autores: Martín de Lellis, Lucía Pomares, Natalia Da Silva.

RESUMEN

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario se enmarcan en un proceso de transformaciones políticas y legislativas con alta incidencia sobre el campo de la salud mental, y que dotan de alta relevancia la problemática de la regulación, formación e inserción laboral de los profesionales y técnicos en salud mental. En virtud de las brechas existentes entre el subsistema formador, empleador y regulador en materia de profesionales y técnicos en salud mental, se efectuará una sucinta revisión de las principales iniciativas emprendidas en torno a la formación, que resultan prioritarias y que se hallan comprendidas en la Ley y el Plan Nacional de Salud Mental: a) Capacitación a profesionales vinculados al campo de Salud Mental desde una perspectiva interdisciplinaria y con eje en la atención primaria en problemáticas psicosociales emergentes, urgencias, emergencias y catástrofes, infancia, tercera edad, entre otros; b) Recomendaciones a las Universidades para promover la adecuación de los contenidos formativos de las carreras vinculadas al campo de la Salud Mental en función de la nueva legislación y a las políticas que de ella se desprenden; c) Formulación de lineamientos que permitan regular algunas instancias de formación de posgrado actualmente existentes (ejemplo: Residencias interdisciplinarias de salud mental); d) Establecimiento de las directrices de organización y funcionamiento de los servicios de salud mental, las cuales comprenden los requerimientos de recursos humanos adecuadamente calificados para los distintos establecimientos y dispositivos de atención.

Palabras Claves: Regulación, Formación, Profesionales, Salud Mental, Ley Nacional.

1. EL PROBLEMA DE LOS TRABAJADORES EN SALUD MENTAL: UN ENFOQUE INTEGRAL

Hace ya unas décadas que diversos documentos internacionales y expertos en la materia alertan acerca de la brecha existente que resulta de relacionar dos aspectos fundamentales que orientan las políticas públicas: a) La relevancia epidemiológica y el impacto sanitario de las problemáticas de salud mental; b) La insuficiente disponibilidad de servicios y/o recursos humanos adecuadamente capacitados para asegurar una eficaz respuesta. En tal sentido, y en el marco del Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental

Catorce por ciento de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos y cerca de tres cuartas partes de esta carga corresponden a los países de ingresos bajos y medios. Los recursos disponibles son insuficientes -la gran mayoría de los países asigna menos del 2 % del presupuesto de salud a salud mental, lo que conduce a una brecha en el tratamiento que en muchos países con ingresos bajos y medios es superior al 75 %- (. . .) Existe una idea ampliamente compartida, aunque errónea, con respecto a que todas las intervenciones en salud mental requieren de tecnologías sofisticadas, onerosas y con personal altamente especializado. Lo que se necesita es aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para que pueda prestar un paquete de servicios asistenciales integrado mediante capacitación, apoyo y supervisión (OMS, 2011).

Esta contundente afirmación nos permite cuestionar la extendida creencia de que las intervenciones que deben ser adoptadas en este campo dependen únicamente de la cantidad de recursos asignados. Contrariamente a ello, se imponen desafíos tales como lograr la adecuada capacitación y evaluación de los técnicos y/o profesionales que intervendrán en una variada gama de prestaciones comprendidas en el sistema de servicios de salud.

Existe un consenso bastante extendido respecto de que la cantidad, distribución y calidad de los profesionales de la salud mental que actualmente se forman en las instituciones públicas y/o privadas del país no responden adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población, y que se ha planteado a lo largo de la historia una serie de procesos distorsivos que han afectado profundamente la dinámica específica de este campo e incidido negativamente sobre la calidad de atención.

Asimismo, es imperiosa la necesidad de implementar en el país una política pública acorde a la actual legislación en la materia, la cual obliga a la revisión e innovación en las prácticas específicas del campo de la salud mental. Para ello resulta fundamental analizar cuáles son los principales problemas que se plantean en la formación e inserción laboral de los trabajadores en salud mental, y cómo se refleja allí la necesidad de incrementar la rectoría y regulación que le cabe al estado nacional y a los respectivos estados jurisdiccionales.

En esta aproximación caracterizaremos los tres subsistemas intervinientes: formador, regulador y empleador, para analizar luego los principales problemas que se plantean en la relación establecida entre los mismos.

El subsistema formativo comprende a las instituciones responsables de la formación y calificación de quienes se integrarán como fuerza de trabajo en el sistema de servicios de salud, y se sustenta principalmente en las universidades sobre las cuales descansa la tarea más importante de capacitación en el nivel de pregrado y posgrado. Si bien el accionar de tales instituciones debe basarse en un criterio de responsabilidad social que involucra no sólo componentes científicos y técnicos sino también ideológicos y éticos, en la práctica han tendido a autonomizarse y a plantear dificultades para procesar los requerimientos de formación acordes a las necesidades emergentes en el campo.

El subsistema empleador se halla representado por el conjunto de instituciones públicas y/o privadas que se responsabilizan de la contratación de la fuerza de trabajo para el ejercicio de los diferentes roles y funciones que configuran el sistema de prestaciones de servicios de salud, tales como la conducción, la regulación, el financiamiento, la capacitación y/o la provisión de servicios directos a la población.

En relación con el subsistema regulador, se halla representado por los organismos públicos con competencia en la materia para establecer las normas que definen la oficialización de saberes a través de los procesos de matriculación, acreditación, certificación de títulos y/o especialidades, así como el establecimiento de incentivos que promueven cubrir áreas de vacancia en la formación y desempeño de los recursos humanos en salud mental.

Dada la heterogeneidad de actores participantes del Estado y de la sociedad civil, el impacto de una política pública que adopte acciones reguladoras debe considerarse como fruto del interjuego o interrelación entre los actores intervinientes en los demás subsistemas, y que configura un campo de disputa por el potencial conflicto de quienes persiguen objetivos e intereses contradictorios.

Detallaremos a continuación ciertas cuestiones que afectan la situación de la fuerza de trabajo en salud mental que justifican la adopción de acciones innovadoras en la formación, empleo y regulación de quienes se desempeñan o aspiren a desempeñarse en este campo, para pasar finalmente a detallar las iniciativas de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en torno a la temática.

1.1. Cantidad y distribución de profesionales

Uno de los procesos más distorsivos se expresa en la cantidad y distribución de los profesionales de salud mental en ejercicio, lo cual ha seguido la concentración económica de la oferta y la demanda en los más grandes aglomerados poblacionales. Este fenómeno ha producido como consecuencia una profunda inequidad en el acceso a los servicios de atención; ya que existe una sobreoferta de servicios y recursos técnicos o profesionales en las localidades más ricas y una carencia en la disponibilidad y el acceso a tales recursos en las localidades más carecientes.

El problema de la inequitativa distribución comprende a la enorme mayoría de los profesionales y/o especialistas del campo de la salud mental, entre ellos destacamos:

a. Argentina ostenta la tasa de psicólogo por habitante más alta del mundo ($121,2 \times 100.000$)¹, seguido por países escandinavos, europeos y de América del Norte. Sin embargo, las evidencias empíricas nos permiten reforzar la aseveración de que en ciertas regiones del país se observa un marcado déficit de profesionales, mientras que en otras regiones el recurso humano manifiesta una distorsiva sobreoferta que contribuye a la precarización y/o al bajo reconocimiento salarial. De acuerdo a los datos provistos por el estudio nacional que trabajó con base en datos del INDEC (Alonso & Gago, 2007), cerca de las tres cuartas partes de la fuerza de trabajo profesional (71,7 %) está concentrada en tres distritos del país, tal como es el caso de la CABA, la Provincia de Buenos Aires y la Provincia de Santa Fe.

b. Actualmente en CABA se desempeñan 3.589 psiquiatras y 363 especialistas en psiquiatría Infanto-juvenil, lo cual es una proporción altísima en relación al resto del país, más aún teniendo en cuenta que la psiquiatría constituye una de las especialidades con menor elegibilidad por parte de los médicos,

¹ Tasas provistas por el Atlas de recursos humanos de la OMS

observándose que un 2,15 % de los especialistas poseen esa formación (Abramzon, 2005).²

c. En cuanto a la cantidad y distribución de neurólogos de acuerdo a los datos provistos por la Sociedad Argentina de Neurología, más de la mitad de los mismos se concentra en las jurisdicciones de Buenos Aires, Santa Fe y la provincia de Córdoba, en las cuales se hallan los conglomerados urbanos de mayor desarrollo y densidad habitacional del país.

d. El número de egresados de enfermería no está en consonancia con la cantidad de personal requerido para cubrir las necesidades del sistema sanitario. Estudios recientes (Laplacette & cols., 2013) revelan un mapa de la oferta educativa de tecnicatura con concentración geográfica en la región Centro, PBA y CABA y con predominio de instituciones de gestión privada, que responden a decisiones jurisdiccionales de escasa articulación con las necesidades de los servicios de salud.

1.2 La orientación formativa

Tal como lo señaláramos en anteriores trabajos (de Lellis & Sosa, 2011; Pomaes & Di Nella, 2011) las universidades del Estado han profundizado la formación de los profesionales de la salud (ej: médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeros) en el modelo de la enfermedad y desde una concepción centrada en el ejercicio liberal. Este fenómeno produce un sesgo en el mercado de trabajo, pues genera una sobreoferta de profesionales que no reúnen las competencias básicas para desempeñarse desde una perspectiva socio-sanitaria.

La enseñanza continúa siendo en su mayoría monodisciplinaria, enciclopedista, basada en la reproducción acrítica de enunciados teóricos en los cuales el estudiante no suele problematizar adecuadamente sus condiciones de formulación y/o implementación. La orientación hegemónica adoptada por las instituciones universitarias ha estado regida de forma excluyente por el modelo clínico como instancia legitimada por la comunidad profesional en una orientación funcionalmente adecuada al mercado de la enfermedad, lo cual no permite disponer de profesionales que reúnan las competencias requeridas para desempeñarse en áreas emergentes tales como las modalidades de abordaje

² En el país hay 3.740 psiquiatras registrados en SISA, de ellos 1.610 tienen registro compartido en más de una provincia. No obstante, el dato del país es relativo ya que muchas jurisdicciones no tienen las especialidades cargadas en el Registro Federal (MSAL, Dirección de Capital Humano).

comunitario, el enfoque de derechos, una concepción integral de la salud, los nuevos perfiles epidemiológicos y el desafío de la inclusión social desde una perspectiva de la complejidad que integre diversos escenarios, niveles y estrategias de intervención (de Lellis, 2010).

Esto ha conllevado, entre otras, las siguientes consecuencias:

- Bajo desarrollo de competencias para trabajar en el ámbito de lo público y desde una perspectiva sanitaria (que incluye tópicos tales como epidemiología, administración y gestión de políticas públicas, sistemas y servicios de atención, redes y planificación de servicios, promoción de la salud y prevención temprana de la enfermedad).
- Omisión en el tratamiento de las problemáticas sanitarias más relevantes del país; en particular aquellas que impactan sobre grupos que cuentan con menores posibilidades de acceder a la atención dispensada por los servicios formales de salud.
- Desconocimiento de los ejes políticos que son rectores desde una perspectiva que vincula a los derechos humanos y el campo de la salud mental, tales como la Declaración de Caracas, la Convención Internacional para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad y, más recientemente, la Ley Nacional N° 26.657.
- Escasas oportunidades de confrontar al estudiante con su futura inserción como profesional, dada la escasa proporción de horas asignadas a las prácticas, y/o rotaciones en servicio que comprendan los distintos niveles de acción sanitaria (desde la promoción hasta la rehabilitación).

1.3. El debilitamiento en el rol de rectoría y regulación estatal

El proceso de debilitamiento histórico del Estado nacional argentino en general durante la segunda mitad del siglo XX, y del Ministerio de Salud en particular en lo referido al ejercicio del liderazgo de las políticas públicas de salud, ha sido a la vez causa y efecto de la escasa visualización que han tenido las cuestiones propias del sector en la agenda pública y estatal. Dicho proceso ha comenzado a revertirse a partir de la década pasada, conforme se plantean medidas orientadas al fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional para el cumplimiento del derecho a la salud.

Por otro lado, las históricas omisiones del subsistema regulador en torno a la certificación y/o matriculación, la acreditación de establecimientos y/o especialidades, así como la promoción de incentivos que promueven cubrir las áreas de vacancia en la formación y desempeño de los recursos humanos en salud mental han producido otros fenómenos preocupantes, a saber (de Lellis & Saforcada, 2006):

a. Manifiesto empirismo y subcalificación de los recursos humanos en áreas tales como el seguimiento y/o acompañamiento de personas con trastornos y/o dificultades específicas (ej: ancianos, personas con trastornos mentales severos y/o discapacidades psicosociales) para el desenvolvimiento en su vida cotidiana, lo que redundan negativamente en la calidad del proceso de atención.

b. Perfiles técnicos que requieren ser sometidos a regulación como el acompañamiento terapéutico, el psicólogo social y los counselors; los cuales intentan dar respuesta a las áreas de vacancia que históricamente no han sido cubiertas por los profesionales acreditados oficialmente por el estado nacional. Una de sus manifestaciones es la certificación educativa equivalente para trayectos formativos distintos, con una gran disparidad en la calidad y cantidad de horas que deben cumplir para su titulación en los distintos centros formadores.

c. Debilitamiento de las incumbencias fundamentales en el ejercicio profesional de psicólogos, psicopedagogos y/o psiquiatras tales como el ejercicio de las distintas formas de psicoterapia, en torno a la cual otras profesiones se autoreferencian como legítimamente autorizadas para ejercer en este campo con la misma idoneidad.

d. Crecimiento de las universidades privadas, que ha sido un fenómeno destacado durante la década del 90, de la mano de las inversiones privadas que se alentaron en el país asociadas con el proceso de achicamiento y privatización del estado. Se expresa ello en el crecimiento exponencial de la matrícula de egresados de psicología de las universidades privadas en los últimos treinta años, ya que el 64,31 % se forma en el ámbito público y el 35,69 % en el ámbito privado.

Las manifestaciones anteriormente enunciadas nos invitan a reflexionar en torno a la necesidad de fortalecer el rol regulatorio del estado a fin de que la orientación formativa de los recursos humanos no adopte como eje rector la oferta y demanda del mercado, sino que se inspire en las necesidades y requerimientos del conjunto de la sociedad desde principios sustentados en la calidad, la equidad y la eficacia en el accionar de los servicios de salud.

1.4. Inserción laboral y condiciones de trabajo

Las condiciones de trabajo y/o las formas de contratación representan un aspecto importante en la protección de los derechos laborales y las condiciones de inserción en el mercado de trabajo, dos aspectos que condicionan a la vez la calidad de los servicios dispensados a la población.

En tal sentido, se constatan los siguientes problemas concurrentes:

En primer lugar, la subutilización de recursos humanos (en especial, de los egresados en psicología), que se manifiesta en el alto porcentaje de profesionales que se encuentran en una situación de desempleo y/o subempleo profesional, aún cuando ha sido reiteradamente señalada la competencia y versatilidad de los graduados que surgen de los centros académicos del país y la necesidad de cubrir espacios de vacancia en la labor profesional de los psicólogos (de Lellis & Saforcada, op. cit.).

Aún cuando resulte un tópico que por su relevancia amerita un tratamiento más pormenorizado, debemos señalar algunas cuestiones específicas, que surgen de analizar diversos documentos y fuentes de información (Brito, Galín, Novick et al, 2000; Novick & Galin, 2003), los cuales reflejan el creciente deterioro de la situación de los trabajadores de la salud durante la década del 90 en la región de América Latina.

La creciente flexibilidad del mercado de trabajo, que ha promovido la extensión de formas precarias de trabajo asalariado, sea por la escasa o nula protección social, por el encubrimiento de trabajo asalariado bajo formas supuestamente autónomas y/o por la precariedad en las modalidades de contratación. Novick y Galin, (op. cit.) señalan que los datos recogidos y analizados en Argentina confirman claramente dichas tendencias, a partir del relevamiento de las principales fuentes documentales: Encuesta Permanente de Hogares del INDEC y Encuesta permanente al personal de salud realizado en el marco de la OPS/OMS en el año 2002.

El pluriempleo como modalidad dominante de contratación de la fuerza de trabajo en casi toda América Latina, ligado a un conjunto diferente de causas como el aumento del trabajo a tiempo parcial y la baja de las remuneraciones. Por ejemplo, el desarrollo de un mercado "dual" de trabajo (Novick & Galin, op. cit.; Galín, 2002) ha llevado a que el personal de la salud mental se desempeñe simultáneamente en diversos ámbitos laborales, y condicione su desempeño a las reglas que predominan en los distintos subsectores (público, privado, de

la seguridad social); lo cual permite combinar la obtención de mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado con mayor protección social en el sector público aún cuando se obtengan más bajos salarios.

Asimismo, la frecuencia del trabajo por turnos y las jornadas irregulares de trabajo en el sector salud (principalmente de quienes cumplen roles asistenciales), con importantes efectos negativos sobre la salud individual (OPS/OMS, 2012), contribuye a manifestaciones de desgaste y burnout profesional entre quienes no sólo se hallan sometidos a tensiones propias de la tarea sino también a la precariedad de sus formas de contratación.

2. EL NUEVO ESCENARIO DE LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA

Varias cuestiones se han conjugado hacia comienzos del milenio para generar una reivindicación del rol de rectoría nacional, que ha estado ausente durante la década pasada en virtud de los procesos de desguace en el propio aparato del estado, y por el desplazamiento en el eje de poder hacia las organizaciones y agencias multinacionales de crédito que han cobrado hegemonía en las decisiones políticas sobre los gobiernos de la región.

En el documento producido por la OPS con la denominación “Funciones esenciales de la Salud Pública” se describe la necesidad de fortalecer la capacidad institucional para la regulación y fiscalización en salud pública, incluyendo desarrollar el marco regulador para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento (Muñoz, 2000).

Señala como una de dichas funciones el desarrollo y formación de los recursos humanos, comprendiendo los procesos de planificación, gestión, capacitación básica y continua de los recursos humanos que aplicarán conocimientos y técnicas ligadas con la promoción, prevención y/o recuperación de la salud.

En virtud de la importancia que reviste el problema y por ser el tema que aquí nos ocupa, nos detendremos en analizar principalmente las implicancias que la Ley N° 26.657 tiene en la formulación de una política de recursos humanos en salud mental (SM).

Dado su rol rector y regulador, la Ley Nacional 26.657 establece responsabilidades importantes a los poderes públicos por asegurar (conjuntamente con las universidades) la formación continua de los recursos humanos que ya se desempeñan en el sistema de servicios, pero también proponer medidas que

permitan orientar la calidad de formación de los profesionales en el nivel de grado y de posgrado.

Dos son los aspectos específicos que la ley contempla en su articulado y que remiten a la responsabilidad del estado nacional en relación a la formación de recursos humanos.

a. “Desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley (...) Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental de todo el país”(capítulo 9°, Art. 33).

El decreto reglamentario además aclara, en cuanto a la conformación de los equipos interdisciplinarios, que la Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la Salud Mental y desarrollará acciones tendientes a: a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas áreas que sea necesario, b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

b. “Convenios de cooperación técnica con las jurisdicciones para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las Universidades” (capítulo 11°, Art. 41).

Con la sanción del Decreto 457/10 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Dicho organismo es la autoridad de aplicación de la Ley Nacional N° 26.657 y por lo tanto está facultado para ejercer las acciones regulatorias indispensables.

En consonancia con ello, el Plan Nacional de Salud Mental (punto 10.4) formula numerosas iniciativas coordinadas por el Área de Capacitación y Contenidos de la DNSMyA, tales como: apertura de iniciativas de formación de grado y posgrado, la regulación de profesionales y técnicos; adecuación de contenidos de grado y posgrado, acreditación de especialidades, realización de capacitaciones en servicio en áreas o temáticas claves, para citar las más importantes.

3. INICIATIVAS DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL

Las iniciativas que se enumeran a continuación comprenden aspectos de capacitación directa, formulación de normas o documentos reguladores, elaboración de materiales y/o recomendaciones dirigidas a otros organismos públicos del Estado nacional.

3.1. Elaboración de un marco de referencia para las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental

Esta iniciativa, desarrollada en conjunto con la Dirección de Capital Humano y Salud Ocupacional del MSAL, tiene como objetivo sentar las bases para regular y orientar la formación de las residencias en salud mental, financiadas por el gobierno nacional para que las mismas se adecúen a una perspectiva acorde a la ley nacional y teniendo sede en efectores acreditados para tal fin.

A comienzos del año 2013 la Dirección Nacional de Capital Humano y la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones decidieron efectuar una convocatoria para la constitución de una Comisión Interdisciplinaria de Salud Mental dedicada específicamente a la elaboración de un Documento Marco para las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM). Desde su inicio, participaron de la misma referentes jurisdiccionales, sociedades científicas, representantes de entidades formadoras y asociaciones profesionales que nuclean a las disciplinas que integran el campo de la salud mental.

La dinámica de trabajo de la Comisión se basa en el intercambio y discusión de los distintos participantes, ya que en el transcurso del proceso surgen diferentes perspectivas, sesgos, y/o posicionamientos sobre aspectos del desempeño profesional que enriquecen al debate y la producción conjunta.

Durante el transcurso de los encuentros y organizados en grupos de trabajo, se generaron consensos en relación a los siguientes tópicos: a) Áreas de competencia comunes a todas las disciplinas, a saber, las diferentes modalidades disponibles en la red de servicios del sistema local de salud: urgencia (considerando los diferentes escenarios o situaciones como ser la guardia, consultorio/CAPS, vía pública), internación/externación, atención ambulatoria (a través de estrategias de abordaje como consejería, atención psicoterapéutica en consultorio externo de hospital, CAPS y atención domiciliaria); interconsulta; estrategias en salud mental en emergencias y desastres; abordaje en la salud mental desde una perspectiva comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial; procesos de educación permanente, investigación, gestión del equipo interdisci-

plinario en el sistema de salud promoviendo la participación en los procesos de transformación del mismo; b) Contenidos formativos, que se definen como indispensables para la especialización en Salud Mental, entre otros los sujetos de derecho en el sistema de salud, el marco político institucional y el proceso de atención; c) Requisitos de acreditación de las sedes o espacios de formación de los residentes, tanto comunes como por especialidad, definiendo las características que habrán de tener las instituciones formadoras para que garanticen el pasaje por espacios de formación mínimos: área de internación, consultorio externo, centro de salud, área de urgencias, salud mental infanto-juvenil, interconsulta y dispositivos de inclusión social.

3.2. Recomendaciones a las Universidades públicas y privadas

El proceso de elaboración de las Recomendaciones a las Universidades tiene como objetivo adecuar los procesos de formación de profesionales del campo de la Salud Mental al nuevo paradigma.

En una primera instancia un equipo técnico designado por la Comisión Interministerial en Salud Mental y Adicciones elaboró un documento borrador de Recomendaciones con base en la realización de entrevistas a expertos y referentes en la temática. Este documento fue sometido a una ronda de consultas abiertas en las que participaron autoridades provinciales en Salud Mental, Asociaciones Profesionales, Organizaciones de la Sociedad Civil y Organismos de Gobierno.

Sobre la base de los aportes recibidos se elaboró un Documento Final que fue aprobado por dicha Comisión; conforme a las pautas establecidas por la nueva legislación y a las políticas que de ella se desprenden, tomando en consideración los siguientes ejes fundamentales: a) Enfoque de derechos; b) Inclusión social; c) Interdisciplina / Intersectorialidad ; d) Salud pública.

En una segunda instancia, se realizó un convenio entre Jefatura de Gabinete de Ministros, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para la elaboración de lineamientos específicos con base en el Documento Marco de Recomendaciones, para la Formación Universitaria de las Carreras de Medicina, Psicología, Trabajo Social, Derecho y Enfermería.

Se convocó, a través de los rectores y decanos de todas las universidades públicas y privadas del país, a que designaran un referente académico para que represente a la unidad académica en el proceso de formulación de lineamientos y se realizaron una serie de encuentros para el intercambio y discusión

acerca de qué experiencias de aprendizaje se privilegiarán para la formación de los estudiantes en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

La tercera instancia se abrirá con el trabajo específico que cada unidad académica efectuará, con la asesoría de los organismos reguladores, a fin de impulsar cambios curriculares que respondan a esta nueva orientación formativa.

3.3. Directrices de organización y funcionamiento de servicios de salud mental

Este marco normativo persigue como objetivo elaborar recomendaciones para: a) La habilitación de los establecimientos de salud mental bajo el marco de las normativas vigentes y las políticas públicas actuales en materia de salud mental; b) El establecimiento de los estándares de calidad mínimos para cada establecimiento (unidades de salud mental en centros del primer nivel de atención, en hospitales generales, servicios habitacionales y de rehabilitación psicosocial, entre otros), sugiriendo el equipamiento mínimo y estructura física requerida y el equipo básico de profesionales para su funcionamiento.

A principios del año 2014, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud efectuaron una convocatoria para la conformación de una Comisión Interdisciplinaria de Salud Mental cuyo propósito es reemplazar la normativa aún en vigencia para la habilitación de Servicios de Salud Mental³, la cual se contrapone ampliamente a la legislación nacional y requiere con premura de su actualización.

Dicha comisión está conformada por referentes de sociedades científicas, representantes de asociaciones profesionales que nuclean a las disciplinas y por efectores nacionales vinculados al campo de la Salud Mental. También se ha convocado en forma *ad hoc* a efectores con experiencias innovadoras, organismos reguladores, financiadores o que nuclean obras sociales y organismos de la sociedad civil, referentes de sectores tales como Justicia, Seguridad y Derechos Humanos para recibir aportes y sugerencias al documento.

La dinámica de trabajo en la comisión se basa en el intercambio y discusión entre los distintos participantes. En el transcurso del proceso, se ha logrado elaborar un Documento Final que será posteriormente revisado por las autoridades provinciales en materia de salud y sometido a la revisión de la Dirección

³ La misma data del año 1986.

General de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud de la Nación.

Uno de los mayores desafíos con los que se encuentra esta comisión es establecer criterios comunes que contemplen las realidades sociales de los ámbitos territoriales del país, pues estos presentan diversos grados de desarrollo de sus redes de servicios, las cuales deberán garantizar la cobertura en salud mental de la totalidad de la población del área de competencia, incluyendo los diferentes padecimientos mentales que la afectan.

Entre los obstáculos existentes para asegurar un estándar mínimo de calidad que se adapte a todo el país se encuentran la escasez de profesionales de disciplinas y especialidades críticas en diversas regiones del territorio nacional, la concentración de psiquiatras en las zonas metropolitanas, el escaso número de enfermeros profesionales matriculados en la mayor parte del país, la escasa formación en salud mental de los equipos de salud; y la ausencia de acreditación nacional en el ejercicio de algunos perfiles técnicos y/o profesionales (por ej.: el acompañante terapéutico y el agente sanitario), lo que impide la habilitación y/o fiscalización de los servicios de salud que los requieran.

3.4. Capacitación en servicio

Varias son las iniciativas que merecen ser reconocidas como parte de las estrategias de capacitación desde una perspectiva que resalta la práctica en los servicios y la actualización continua de los contenidos formativos en quienes asumen responsabilidades de gestión y atención directa en los servicios de salud:

a. Elaboración de guías clínicas de recomendaciones dirigidas a equipos de salud para la atención de la Urgencia en Salud Mental, así como lineamientos más específicos dirigidos a problemáticas de salud prevalentes en las consultas de guardia, entre ellas el Intento de suicidio y el Consumo excesivo episódico de alcohol. Para la elaboración de los marcos básicos, la DNSMyA conformó comisiones de referentes en las temáticas específicas cuyos productos fueron sometidos a la revisión de las autoridades provinciales en materia de Salud Mental.

b. Oferta de rotaciones de profesionales que se forman en residencias vinculadas al campo de la salud mental (RISAM, RIEPS, Epidemiología, Salud Mental) en dispositivos territoriales y/o programas de nivel central coordinados por la DNSMyA. Las mismas se planifican en conjunto con los residentes y sus

referentes institucionales de acuerdo a los objetivos u áreas de formación de la rotación (entre ellas la atención primaria, la gestión en salud, la rehabilitación), por el período de tiempo consignado en el programa de formación correspondiente. Como resultado de dicha experiencia, se ha consolidado a la Dirección Nacional como una relevante instancia formativa para todos aquellos que deseen experimentar el rol de los profesionales de la salud mental en una institución pública de carácter nacional.

c. Asesoría a diversas instituciones formadoras que tienen a su cargo procesos de capacitación, cuyo objetivo ha sido propender al conocimiento del contenido de la Ley Nacional de Salud Mental, así como de las líneas de acción y estrategias de abordaje que la misma menciona. Durante el año 2011, se ha generado una instancia de intercambio y asesoramiento con el área de capacitación de Residentes de la Ciudad de Buenos Aires; de la Dirección de Capacitación de la Provincia de Buenos Aires, así como también a varios equipos de formación de residentes de Hospitales de varias jurisdicciones del país.

d. Capacitación a equipos de salud de las diversas jurisdicciones del país a través de un módulo general que comprende las diversas temáticas que son desarrolladas por los equipos y áreas de la DNSMyA; tales como legislación en Salud Mental, atención de problemáticas prevalentes (suicidio, alcohol, adicciones, emergencias y catástrofes) y para grupos poblacionales específicos (infanto-juvenil, tercera edad). Dichas capacitaciones tienen como objetivo la formación y capacitación de los recursos humanos de los equipos de salud teniendo en cuenta las acciones y modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental, así como también la formulación e implementación de políticas y programas que acompañen las acciones previamente mencionadas.

CONCLUSIONES

Tal como hemos intentado exponer en el presente trabajo, y en virtud de las recientes tendencias desreguladoras, privatizadoras y descentralizadoras que han embestido contra los estados nacionales de toda la región de América Latina, el valor de lo público se constituye en una de las notas centrales que deben reivindicar actualmente las políticas de salud mental.

La desarticulación entre las necesidades y requerimientos sanitarios y la formación de los profesionales que se desempeñan o aspiran a desempeñarse en el sistema de servicios de salud obliga a revisar perentoriamente las políticas existentes en la materia, y el rol que asumen las universidades en la forma-

ción de profesionales de acuerdo a un criterio de responsabilidad social, resignificando el concepto de autonomía universitaria (que tuvo su sentido y vigencia históricos), en virtud de las actuales necesidades y requerimientos sociales.

Gran parte del resultado que cabe esperar de las iniciativas del estado nacional anteriormente enunciadas descansa en la capacidad de imponer una línea rectora que genere la adhesión y el compromiso de las universidades para dotar a los profesionales de mayores competencias para dar respuesta a los contenidos de la ley nacional; así como la posibilidad de instalar a la salud mental como una temática transversal a todo el sistema de servicios de salud desde un enfoque basado en la integralidad e inclusión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramzon, M. (2005). Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Buenos Aires, Representación OPS/OMS en Argentina.

Alonso, M. M. & Gago, P. T. (2007). "Relevamiento sobre la formación y distribución de psicólogos en Argentina. Actualización a 2006". XII Congreso Argentino de Psicología. San Luis.

Brito, O; Galin, P. & Novick, M. (2000). "Labor relations, employment conditions and participation in the health sector", WHO Workshop on Global Health Workforce Strategy, 9-12 December 2000, Annecy, France.

de Lellis, Martín. (2010). "Psicología y políticas públicas saludables". En: Psiencia. Revista editada por COBAND. Asociación para el avance de la ciencia psicológica. Vol. 2. Nº 2. Págs. 102-106.

de Lellis, M; Saforcada, E. (2006). "Política de recursos humanos en el ámbito de la salud. El caso de la formación de graduados en psicología". En: Psicología y políticas de Salud. Buenos Aires: Paidós.

de Lellis, M. & Mozobancyk, S. (2013). El proceso de salud enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja. Buenos Aires: EUDEBA.

de Lellis, M. & Sosa, S. (2011). "La formación de recursos humanos en Atención Primaria y Salud Mental". En: Asociación Argentina de Salud Mental. Sexo, cultura y poder. Págs. 548-551. Buenos Aires. ISBN 978-987-23478-4-0.

de Lellis, M. (2011). "A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo". En: Revista Diálogos. Universidad de San Luis Pags. 7 a 24 Vol 2 Nro.2.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (Octubre, 2013) Plan Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: MSAL.

Galín, P. (2012). "Dependencia y precarización del empleo en los profesionales de la salud de la Argentina". En: Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo. Año 8. N° 15. Buenos Aires.

Laplacette, G.; Duré, M. I.; Cadile, M.; Faccia, K.; Cavalieri, M; Saulo, H.; Suárez, N.; Heymans, J. & Mazzitelli, M. A. (2013). "Educación profesional de los técnicos de la salud en Argentina: formación superior terciaria y universitaria". Revista Argentina de Salud Pública, 4 (16): pp. 6-23.

Ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud N° 26.529. Publicado en el Boletín Oficial el día 20/11/2009.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicada en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Muñoz, F & cols. (2000). "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud". En: Revista Panamericana de la Salud Pública, Vol. 8 N° 12. Julio/Agosto.

Novick, M. & Galin, P. (2003). Observatorio de recursos humanos de salud en Argentina. Buenos Aires. Representación OPS/OMS en Argentina.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá, OMS.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington D.C.: OPS.

Pomares, L. & Di Nella, Y. (2011). "Rol, dispositivos y legalidad". En: Di Nella, Y. Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos. (Por la superación del dogma manicomial). Buenos Aires: Koyatún.

CONFORMACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS: LA PSIQUIATRÍA EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN

Autor: *Federico Beines.*

“Las tareas que esperan al psiquiatra en este campo son arduas, y se comprende que más de uno tienda a sustraerse de ellas, invocando, por ejemplo, que, como médico, no tendría otro deber que el de curar enfermos. Pero no tenemos derecho a cerrar los ojos ante los problemas psicológicos de la convivencia social. El que no quiere abandonar la “torre de marfil” del trabajo estrictamente individual no puede hacer una labor efectiva en el campo de la psiquiatría...” (E. Krapf, *Psiquiatría*, 1959).

RESUMEN

El presente texto reflexiona sobre los procesos de conformación de los equipos interdisciplinarios en salud mental, centrándose en el caso del médico en general y del rol del psiquiatra en particular. El escenario actual muestra una dificultad en la integración de los profesionales de la medicina (psiquiatría) en los equipos de salud mental, lo cual puede deberse no sólo a la carencia de un número suficiente de médicos con formación en salud mental, dentro de los servicios públicos de salud a nivel nacional. Se evalúan otras hipótesis al respecto, fundadas en la historia de la psiquiatría y cómo esta disciplina lidió con los problemas de la inclusión y exclusión social, generando dificultades para la integración con otras disciplinas del campo de la salud mental. Se propone reencontrar una modalidad de trabajo en el seno de los equipos interdisciplinarios, de las redes de salud y de la comunidad en general, que incorpore al profesional de la medicina a los avances sanitarios y culturales que existen en Salud Mental. Un proceso de estas características no puede realizarse sin una tensión entre las disciplinas que es preciso elucidar, y poder trabajar en consecuencia en un contexto que incluya una diversidad de enfoques.

Palabras Claves: Equipos Interdisciplinarios, Inclusión, Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

La formación de grado de los profesionales que integran el equipo interdisciplinario en Salud Mental está basada en contenidos sobre las incumbencias de cada campo disciplinar, quedando el componente relativo al trabajo interdisciplinario a menudo relegado a la capacitación en servicio en materia de posgrados. Esta apreciación entra en conflicto con lo que demanda la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657), y esta inadecuación de contenidos es materia del problema 5 del Plan Nacional de Salud Mental. Este trabajo tiene como objetivo problematizar la inclusión de los médicos psiquiatras dentro de las redes sanitarias públicas, en particular en los equipos de salud mental.

Existen tensiones propias de un momento de conformación de los equipos interdisciplinarios tal cual exige la Ley 26.657. Una revisión crítica de este proceso podría redundar en un mejor funcionamiento de las redes de salud, que enfrentan actualmente el desafío de redistribución del recurso humano en la mayor parte de jurisdicciones para dar respuesta a las problemáticas en consonancia a lo que se denomina como “modelo comunitario de atención” (Plan Nacional de Salud Mental 2013). En este sentido analizaremos las competencias del psiquiatra dentro de este contexto de cambio. ¿Qué prácticas específicas deben adecuarse a este enfoque y bajo qué condiciones de posibilidad se darían esas prácticas en el interior de los equipos?

Con respecto a los profesionales médicos, frecuentemente suele establecerse que Argentina tiene un número suficiente, con un promedio anual de 4.000 nuevos egresados y una relación de un médico cada 200 habitantes (ACAMI, 2008). Sin embargo, el problema de la distribución ya existe desde la propia situación geográfica, con una proporción de un médico en 90 habitantes en la CABA hasta uno en 677 en la provincia de Formosa, y en el conurbano bonaerense la cifra es de un médico en 445 habitantes. De todas maneras esto supera lo sugerido por la Organización Panamericana de la Salud que parte de un piso deseable de 1.250 habitantes por médico (MSAL-OPS, 2005).

En este escenario, la psiquiatría constituye una de las especialidades con menor elegibilidad por parte de los médicos, observándose que un 2,15 % de los especialistas acreditaban esa formación (Abramzon, 2005). También debemos destacar que dentro de los profesionales matriculados en el Ministerio de Salud de la Nación, la mayoría de los matriculados activos son médicos, seguido en segundo lugar por los psicólogos, quienes han superado últimamente a los odontólogos. El resto de las profesiones que podrían encuadrarse en el equipo interdisciplinario cuenta con un porcentaje minoritario (MSAL-OPS, 2005).

Con el correr de estos últimos años, la oferta de formación en salud mental para médicos aumentó, al menos en lo que respecta a las vacantes para acceder a la especialidad por medio de residencias médicas. De unos 36 cupos en 2004 para los sistemas públicos de CABA y Provincia de Buenos Aires, en diez años los puestos para residencias de psiquiatría se vieron incrementados casi un 50 %, en virtud del aumento de cupos de la CABA y la creación de nuevas Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISAM), de jurisdicción nacional.

Las mencionadas residencias, concentradas en el área metropolitana de Buenos Aires, constituyen espacios de formación en servicio con características interdisciplinarias, y al final del proceso el residente médico adquiere la especialidad en psiquiatría.

A pesar de este panorama, en principio alentador, la cantidad de médicos con especialización de posgrado en salud mental no resultaría suficiente, considerando que la formación de grado recibida en salud mental suele ser escasa. Asimismo, nos quedan desafíos inherentes a las prácticas de las diversas disciplinas del equipo para las cuales los profesionales, como decíamos, rara vez reciben formación universitaria en la modalidad de intervención a través de un equipo interdisciplinario.

Ahora bien, la falta de articulación de los actores sanitarios y su consiguiente falta de respuesta traducida en una insuficiente oferta de servicios (Plan Nacional de Salud Mental, problema 2), ¿puede explicarse sólo por la carencia de formación? El presente trabajo postula que es necesario indagar en la historia de las disciplinas para entender el escenario actual y permitir de esta manera un enriquecimiento de la formación que redunde en el aumento de la efectividad de las intervenciones en salud mental. En este caso nos centraremos en los desarrollos y prácticas de la medicina en el campo de la Salud Mental.

FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS Y DE LAS REDES DE SALUD

Las consultas por salud mental en una red sanitaria suelen ser constantes, y crecen en la medida en que la cobertura de servicios aumenta. Otra regla conocida nos enseña que el tipo de demanda de la población está en función de esa oferta de servicios. Es decir que si lo que predomina en una jurisdicción es una respuesta basada en la atención individual, la población llegará a las instituciones solicitando ese tipo de prestación. Y cada sistema local tendrá que procurarse que su oferta no sea saturada e impotenciada según la demanda que él mismo genera. Este contexto es el que emerge cuando

se crean servicios nuevos, y la sensación subjetiva del trabajador de la salud suele ser que nunca se alcanza a dar satisfactoria respuesta. Para salir airosos de ese desafío, es preciso reflexionar sobre la organización de los servicios y su funcionamiento en una red mayor. A partir de la sanción de la Ley 26.657, han existido iniciativas de creación de servicios y/o de refuncionalización de las redes sanitarias con los efectores existentes, haciendo de esta discusión un imperativo para la gestión.

Muchos profesionales se interesan por la salud mental, y su recorrido formativo suele iniciarse dentro del sistema público, por más que ese no sea el destino de todos ni de la mayor parte de los profesionales que se capacitan. En este caso nos enfocaremos en lo que sucede específicamente con los equipos de salud mental, el profesional de la medicina en general, y el psiquiatra en particular.

En el país existen equipos interdisciplinarios que dan respuesta adecuada a situaciones de gran complejidad sin contar con un especialista médico disponible en su jurisdicción. Incluso la Ley 26.657 prevé que se pueda proceder a una internación por salud mental sin la intervención de un psiquiatra, y esto es realmente un avance en un contexto de escasez de profesionales de la psiquiatría. Por supuesto que muchas voces de la medicina se alzaron en contra de este nuevo concepto legal con el argumento de que, en caso de que el psiquiatra pudiera no firmar, se perdería cierta especificidad a nivel del acto médico. Sin embargo las tensiones interdisciplinarias no pueden reducirse a esto, sobre todo ya que otras normativas posibilitaban que, por ejemplo, los psicólogos pudieran firmar internaciones.

Entonces debemos remontarnos más atrás aún para entender qué sucedió para que se operara un alejamiento del psiquiatra de la salud pública. Un nivel de análisis podría considerar las tensiones propias de un sistema de salud con estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y los especialistas. Pues si la atención primaria intenta no caer de forma innecesaria en la consulta especializada, también es cierto que el éxito de la estrategia de APS dependerá en buena medida de su articulación de red con los efectores en donde se encuentran esos especialistas. Y justamente la realidad compleja en la que nos encontramos en salud mental tiene que ver con la redefinición de esos efectores en la red, de sus funciones y competencias.

Y en otro nivel de análisis, la serie de dificultades para dar respuestas sanitarias de forma articulada tendría que ver con la evolución de las disciplinas y las discusiones generadas en torno a los límites e identidades de cada una de ellas. Un lugar común consiste en adjudicar al psiquiatra un rol de especialista

únicamente en el plano asistencial en detrimento de otros momentos del proceso salud/enfermedad, como ser el trabajo en promoción y prevención temprana. Relegar a ese lugar al psiquiatra puede generar abordajes tardíos que desemboquen fácilmente en fracasos terapéuticos. Y esto tiene que ver tanto con desaprovechar un rol dentro de un equipo interdisciplinario como también desconocer el rol de los mismos psiquiatras en la historia de los avances que presenta la salud mental en la actualidad.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La medicina heredó una suerte de mandato político de ser la encargada de definir lo normal y anormal ya no sólo en un plano biológico sino también en el tejido social (Canguilhem, 1978). Esto cobró relevancia a partir del siglo XIX con la conformación de la especialidad psiquiátrica, que nació de los médicos clínicos que velaban por la salud en los diversos espacios de reclusión en los que estaban encerradas las personas con padecimiento mental. La idea de una medicina social, o sea de ampliar el radio de acción de los médicos más allá del paciente, cobró un auge atractivo y los profesionales se sumaron a esa cruzada que la sociedad iba gestando. Totalmente seducidos por cierto protagonismo y visibilidad por fuera de los hospicios o los domicilios en donde se ejercía la medicina, los médicos salieron a sanear puertos, a intervenir en leprosarios o barrios obreros, a investigar lo que sucedía en regiones inhóspitas desde donde los exploradores regresaban con enfermedades desconocidas. Fueron una serie de odiseas que tuvo mucho de heroísmo en el recuerdo, a la vez que obedeció a las necesidades de dar respuesta a las epidemias (Costa, 1983). Cuando viene la plaga, ya no alcanza con tratar de a uno, y es más: el mismo profesional puede morir si lo intenta. Cuando surge la idea de prevención, surge también la de una higiene mental comandada por el alienista -como se reconocía a los psiquiatras de mayor prestigio-, pues ejercían en los hospicios de alienados, incluso muchos vivían allí.

¿A quién representaba el alienista que decidía sobre el destino de las personas con padecimiento mental? ¿De qué eran “embajadores sociales” esos primeros psiquiatras? La ciencia había desplazado a la religión a la hora de decidir sobre la alienación de una persona. Las leyes mantuvieron cierta hegemonía en la cuestión, hasta que empezaron a necesitar a alguien con otra formación que les dijera si la persona simulaba locura o no. La autoridad médica pasó a ser la que dispondría que alguien considerado “anormal psíquico” tuviese el tratamiento necesario. Entonces el diagnóstico clínico obtuvo una preponderancia para la actividad del psiquiatra, pues los tratamientos ya estaban inventados (por otros) y consistían en diversas modalidades de confinamiento (Castel, 1977).

EL ADVENIMIENTO DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

¿Por qué decimos que los tratamientos los inventaron “otros” no médicos? Los sistemas de reclusión son tan antiguos como la vida en sociedad, y la incorporación de personas con trastornos mentales dentro de esos espacios fue un fenómeno progresivo en la medida que las ciudades se fueron complejizando en Occidente. Lo que se había iniciado como un policiamiento del orden en la vía pública acabaría siendo, bajo aval médico, un procedimiento sistematizado destinado a excluir a ciertas personas con escasos recursos, pues los más pudientes siempre accedieron a otras prestaciones en el ámbito familiar privado. En cuanto a la herencia de un mandato social de administrar y distribuir geográficamente a las personas con trastornos mentales que recibe la medicina a partir del siglo XIX, podríamos decir que coincide con el intento de lo que se llamaría “medicina social”, de salir del consultorio y de los hospitales para que el médico tuviera una participación más activa en la política ciudadana.

El alienista en principio era el médico clínico que asistía a los locos encerrados en un asilo o un antiguo leproso, de la misma forma que un médico asistía a los presos de un penal. De hecho Pinel, a veces llamado padre de la psiquiatría, no podía sino ser un reconocido médico clínico que trabajaba en La Salpêtrière. Luego de años trabajando con esa población internada crónicamente, Pinel delimita un campo de la medicina (que mucho tiempo después se llamaría psiquiatría) mediante la adaptación de la problemática que concernía a una lógica médica: la del diagnóstico y tratamiento. Caracterizó entonces Pinel la “alienación mental” y desarrolló para ella una técnica curativa, que llamativamente coincidía con el confinamiento y aislamiento del mundo exterior que ya se le brindaba a los “alienados” desde hacía un tiempo. El médico quedaba así como engranaje que justificaba los procesos de segregación que ya funcionaban anteriormente, sistematizándolos y llevando su técnica a un número cada vez mayor de situaciones que se incluían en las clasificaciones psiquiátricas. A partir del aporte de cada generación de psiquiatras estas resultaban cada vez más floridas y abarcativas, mucho más allá de la mera “alienación mental”.

Hubo una demora importante hasta que la medicina generase algunas otras propuestas terapéuticas, siempre gracias a resistencias del orden establecido. Cuando surge a fin de aquel siglo XIX el germen del psicoanálisis desde el mismo ámbito de la medicina, aquel fue de a poco proscrito como práctica “profana”, destinada a ejercerse por profesionales no médicos (asociado también con las resistencias sociales a la revelación de la sexualidad infantil, por ejemplo).

En la década del 50, se expande la producción y empleo de los medicamentos en psiquiatría, con los que se suele asociar o circunscribir la acción principal de los psiquiatras. Esto aconteció poco después de la Segunda Guerra Mundial, con una sociedad cuyos asilos estaban ya saturados y para colmo debían recibir grandes cantidades de veteranos de guerra.

Los psicofármacos son una herramienta valiosa que ha mejorado la calidad de vida y aumentado la efectividad de las intervenciones sanitarias. Las altas de internaciones que han facilitado difícilmente puedan compararse a otra intervención. Hay un antes y un después de esa década del cincuenta. Sin embargo persiste en el imaginario la idea de que la medicación puede resultar una modalidad de castigo. Y por supuesto que una psiquiatría orientada bajo los conceptos de sanear una sociedad y esconder al anormal puede desembocar en situaciones de tortura para la persona encerrada en un asilo en el que se usen psicofármacos sin rigor científico. Pero cualquier técnica aplicada más allá de su indicación precisa o su uso racional desemboca en situaciones que amenazan derechos de los pacientes. Puede haber violencia en una interpretación psicológica, en medidas de sujeción o manejo de enfermería, negligencia de trabajadores sociales con demoras injustificadas en las externaciones; en fin, tenemos que estar advertidos de los efectos de nuestras acciones profesionales.

El diagnóstico es otra situación que suele reportarse como excesivo. Así, el abuso de diagnósticos psiquiátricos con fines diversos, por ejemplo, para que las familias se apoderen de los bienes de alguien que tuvo una crisis, va adquiriendo progresivamente un carácter de excepción gracias a toda la legislación que nos lleva a pensar a las personas desde sus capacidades y no desde sus déficits. Los diagnósticos son relevantes a la hora de trazar una estrategia terapéutica, y es posible que haya que completar ese diagnóstico clínico con uno de situación general de la persona y su inserción en la comunidad. A veces la simple práctica psiquiátrica disgusta a quienes dicen oponerse a rótulos, cuando ese proceso es también algo más amplio que la intervención médica. Los engranajes sociales de la estigmatización pueden incluso prescindir del diagnóstico médico, ya que los términos científicos son apropiados por otros actores. Un ejemplo ilustrativo son los antiguos diagnósticos de “imbécil” o “idiota” que, a medida que la sociedad fue apropiándose de esos rótulos, la comunidad científica ha debido modificar tales denominaciones con el término de retraso mental.

Todo lo que antecede no implica afirmar que un médico nunca diagnostica de más: cuando sucede, entonces debemos hablar de sobrediagnóstico. Para el nivel epidemiológico, es relevante revisar las prácticas diagnósticas ya que en el

otro extremo, el subdiagnóstico a nivel poblacional, también impacta en el gasto en salud y por supuesto en la vida de cada persona que no accedió al derecho a que se detecte su problema a tiempo.

Existen herramientas jurídicas nuevas que regulan estas situaciones de abuso de la técnica. Es hora de entender a esas situaciones por lo que actualmente se denomina la mala praxis. Y esta figura, justamente, asusta más a los médicos que cualquier ley o normativa de salud mental, porque intentando regular abusos pueden cometerse muchos otros.¹ Muchas veces pensamos la práctica desde lo que no hay que hacer, y la Ley 26.657 puede funcionar como un ejemplo de inventario de cómo prevenir abusos, más que nada en la situación de internación.

Retomando el tema de las prácticas psiquiátricas, resulta esperable que muchos sientan nostalgias de los tiempos pasados. Y quizás estas añoranzas no se refieran justamente a la posibilidad de castigar y aislar según una vieja praxis, sino tal vez por un proceso más amplio que fue despojando al médico de su estatus y del protagonismo de su figura para la sociedad. Y entonces los manotazos de ahogado pueden asociarse con alguna modalidad más regresiva históricamente como, por ejemplo, la de reclamar las jefaturas de servicio exclusivas para médicos. Estas actitudes de ciertos sectores gremiales de la medicina no podrían tener un eco amable en los equipos interdisciplinarios que tenemos y los que necesitamos configurar. La Ley 26.657 hace hincapié en que podrá ser jefe aquel que acredite idoneidad de las disciplinas acreditadas a tal fin, y resulta importante destacar que así funciona en incontables jurisdicciones del país.

En un campo de la salud escindido por susceptibilidades que nos llevan a usar el cristal de otras épocas para los escenarios actuales, no parece haber demasiado lugar para un trabajo interdisciplinario real, superador de la mera articulación de saberes estancos o de profesionales que se hablan con recelo cuando necesitan de una acción de un campo que los excede. Y si estamos planteando una reforma del sistema de atención en salud mental, parte de un cambio cultural que considere la diversidad, la inclusión comunitaria real, abolir la estigmatización, partir de las capacidades, ofertar otros tratamientos. ¿cómo llevarlo a cabo desde la integración de saberes y el trabajo interdisciplinario?

¹ Nos referimos a la facilidad con la que se organiza un mercado de juicios de mala praxis que suele incidir en la actividad clínica de los médicos y no precisamente aumentando su eficacia sino volviéndolos más conservadores, por ejemplo solicitando estudios innecesarios, entre otras posibilidades.

LA PSIQUIATRÍA EN LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN

Podríamos leer la actualidad como un momento transicional, no exento de contradicciones. Por ejemplo, los psiquiatras conforman agrupaciones vinculadas a los derechos humanos, forman parte de colectivos de salud mental, dejan de lado los acuerdos lucrativos con la industria farmacéutica, incorporan en sus formaciones o congresos los ejes psicosociales, y tantas otras puertas se van abriendo. Pero aún estamos en un momento de no saber cómo intervenir interdisciplinariamente en salud mental y cuál es el rol específico del psiquiatra.

La psiquiatría al servicio de la inclusión es un eslabón necesario para cualquier proceso de cambio, y a la vez un desafío, un reposicionamiento superador de la propia historia. La ausencia de síntomas ya no es el objetivo principal, repetimos el mantra que la salud no es la ausencia de enfermedad. Sabemos que una persona puede dejar de alucinar o delirar por una intervención farmacológica apropiada, pero esto puede no tener ninguna incidencia si no se acompaña de estrategias terapéuticas integrales, si no se tiene en cuenta un proyecto de vida de la persona. Y debemos recordar que los síntomas “negativos”, la anhedonia, la pasividad, esos síntomas que no son tan visibles como el delirio y la alucinación, no experimentan relevantes modificaciones con el uso de la psicofarmacología. Y esto no implica que entonces el psiquiatra derive a su paciente a algún servicio de rehabilitación para que la persona vuelva a estar activa, desentendiéndose del caso. A nivel clínico, es en el trabajo conjunto con los otros profesionales, que podemos obtener resultados exitosos.

A nivel institucional, tenemos que aprender a considerarnos eslabón de una red. Los especialistas que no se integran a la estrategia de atención primaria son un recurso desaprovechado. Y no por esto tenemos que caer en el extremo de dejar de brindar atención individual, en pos de alguna supuesta modalidad de abordaje novedosa que deje al descubierto las necesidades de asistencia de los habitantes. Los sistemas basados en la referencia y contra-referencia, efectivos en muchas especialidades en materia de salud mental, no han logrado resultados semejantes. Resulta muy difícil acompañar a la persona y su seguimiento se discontinúa fácilmente si el concepto es “mandar al paciente” a tal lado o con tal persona con una notita de derivación. La medicina podría bien reconocer que su prestigio se basa muchas veces en la cantidad de veces que un especialista es demandado en derivaciones por otros. Pero desde un concepto más amplio de la salud, el profesional debería ser requerido pocas veces, ya que así demostraríamos el buen funcionamiento de la red de salud en la que estamos insertos, pues la continuidad de los cuidados ha de ser nuestro objetivo fundamental.

Ban Ki Moon, secretario general de la ONU, expresó el día de la salud mental (el 10/10/10) que los problemas sociales traen problemas mentales y que los problemas mentales traen aparejados problemas sociales. Los neurotransmisores y la actividad cerebral en general cambian tanto con un fármaco como con las intervenciones psicosociales. ¿Por qué quedarnos con una sola herramienta? El psiquiatra lentamente se va abriendo paso en las técnicas para las que ha sido considerado profano en un proceso inverso a aquel que lo divorció del psicoanálisis hace décadas.

Y podemos agregar que los esfuerzos por ampliar el radio de acción de la práctica vienen siendo una preocupación en muchos profesionales de distintas disciplinas, quienes se han visto con la pólvora mojada a la hora de actuar frente a escenarios de creciente vulnerabilidad. Al intentar aplicar fórmulas creadas en un distrito determinado, que pueden probar una respuesta en ese lugar, luego demuestran no funcionar en otro con alguna divergencia cultural. Los límites de las prácticas son zonas de conflicto, y una actitud poco eficaz consiste en circunscribir el radio de acción pequeño a lo que sí parece funcionar. Valga como ejemplo los modos abstencionistas estrictos como abordaje de las adicciones. Si se le pide a la persona que venga a tratarse sólo en caso de que no haya consumido nada y que sólo permanezca en el dispositivo si está dispuesta a no consumir nunca más, vamos a decir que al menos la efectividad de esta práctica será cuestionable por su cortísimo alcance, por más que suene impresionante cuando se demuestra el éxito en un caso. Las cifras disminuirán drásticamente si lo llevamos a contextos reales. Imaginen una intervención semejante en Bavaria en Oktoberfest, o cualquier acción que desconozca las variables socioculturales de la población objetivo².

Restringirse a la farmacología no es una modalidad que surja de ninguna formación en psiquiatría sino de un equívoco generalizado de la organización de los sistemas de salud, con raíces históricas, tal cual vimos aquí resumidamente.

Un sistema de salud que funcione en red, de forma comunitaria, y que brinde una respuesta sociosanitaria adecuada requiere de (entre otras cosas, por supuesto), psiquiatras que tengan manejo clínico y farmacológico, pero dispuestos a salir al territorio, a golpear las puertas que sean necesarias para que las personas que atiende tengan una vida digna en comunidad, y sobre todo psiquiatras dispuestos a trabajar en equipos integrados, tanto hacia afuera

² En este sentido, desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones una de las intervenciones en esta línea, en el marco del carnaval de Guaqueguaychú, sede de la problemática del consumo de carácter estacional de mayor crecimiento en los últimos años.

como hacia adentro de los servicios de salud. Al respecto de este último caso, vale aclarar que un equipo que recurre al psiquiatra sólo para que el paciente sea medicado, no está funcionando interdisciplinariamente, por lo tanto no está brindando una respuesta sanitaria satisfactoria.

HACIA UNA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA

La revisión histórica no debería llevar a horrorizarnos, por más que hoy en día existan prácticas que funcionen como museos vivientes de los viejos paradigmas. Si antes la psiquiatría funcionaba como ese engranaje social que tomaba acciones sobre las personas más allá de lo corriente del acto médico, es posible rehabilitar esta función pero ya no al servicio de un sistema organizado de exclusión. Para ello debemos usar una serie de herramientas que tienen hoy a mano los equipos de salud, pero con seguridad la psiquiatría deberá desarrollar otras que le sean propias, para abordar las problemáticas cada vez más complejas de salud de las poblaciones. Existen disputas de hegemonías que pocas veces tienen que ver con la medicina, en técnicas psicoterapéuticas que bregan por quedarse con la última palabra en salud mental en lugar de trabajar cooperativamente. No estamos en condiciones de desechar ninguna técnica, y cualquier psicoterapia a la que un psiquiatra se acerque encontrará con certeza su aplicación y hará más fuerte su práctica.

A pesar de lo antedicho debemos desarrollar herramientas nuevas para los escenarios nuevos, las cuales van a requerir de una formación más amplia que la clínica tradicional -por supuesto, sin desmerecerla-. Esos instrumentos no podrán prescindir de dos elementos clave: la inclusión de los aspectos culturales y herramientas para la coordinación de grupos.

Si actuamos sobre el individuo en lugar de actuar junto a él, también en su contexto comunitario, corremos riesgo de no dar una respuesta efectiva. El ejemplo por excelencia de fracaso son los fenómenos de puerta giratoria después del alta de una persona que vuelve a su comunidad sin la debida intervención allí en donde cobra sentido su problemática.

La psiquiatría ha actuado más allá de los medicamentos, en la época en que no existían los psicofármacos y los alienistas recurrían a los anestésicos “amansa fieras”, sabiendo que no tenían función terapéutica, como tampoco el shock insulínico o la malarioterapia -verdaderas torturas-. A fin de siglo XIX la internación y el tratamiento moral se proponía como un cambio conductual en la persona, que era considerada incurable, empezando algún bosquejo de idea de rehabilitación. Actualmente la idea de intervenir en la vida cotidiana se ha vuelto eje de

acción desde un enfoque psicosocial. Tenemos que ampliar nuestra esfera de intervención a la persona y su comunidad, pues la salud mental está en esos lazos que articulan los dos niveles. Ya no podemos pensar la mente como algo que nace y muere adentro del cráneo.

La psiquiatría ha tenido cientos de desvíos del lugar en el que la sociedad en general y el campo de la Salud Mental en particular han querido ubicarla. Iniciativas como la psiquiatría social, la etnopsiquiatría y toda una corriente que incorporaba elementos de la antropología hace unas décadas, hoy resultan desconocidas. Y no sólo es revisionismo volver a ellas recuperando cierta historia alternativa. Después de todo, ya desde las épocas de Falret y Conolly en la Europa del siglo XIX existían experiencias que criticaban el orden asilar establecido (Falret, 2002). Se vuelve menester la comprensión del rol de los desarrollos desde el interior de la psiquiatría en todo lo que hoy se conoce como dispositivos extra hospitalarios, pasando por las experiencias inglesas de comunidades terapéuticas hasta la psiquiatría de sector en Francia (Mignot, 1967). Existe toda una serie de intentos de despegarse de la imagen psiquiátrica tradicional proponiendo una nueva psiquiatría que nunca llega a consolidarse (EY, 1955). Quizás en este proceso identitario de la psiquiatría podríamos encontrar el germen de las experiencias exitosas de la Salud Mental actual en tanto campo interdisciplinario.

CONCLUSIÓN

La conformación de equipos interdisciplinarios constituye hoy en día uno de los desafíos de las redes de salud para aumentar la efectividad de su respuesta a las problemáticas de salud mental. Ante una complejización del escenario social y sanitario, se requiere la intervención en situaciones de creciente vulnerabilidad y, en este sentido, las respuestas desde disciplinas únicas han demostrado no brindar un abordaje adecuado y eficaz.

Hemos analizado el ejemplo de la dificultad en la integración del psiquiatra al equipo interdisciplinario. Las probables causas a las que se hicieron referencia fueron: la escasez de profesionales, la falta de formación de grado en la práctica interdisciplinaria, y la tensión entre los saberes disciplinares. Cada una de las hipótesis en sí misma resulta insuficiente para dar cuenta del fenómeno descrito. La evolución de los enfoques sanitarios nos lleva a la reflexión sobre la propia práctica para elucidar estrategias en escenarios complejos y de multicausalidad.

El Plan Nacional de Salud Mental identifica como problema la formación profesional para la integración en equipos interdisciplinarios y destaca esta prioridad en cuanto a la incorporación de la diversidad de saberes. Mientras que la Ley 26.657 aporta el “qué hacer” (y qué no hacer), el Plan Nacional identifica el “cómo”.

El aumento de las vacantes para formación interdisciplinaria también constituye una prioridad para el Ministerio de Salud de la Nación. Y esto podría funcionar como motivador para los agentes de salud del territorio, para atacar el último componente causal detrás del fenómeno estudiado: la tensión entre disciplinas. Superar las contradicciones, adaptarse a un nuevo enfoque democratizador de los saberes, constituye un desafío que los actores deben encarar incluyendo los conflictos, sin expulsarlos fuera de su sistema, reflexionando y dialogando en la diversidad.

En suma, nos hallamos ante el desafío de consolidar una psiquiatría que trabaje dentro de una lógica común por la inclusión de las personas con padecimiento mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramzon, M (2005). “Argentina: Recursos Humanos”. En Salud. Nro. 62, Buenos Aires: Representación OPS/OMS.

ACAMI. (2008). Conclusiones del XI Congreso Argentino de Salud. Salta: Disponible en «<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=54959>».

Castel, R. (1977). *L'ordre psychiatrique*. Paris: Les Editions Du Minuit.

Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México DF: Siglo XXI Editores.

Costa, J. (1983). *Orden Médica e Norma Familiar*. Brasil: Graal Edicoes.

Devereux, G. (1975). *Etnopsicoanálisis complementarista*. Buenos Aires: Amorrortu.

Ey, H. (1955). *Deuxième état de la psychiatrie: la psychiatrie psycho-sociogénétique*. En *Enciclopedia Médico Quirúrgica, Introduction à la Psychiatrie*, 37005 A20, Paris.

Falret, J. P. (2002). *Enfermedades Mentales y los Asilos de Alienados*. Buenos Aires: Polemos.

Krapf, E. E. (1959). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Disponible en: «http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php?option=com_content&view=article&id=228:plan-nacional-de-salud-mental&catid=4:destacados-slide228».

Mignot, H. (1967). Le Secteur, En: *Enciclopedia Médico Quirúrgica Conditions d'exercice de la psychiatrie* 37915 A10, Paris.

Organización Mundial de la Salud. (MSAL-OPS, 2005). Bases para un plan de desarrollo de recursos humanos de salud. Disponible en: «http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Bases.pdf».



V. SALUD MENTAL Y JUSTICIA



CAPACIDAD JURÍDICA: PARA EL EFECTIVO EJERCICIO DE LOS DERECHOS¹

Autores: Ma. Fernanda Díaz Fornis, Javier Ignacio Frías, Ana Cecilia Garzón, Mauro Giménez, María Luz Petracca, Noelia Rodríguez, Patricia Zubiarrain.

RESUMEN

El presente trabajo es producto de la tarea desarrollada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) -Ministerio de Salud de la Nación- en relación a evaluaciones de capacidad jurídica de personas sometidas a juicios de interdicción. Ello se efectúa conforme a la Ley 26.657 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), partiendo de la presunción de la capacidad de todas las personas. Dicha práctica se realiza relevando la vida cotidiana de la persona y su contexto, a fin de visibilizar los apoyos para la toma de decisiones que requiere para efectivizar el ejercicio de sus derechos.

Palabras Claves: Capacidad Jurídica, Interdicción, Derechos.

CONTEXTO ACTUAL

Luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657², la Justicia Nacional en lo Civil comenzó a solicitar a la DNSMyA la realización de evaluaciones

¹ La presente ponencia se elaboró por el Equipo Jurídico de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud de la Nación, para el Congreso Mundial de Salud Mental de la World Federation for Mental Health 2013 organizado conjuntamente con la AASM. Buenos Aires, Argentina, el día 28 de agosto de 2013. Los datos utilizados en la ponencia fueron actualizados en diciembre del año 2013 para la presente publicación.

² Sancionada por unanimidad en ambas Cámaras, promulgada el 2 de diciembre de 2010, publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre 2010, vigente en todo el país.

adecuadas a los requerimientos de la nueva normativa en relación a las condiciones de internación y de capacidad jurídica.

En particular, para responder a los pedidos de evaluación sobre capacidad jurídica se constituyó este equipo interdisciplinario formado hasta el momento por profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social y abogacía, que pudiera satisfacer estos requerimientos a la luz de los artículos 3, 5, 8 y 42 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³ (CDPD).

En el artículo 52 del Código Civil (CC) argentino, dicho concepto es definido como la capacidad de adquirir derechos y contraer obligaciones. La doctrina civilista clásica -siguiendo el sistema legal francés- señala que la capacidad jurídica es uno de los atributos esenciales que, junto al nombre, el domicilio, el patrimonio y el estado civil, definen a la persona como sujeto de derechos. El artículo 3 de la ley 26.657 define...a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas...”. Esta definición contempla a la salud mental como un proceso flexible, complejo, variable, ligado a los diversos aspectos que atraviesan la vida cotidiana de las personas y el contexto en el que se desarrollan; asimismo, refiere acerca del ejercicio de los derechos en igualdad de condiciones para todos los ciudadanos de este país.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en su artículo 3, inciso a) define como principio: “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”, lo cual es profundizado en el artículo 12 de dicho texto normativo, como veremos más adelante.

Con la perspectiva desarrollada precedentemente, los equipos interdisciplinarios de la DNSMyA realizan las evaluaciones de capacidad jurídica. Asimismo, sistematizaron los informes producidos hasta el momento a fin de poder dar cuenta del estado de situación de la temática abordada. Con tal objetivo, en el presente trabajo, se realizará un desarrollo acerca de:

³ Ratificada por Ley 26.378.

- El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, en el marco de la normativa vigente.
- Las insanias e inhabilitaciones del modelo tutelar en contraposición al sistema de apoyo para la toma de decisiones basada en el paradigma del modelo social de la discapacidad (jus-humanista).

CAPACIDAD JURÍDICA, UN DERECHO QUE NOS CONSTITUYE COMO CIUDADANOS

La noción de capacidad jurídica contempla dos elementos esenciales: la capacidad de ser titular de derechos y la capacidad de obrar y ejercerlos, que comprende la posibilidad de acudir a la justicia en caso de cualidades o propiedades del ser jurídico por medio de las cuales el sujeto-persona puede individualizarse y formar parte de la relación de derecho” (Cifuentes, 1999).

El artículo 140 del CC afirma que la capacidad jurídica es la regla -todas las personas en principio son consideradas capaces jurídicamente-; sin embargo, dicho cuerpo normativo contempla las excepciones de su limitación o privación a través de los artículos 141 (declaración de incapacidad -insania-) y 152 bis (declaración de inhabilitación), en contradicción con la CDPD. Al respecto, se señala que la ratificación de dicho instrumento por el Estado Argentino -y desde diciembre de 2014 por Ley N° 27.044 con jerarquía constitucional- trae aparejada la obligación de adecuar la normativa interna en ésta temática.

En este punto, se considera pertinente mencionar las implicancias que las declaraciones de insania traen en la vida cotidiana de las personas ya que, por ejemplo, no pueden ejercer actos jurídicos tales como efectuar contratos (de alquiler, de trabajo, con una compañía de celulares; ser titular de una caja de ahorro, una tarjeta de crédito, de los servicios de la casa), donar, testar, heredar, ejercer la patria potestad, casarse, divorciarse, reconocer un hijo, asociarse, votar, brindar consentimiento informado, entre otros. Dicha sentencia afecta y restringe el desarrollo de la vida cotidiana de las personas trayendo aparejadas dificultades en su inclusión social.

Por tales motivos es que, para la evaluación de capacidad jurídica, no sólo corresponde considerar la situación de salud o su desempeño sobre la ejecución de meros actos jurídicos, sino que se debe tener en cuenta el contexto en el que el ciudadano realiza su vida cotidiana y las decisiones que puede adoptar conforme su autonomía, necesidades, gustos e intereses.

DEL INSANO AL SUJETO DE DERECHO

El modo de concebir las evaluaciones y elaboración de informes se encuentra íntimamente relacionado con el marco referencial desde el cual se entiende la capacidad jurídica.

Como se mencionara precedentemente, la sentencia de inhabilitación o insania ejerce una restricción en la vida cotidiana de las personas al limitar los actos jurídicos que realizan a diario, así como las decisiones que deban tomar. Ello permite introducir la diferencia que se plantea en el modo de concebir a la persona desde el modelo tutelar y desde el modelo social de la discapacidad.

Tanto desde el modelo tutelar (sobre el cual se sanciona el Código Civil y códigos procesales dictados acorde), como desde el modelo social de discapacidad (que instaura la CDPD⁴) se parte de la presunción de capacidad jurídica. En el modelo tutelar esta presunción es rápidamente dejada de lado por la posibilidad de declarar la incapacidad. En cambio, en el modelo social la incapacidad no está prevista, no se piensa en la anulación de la capacidad jurídica sino que se instauran apoyos que asistirán, sin suplir la voluntad, allí donde la persona lo necesite. Por ello, desde el modelo tutelar, la evaluación se realiza en pos de privar de capacidad jurídica a una persona (insania-inhabilitación) pudiéndose probar en contra de la presunción, con la consecuente sustitución en el ejercicio de derechos. Desde el modelo social, la evaluación parte de la presunción de capacidad de la persona, considerando los actos jurídicos para los que requerirá de apoyo para ejercerlos (sistema de apoyos para la toma de decisiones, artículo 12 de la CDPD), sin necesidad de privar de capacidad jurídica a la persona, logrando que de esta forma la presunción de capacidad no admita prueba en contrario.

El modelo tutelar considera al sujeto como desvalido, por lo cual se lo debe proteger -tanto a él como a su patrimonio-, dado que las decisiones que adopte podrían afectarlo negativamente, así como también a la ciudadanía en general. Desde esta perspectiva, el sujeto declarado insano, definido como demente en sentido jurídico, es considerado como un menor y por lo tanto otra persona concentra la tutela-potestad sobre todos sus derechos.

⁴ Sobre las caracterizaciones de los diferentes modelos ver: Palacios, Agustina. *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ed. Cinca. Madrid. 2008. Disponible en «http://www.uis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMauss11_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf».

Desde el modelo social se asume la complejidad del sujeto y su capacidad jurídica, como una cuestión personalísima y que contempla sus particularidades. Desde esta perspectiva, el eje a considerar es su proyecto de vida y las capacidades que tiene para llevarlo adelante. En caso de que presente limitaciones, requerirá de apoyos para la toma de decisiones. En este punto se considera pertinente dejar asentado que, en muchos de los casos evaluados, el sistema de apoyos se encuentra conformado de hecho en la práctica. Desde la perspectiva de este modelo, no se lo estigmatiza en sus limitaciones mediante una declaración de insania, sino que se legitima y conforma un sistema de apoyo particularizado para que tome por cuenta propia sus decisiones.

De acuerdo con la experiencia de las evaluaciones realizadas se evidencia que, en la mayoría de los casos, el motivo de inicio de un Juicio de Insania se encuentra vinculado a la necesidad de realizar actos o gestiones vinculados a beneficios previsionales, asistenciales o la cobertura de salud (21 %), el patrimonio (9,86 %) o como consecuencia de la institucionalización (23,62 %), -ver Gráfico 1 en Anexo-⁵.

Continuando con la lectura de los datos, se observa que el 33 % de las personas entrevistadas desconoce los motivos de inicio del juicio de capacidad jurídica. Se realiza el detalle a continuación:

a. Inicio del juicio de insania/inhabilitación para la gestión y cobro de beneficios previsionales, asistenciales o subsidios provinciales

De 436 evaluaciones realizadas en el período de Julio 2011 a Diciembre del 2013, se observó que en un 13 % de las mismas el inicio de un juicio de insania o inhabilitación se debe a un requisito impuesto para el acceso a un beneficio asistencial y/o previsional. Si bien es una práctica habitual, existen numerosos instrumentos legales que demuestran que dicho requisito es un error conceptual, ya que de ninguna manera es necesaria la existencia de un juicio sobre la capacidad jurídica de las personas para la obtención de las mismas.

Asimismo, la declaración de insania o inhabilitación implicaría para la persona la restricción de cobrar o administrar los haberes de los que es titular, vulnerando su derecho de acceso a dicho beneficio.

⁵ Estas afirmaciones se desprenden del trabajo de campo realizado y la sistematización de los informes de evaluación de la capacidad jurídica solicitada a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, durante el período de Julio de 2011 a diciembre de 2013 sobre un total de 436 casos evaluados.

Los instrumentos legales referidos a las pensiones derivadas por discapacidad a los que hacemos mención son: el dictamen de ANSES 37012; la circular GP N° 35/08 de ANSES; y el Fallo del Tribunal de Familia N° 1 de Mar del Plata que con apoyo en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sostiene la improcedencia de declarar la incapacidad jurídica para la gestión y cobro de beneficios previsionales y, por analogía, también asistenciales o subsidios provinciales.

A continuación se dará cuenta del contenido de dichos instrumentos:

El 10 de julio de 2008 la Circular GP N° 35/08 de ANSES sobre Tramitación de los beneficios de pensión para personas con discapacidad refiere que en el marco del artículo 12 de la Convención, el Dictamen N° 37012 expresó:

“Este Servicio Jurídico considera que no existe impedimento legal alguno que se presente como un obstáculo para que el pago de la prestación pueda ser efectuado al propio solicitante, ello aunque medie dictamen médico que determine la existencia de una patología de grado tal que haga presumir que aquél no puede dirigir su persona y administrar sus bienes, toda vez que ello no conlleva la declaración de “demencia”, a la cual refiere el código civil, la cual sólo se perfeccionará ante la existencia de una enfermedad mental u otra patología de base, que produzca la discapacidad de la persona y luego de la declaración judicial”.

En relación a las pensiones asistenciales la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales ha modificado el formulario del certificado médico bajo la Disposición N° 1528/2013, reemplazando la frase “Requiere Curatela” por “Si la patología es mental y el solicitante tiene 18 años o más, deberá indicar si considera necesario, con la única finalidad de salvaguardar los derechos del mismo, la designación judicial de un apoderado para la percepción y administración de la prestación: “SI/NO”.

Citamos el mencionado fallo del Tribunal de Familia N° 1 de Mar del Plata, del 29 de diciembre de 2009, L. L. A. s/ insania:

VIII) El joven L. L. es titular de la protección integral que implica el otorgamiento de una pensión en los términos en que se expusiera, ello no significa que para el logro de tal fin deba de ubicarse su derecho dentro de un proceso tutelar que a la luz del espíritu de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

excede en la figura de protección tutelar que tiene como consecuencia efectos civiles y patrimoniales que implican la sustitución del SR. L. L. por un tercero representante curador. Por ello considero que para la tramitación y percepción en definitiva del beneficio de pensión no resulta necesaria la iniciación del presente proceso y su continuidad teniendo como norma aplicable la ley 26378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

(...) XI) Para la presente resolución no se trata de analizar las potencialidades psíquicas de A. A. sino su aptitud de goce y de obrar del ejercicio de sus derechos. En este sentido considero que sin perjuicio de la prosecución de una acción que implique una armonización entre la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la normativa del derecho interno en relación a la protección integral de A. A. L. L., no resulta la vía conducente en el momento actual designar un curador que sustituya la voluntad y la decisión del joven quien ha expresado reiteradamente que confía plenamente en la persona de su padre, quien perfectamente puede resultar ser el apoderado de su hijo y/o tramitar y percibir el beneficio previsional que se ha solicitado.

(...) Considero entonces que el marco de apoyo y salvaguarda para el joven A. A. L. L. al momento actual lo constituye su familia, la actividad que desempeña, el entrenamiento que realiza a través de su familia contando con el padre como su apoyo principal.

(...) RESUELVO: 1) Rechazar la petición inicial a los efectos de obtener el beneficio previsional dispuesto por la Ley 10.205. 2) Establecer un sistema de apoyo tal como viene desarrollándose en la actualidad entre el Sr A. A. L. L. DNI 32.*04.63* y su padre SR. L. Luis Ángel DNI 12. *39.15*, quien a partir de la comprensión y la confianza celebraran los actos necesarios en forma alternada, indistinta y/o conjunta para la tramitación del beneficio previsional que oportunamente se denunciara en autos. (...). 4) Ordenar que dicho trámite debe ser otorgado (...) sin exigencia de declaración de insania y curador al efecto de su cobro. 5) Hacer saber a dicha institución que el mismo tramitará personalmente y /o a través de mandato otorgado al SR. L. Luis Ángel de conformidad a las condiciones de practica administrativa (...).

Para finalizar este apartado, se considera pertinente dar cuenta de algunas cuestiones prácticas respecto de los juicios de interdicción. Por ejemplo, debe considerarse que iniciar y desarrollar el trámite judicial conlleva largo tiempo y costos elevados, además de ser innecesario en las situaciones enumeradas precedentemente.

Asimismo, en aquellas situaciones en las que determinadas personas accedan a un beneficio asistencial o previsional y poseen un curador oficial, en la mayoría de los casos los haberes quedan en cuenta judicial y el titular debe pedir autorización para poder disponer de su dinero. Dicho representante legal evalúa la entidad del gasto, por ejemplo si es una compra no habitual (ej.: muebles, electrodomésticos) solicita varios presupuestos para efectuarla y considera además si quedan fondos en la cuenta. En dicho proceso -que la persona disponga de su dinero- puede ocurrir además que el expediente se pase en vista al asesor de incapaces y luego al juez para que resuelva; todo ello denota lo obstaculizante que se puede tornar la utilización del beneficio de acuerdo a los propios intereses y deseos.

b. Inicio del juicio de insania/inhabilitación como consecuencia de la institucionalización

La internación en un hospital monovalente ha sido y es uno de los principales ámbitos de intersección del sector Justicia con el sector Salud.

El ingreso de las personas a una internación de salud mental se inicia a partir de una situación de crisis del sujeto, concebida como la irrupción de un suceso o sucesos que provocan una ruptura en el desarrollo de la vida cotidiana de la persona temporalmente. Sin embargo, es también un momento propicio para construir, con los medios y recursos que posee, la posibilidad de superarlo si es tratada, atendida y cuidada de modo integral por un equipo interdisciplinario. A pesar de ello, si se prolonga la internación, generalmente por cuestiones sociales y fallas en el sistema de salud, se da por supuesto que la persona no es capaz de tomar las decisiones “apropiadas” para su vida y por lo tanto es necesario que un tercero decida por ella.

Desde el paradigma tutelar se considera a la salud mental desde una perspectiva estática, deshistorizada, considerando al sujeto con padecimiento mental como objeto de tutela y protección. Como consecuencia de ello, el sujeto con padecimiento mental es reemplazado por un curador para la toma de decisiones en lo respectivo a su tratamiento de salud, patrimonio e integridad física, restringiéndole su capacidad de ejercer derechos.

Como se viene desarrollando, históricamente la respuesta de la justicia ha sido la “sustitución” de la toma de decisiones en relación a los aspectos recientemente mencionados (ej: salud, patrimonio) con el argumento de “proteger/resguardar” a las personas con diagnóstico de padecimiento mental por los riesgos para sí mismo o terceros que puede implicar.

Aun en la actualidad, se observa que el diagnóstico médico psiquiátrico se ha constituido en el argumento fundamental para determinar la actuación de la justicia y dictar una sentencia de insania y/o inhabilitación, “la justificación de la internación se sustenta en la peligrosidad [...] una supuesta peligrosidad del causante [...] constituye, según indica la experiencia, el fundamento habitual de las sentencias que disponen la reclusión involuntaria” (Cifuentes Santos, 1997).

Teniendo en cuenta que el 23,6 % de los 436 casos evaluados presentan juicio de capacidad jurídica como consecuencia de la institucionalización, la sola existencia de una internación psiquiátrica ya habilita al poder médico jurídico a presumir la incapacidad del sujeto y de esta forma iniciar el proceso de insania o inhabilitación. En tal sentido, la interdicción se constituye en un obstáculo para el proceso de externación teniendo en cuenta que la persona, al ser declarada insana, no se encuentra habilitada jurídicamente para administrar su dinero, recayendo esas decisiones sobre un tercero. Además, en muchos casos la persona no es informada o no cuenta con información completa sobre el proceso judicial.

Sin embargo, a partir de la ratificación del Estado Argentino en el año 2008 de la CDPD y con la sanción dos años más tarde de la Ley 26.657, se introdujo una nueva perspectiva para el abordaje de situaciones problemáticas en salud mental, adoptando el “modelo social” de la discapacidad, a fin de garantizar los derechos de los usuarios de salud mental a participar de manera activa y fehaciente en la toma de decisiones en lo que respecta a sus actividades de la vida diaria en comunidad, su salud, integridad física y/o patrimonio.

Es a partir de este marco que consideramos que el punto de encuentro entre Salud y Justicia es necesario y beneficioso cuando el eje son los derechos de la persona y su autonomía, porque habilita nuevas prácticas.

c. Inicio de juicio de insania/inhabilitación ante la existencia de un bien patrimonial

Otra de las causas habituales por las cuales se inician los procesos de insania se corresponde con la existencia de bienes inmuebles en el patrimonio de la persona o de su familia. Esta existencia hace necesaria la idea de “preservar”

los bienes, ante la eventualidad de que la persona pueda “mal” disponer o administrar los mismos.

Los actos de administración o disposición de inmuebles implican muchas veces la intervención de juzgados, escribanos, abogados y/o inmobiliarias, por lo que surge la necesidad inmediata de designar un curador que “afronte” esta especificidad, denotando a *prima facie* la imposibilidad de la persona de llevar adelante tales gestiones.

Es así como el patrimonio de la persona, sea un bien inmueble del cual es propietario o el cual va a heredar o requiere inicio de sucesión, pasa a ser objeto de decisiones de las que la persona no forma parte, y entonces es otro quien decide o determina el destino de los mismos.

Se evidencia de este modo que, si bien se inicia un juicio que va a gravitar sobre todos los actos civiles que una persona puede ejercer como sujeto de derechos, en realidad el interés es netamente sobre la esfera patrimonial.

No obstante, bajo la misma lógica de sustitución, el modelo tutelar propone una figura para que la interdicción no sea total: la inhabilitación. En nuestro Código Civil la encontramos en el artículo 152 bis, donde se le designa un curador a la persona sólo en caso de disposición de bienes y para los cuales se requerirá que el curador “preste conformidad” ante el acto de disposición que haga la persona. Es decir, el esquema se recorta a los bienes, pero la modalidad del modelo sustitutivo se mantiene: el curador no va a asistir o acompañar en la decisión referida a lo patrimonial, sino que prestará su conformidad o no, a modo de autorización, sin que se tengan en cuenta los intereses y deseos de la persona.

Se observa que al limitar las posibilidades de ejercer el derecho de propietario o tomar las decisiones sobre un bien propio (ej.: alquilarlo, venderlo, vivir de una renta), en ocasiones ello afecta estrategias de inclusión que incluyan el acceso a una vivienda digna en la comunidad, así como contribuir a viabilizar una externalización en pos de promover mayor autonomía.

d. Desconocimiento de la existencia de juicio de insania. Falta de acceso a la justicia y debido proceso

Resulta un dato relevante que de los 436 casos evaluados, el 33 % desconocía el motivo de inicio del juicio de interdicción. Asimismo, no sólo las personas sometidas a juicio no podían dar cuenta de ello sino que en muchos casos

tampoco sus familias. Ello da cuenta de que no se lleva a cabo un debido proceso, donde la persona es informada y se realizan los ajustes razonables para que comprenda los alcances del mismo; lo que implica la falta de adecuación del proceso judicial a la normativa nacional e internacional vigente. Ejemplo de ello es que una persona evaluada refirió “¿cómo que hay un juicio? si a mí nunca me llamaron a declarar”, lo que denota que no se viabiliza el acceso a la justicia.

En tanto se presume la capacidad del sujeto y se arbitren los medios necesarios para que logre mayor autonomía e independencia la línea para proceder será la enmarcada en la CDPD y la Ley N° 26.657. Desde el modelo tutelar, se llega a negar al sujeto su participación a tal punto que en muchos casos desconoce que hay un juicio a su nombre, qué implicancias tiene para su vida, ni todos los actores que se encuentran obrando a su nombre.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en diciembre de 2005 ha expresado que:

En los procesos donde se plantea una internación psiquiátrica involuntaria o coactiva, es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a aquella. El art. 8, párrafo 1° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos prescribe que: “Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter” (Fallo Tufano, 27/12/2005, consid. 4°, pár 2).

NUEVAS PREGUNTAS. NUEVAS RESPUESTAS

El nuevo paradigma interroga sobre las respuestas dadas hasta el momento. Desde el modelo tutelar, la pregunta era: ¿Esta persona es capaz? Pregunta que se responde de manera positiva o negativa pero no advierte otras posibilidades contextuales ni modificaciones en el tiempo. Si se parte de la presunción de capacidad, sin que ésta admita prueba en contrario, la pregunta se modifica: ¿De qué manera esta persona puede ejercer plenamente sus derechos? Esto abre a una multiplicidad de alternativas a considerar.

El modelo tutelar propone como solución la representación de la persona a través de la figura del curador, el cual actúa sustituyendo el ejercicio de la capacidad jurídica del sujeto.

Desde la perspectiva del modelo social, se plantea la necesidad de establecer sistemas de apoyo para la toma de decisiones e instrumentar todos los recursos necesarios para que la persona pueda desarrollar su autonomía y ejercer sus derechos con la asistencia requerida. Dichos apoyos deben ser limitados a las funciones que el sujeto requiera.

CONCLUSIONES

En primer lugar, se advierte la existencia de una normativa contradictoria, característico de un proceso de transformación y reforma. Por un lado, lo establecido por el Código Civil y Códigos Procesales provinciales, y por el otro, lo previsto en la CDPD y la Ley Nacional 26.657.

Es así que resulta de suma urgencia la adecuación de la normativa para contar con un régimen claro que permita fortalecer la CDPD en pos de la íntegra aplicación del nuevo paradigma. El fallo marplatense citado resulta por demás ilustrativo en cuanto a la clara y concreta aplicación del CDPD y la Ley N° 26.657, demostrando la superación del antiguo régimen.

Asimismo, y en virtud de los resultados que arrojan las evaluaciones efectuadas, se evidencia un claro desconocimiento respecto al modelo social vigente. Por ello, la capacitación y las estrategias de promoción de dicho paradigma resultan fundamentales para generar conciencia en la sociedad y, de ese modo, permitir y concretar el cambio basado en la construcción de los sistemas de apoyo para la toma de decisiones.

En el presente trabajo se puede reconocer la contradicción en la cual el inicio del juicio se encuentra asociado a la necesidad de garantizar un derecho (previsional, asistencial, o de salud); pero que trae como consecuencia la pérdida del ejercicio de todos o varios de sus derechos civiles.

Como punto central de la consideración de los motivos de inicio de juicio de insania/inhabilitación, se evidencia que las prácticas se encuentran signadas por la presunción de incapacidad desde la cual se asume previamente que la persona no puede realizar actos civiles por su cuenta, participar en el juicio,

opinar sobre sus asuntos, y establece en última instancia la imposibilidad de vivir en comunidad.

Por su parte, resulta de suma importancia la revisión de las internaciones prolongadas, en tanto se evidencia en las evaluaciones que en gran porcentaje no persiguen objetivos terapéuticos, en contradicción con los principios que procuran la restitución de derechos y la participación activa de las personas.

La perspectiva tutelar que se expresa en la falta de adecuación de las prácticas a la normativa vigente, traen como consecuencia la falta del debido proceso de las personas sometidas a juicio, vulnerando su derecho a participar en las instancias del mismo y acarreando consecuencias directas en el afrontamiento de la vida cotidiana.

Sorprendentemente, los casos en los cuales se desconoce el motivo de inicio, representan el mayor porcentaje de las personas evaluadas. Aunque no debe sorprender que, al naturalizarse que las prácticas de inicio y desarrollo de los juicios de insania/inhabilitación comiencen signados por la presunción de incapacidad, las mismas se conviertan en meros trámites protagonizados por quienes sustituyen la voluntad de las personas (curadores -familiares u oficiales-) e ignorados por los propios sujetos a los cuales les recae la sentencia de incapacidad.

Se observa en gran medida que la ausencia de una red de servicios y recursos de salud adecuados a las necesidades de la persona, genera mayor desigualdad de oportunidades y un impacto negativo en sus condiciones materiales de vida. En este aspecto, si para el acceso a los recursos de salud se da intervención judicial con la consecuente declaración jurídica de insania o inhabilitación, se añaden dificultades a las ya existentes como la pérdida de los derechos de ciudadanía. En tal sentido, la orientación que debe regir es la de garantizar la singularidad de cada persona, particularizando los apoyos que requiere para el desarrollo de su vida cotidiana.

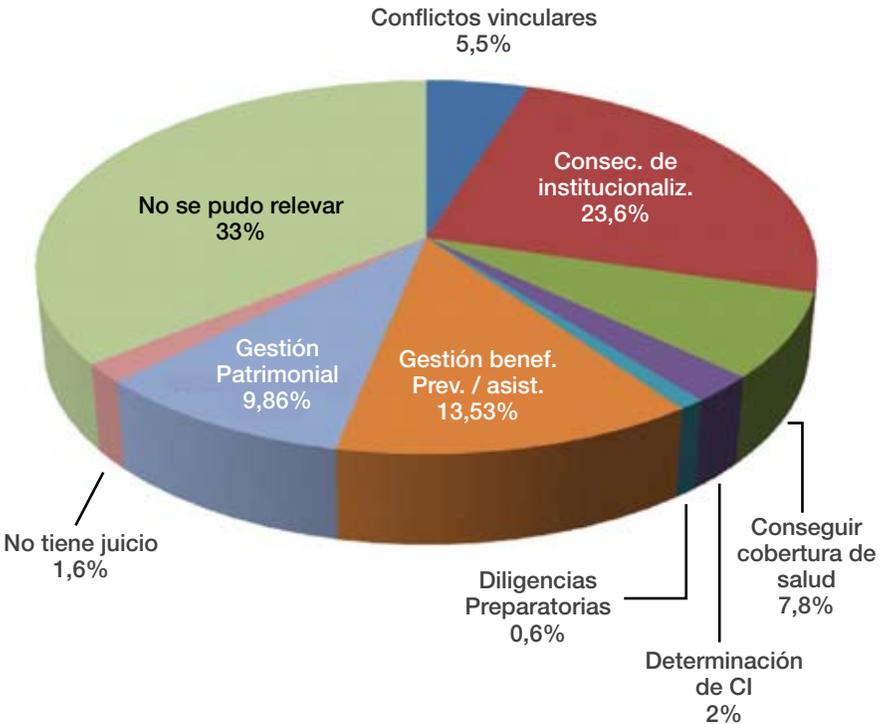
En suma, la experiencia demuestra que los procedimientos seguidos mediante los juicios de inhabilitación e insania han devenido en una práctica obsoleta. Por ello se requiere un nuevo enfoque que, efectivamente, permita resguardar las libertades, derechos e intereses de las personas, velando para que estos cuenten con el apoyo necesario para la toma de decisiones cuando ello fuera estrictamente necesario y como una excepción a la regla de presunción de capacidad jurídica.

ANEXO

Estas afirmaciones se desprenden del trabajo de campo realizado y la sistematización de los informes de evaluación de la capacidad jurídica solicitada a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, durante en el período de Julio 2011 a Diciembre 2013 sobre un total de 436 casos evaluados.

MOTIVO DE INICIO DE JUICIO DE CJ

Gráfico 1:



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administración Nacional de la Seguridad Social. (2008). Circular GP 35/08. Argentina. Recuperado en «<http://soloderecho-biblioteca.blogspot.com.ar/2009/04/circular-gp-n-3508.html>».

Cifuentes Santos, Tiscornia Bartolomé y Rivas Molina. (1997). Juicio de Insania. Buenos Aires: Ed. Hamurabi.

Cifuentes Santos. (1999). Elementos de derecho civil, Parte general. 4ta edición actualizada y ampliada, 2da. Reimpresión. Buenos Aires: Ed. Astrea.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley 26.378. Recuperado en «<http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/ley26378.pdf>».

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2005). Fallo Tufano. Buenos Aires: 27/12/2005.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicada en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Palacios, Agustina. (2008). El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Ed. Cinca.

Defensoría General de la Nación. (2012). Resolución N° 1045/12. Recuperado en: «<http://psicologossalta.com.ar/wp-content/uploads/2012/09/RES-DGN-1045-12.pdf>».

Tribunal de Familia N° 1 de Mar del Plata. (2009). Fallo L. L. A. s/insania, Argentina: 29/12/2009.

SALUD MENTAL Y JUSTICIA: SISTEMA DE APOYOS Y CAPACIDAD JURÍDICA

Autores: Ma. Fernanda Díaz Fornis, Mauro Giménez, Cecilia Garzón, Noelia Rodríguez, Patricia Zubiarrain.

RESUMEN

En el presente trabajo se realizará una descripción de las evaluaciones de capacidad jurídica¹ realizadas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, señalando las distintas acciones que se llevan adelante y el marco teórico que las fundamenta.

Palabras Claves: Salud Mental, Justicia, Sistema de Apoyos, Capacidad Jurídica.

INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones de capacidad jurídica tienen como eje el proyecto de vida de la persona. A partir de ello, se pretende realizar una aproximación diagnóstica a través del relevamiento de datos y recursos² existentes que podrían ser convocados a fin de mejorar las condiciones actuales de vida del sujeto. Estos recursos son relevados para elaborar una propuesta que garantice el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona conforme a su autonomía a fin de establecer el sistema de apoyo para la toma de decisiones.

¹ El Equipo Jurídico que se encarga de las evaluaciones interdisciplinarias respecto de la Fiscalización de Internaciones y Capacidad Jurídica, está compuesto por distintos profesionales de la salud mental: trabajadores sociales, abogados, médicos psiquiatras y psicólogos. Dichas evaluaciones son solicitadas por juzgados nacionales de Primera Instancia en lo Civil, Ministerio Público de la Defensa, Asesoría General Tutelar y otros organismos y/o instituciones que intervienen de algún modo en la temática referida.

² Instructivo de relevamiento de datos (Anexo).

De acuerdo al objetivo del presente trabajo, se considera pertinente referir algunas cuestiones vinculadas a la capacidad jurídica. Dicho concepto jurídico contempla: “la capacidad de ser titular de derechos y la capacidad de obrar y ejercerlos, que comprende la posibilidad de acudir a la justicia en caso de afectación de esos derechos” (Capria et al; 2012).

La Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (2010), define a la capacidad jurídica como:

...en términos prácticos, la capacidad de una persona de ser titular de derechos, así como la capacidad o posibilidad concreta de ejercer esos derechos. Al reconocer la capacidad jurídica en una persona, legalmente se la habilita para celebrar acuerdos vinculantes con otros, de esa forma hacer efectivas sus decisiones acerca de diversos asuntos.

Cabe destacar que, en las evaluaciones que realiza este equipo se parte de la presunción de capacidad, basándonos en los siguientes fundamentos jurídicos:

- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM): artículo 3: “Se debe partir de la presunción de capacidad jurídica de todas las personas...”.
- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).
- Ley 26.378-: artículo 3, y específicamente artículo 12: “...reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”.

Si bien el Código Civil argentino también indica que se debe partir de la presunción de capacidad de las personas, al mismo tiempo permite restricciones a la misma bajo las figuras de insania e inhabilitación, contemplado en sus artículos 141 y 152 bis respectivamente.

En este sentido, se señala que el posicionamiento de los equipos interdisciplinarios que realizan las evaluaciones, se encuentra en consonancia con la CDPD y LNSM, con la pretensión de aportar al cambio de paradigma y adecuación de las prácticas a la actual legislación.

A continuación se realizará una descripción del modo en que se efectúan dichas evaluaciones.

Para realizar la evaluación, el equipo se traslada a entrevistar a la persona en su contexto, se releva el desarrollo de su vida cotidiana, su situación judicial, la situación económica y de salud a fin de que la propuesta de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica sea efectuada de acuerdo a su proyecto de vida y los recursos existentes y/o con los que podría contar. Todo ello teniendo en cuenta que se focaliza en las posibilidades de la persona para ejercer derechos y contraer obligaciones y, en caso de ser necesario, los apoyos que requiere conforme al artículo 42 de la Ley Nacional N° 26.657 -las “declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad (...) deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible”-, y al artículo 12 de la CDPD.

En este punto, teniendo en cuenta que se parte de la presunción de capacidad, se considera pertinente dejar asentadas las preguntas que orientan cada evaluación:

- ¿Los actos jurídicos los realiza por sí sólo o requiere asistencia? En caso de requerir asistencia ¿de qué manera se implementa?

En caso de requerir asistencia o acompañamiento para algún acto jurídico en particular, lo que corresponde es implementar el sistema de apoyo para la toma de decisiones de esa persona conforme al artículo 12 inciso 3 de la CDPD que expresa: “Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”. Dicho sistema se encuentra enmarcado en los lineamientos del Modelo Social de la Discapacidad y el Paradigma del Modelo de Apoyo según lo define Biel Portero (2010).

Asimismo, la International Disability Alliance (2008), establece en su cuarto principio que “apoyo” significa desarrollar una relación y formas de trabajar con otra u otras personas, hacer posible que una persona se exprese por sí misma y comunique sus deseos, en el marco de un acuerdo de confianza y respeto de la voluntad de esa persona.

El sistema de apoyo puede estar conformado por una persona específica o varias. Como se mencionara precedentemente, se construye teniendo en cuenta los actos y la modalidad con la que debe asistir y/o acompañar a la persona para que tome las decisiones y ejerza su capacidad jurídica. Al respecto se señala que para determinados actos pueden intervenir varias personas, con diferentes modalidades y/o tareas que asisten a la toma de decisiones y/o garantizan el cumplimiento de su voluntad.

- ¿De qué modo esta persona puede ejercer plenamente sus derechos? La pregunta abre una multiplicidad de alternativas, líneas de acción y estrategias a considerar por parte del equipo.

Para dar respuesta a tal interrogante, desde la perspectiva del modelo social de discapacidad se plantea la necesidad de establecer sistemas de apoyo para la toma de decisiones, los que deben ser limitados a las funciones que el sujeto requiera. Es en función de ello que el equipo debe relevar los recursos existentes y/o posibles que contribuyan al armado del sistema de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica, en caso de que fuese necesario. Respecto de esta última situación, se puede señalar que 70 de las 436 personas evaluadas³ no requieren juicio de capacidad jurídica, conforme la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario.

A continuación se realizará un desarrollo esquemático de algunos de los elementos que se consideran necesarios para la implementación del sistema de apoyo para la toma de decisiones:

¿Cuándo se requiere un apoyo?

Cuando la persona no pueda realizar por sí sola actos jurídicos, tales como:

- Administración y manejo de un beneficio asistencial y/o previsional, renta, salario, etc..
- Adquisición o venta de un bien inmueble.
- Brindar el consentimiento informado de un tratamiento.
- Gestión de los recursos de salud que requiera para el desarrollo de su vida cotidiana en comunidad.
- Acceso a la justicia.
- Ejercicio de la patria potestad.
- Celebración de contratos (e.j: laboral, de alquiler, de crédito).

El rol del sistema de apoyo para la toma de decisiones:

El rol del/los referente/s del sistema de apoyo es “permitir que la persona ejerza al máximo su capacidad de decidir y obrar”, ello implica que debe contribuir a que la persona tome sus propias decisiones teniendo a la mano información adecuada sobre las opciones disponibles. Los apoyos asisten al adulto para

³ Sobre un total de 436 efectuadas durante el período de julio 2011 a diciembre 2013, conforme la sistematización de datos realizada por el equipo de jurídicos.

comunicar sus intenciones a otras personas y lo ayudan a comprender las opciones que tiene a su alcance. Por lo tanto deben constituirse en facilitadores en el proceso de toma de decisiones de la persona con discapacidad, deben respetar los deseos, preferencias e intereses de la persona y hacerlos valer.

¿Quién puede ser apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica?

Los referentes vinculares de la persona, ya sean familiares o no, pueden constituirse en apoyo para la toma de decisiones. Dicha función puede ser asumida por uno o varios referentes, lo importante es que sea una persona significativa para quien requiere de cierto acompañamiento, asistencia y/o asesoramiento en las cuestiones vinculadas al ejercicio de la capacidad jurídica.

Al respecto, y reconociendo la existencia de personas que han perdido sus referentes vinculares tras largos años de institucionalización, la DGN por intermedio de la Curaduría Nacional estableció la resolución N° 1045/12 para regular la figura de Curador de apoyo oficial. Si bien utiliza en su nominación categorías contradictorias, surge con la finalidad de habilitar las funciones de apoyos oficiales que intervengan como tales y no bajo la modalidad tradicional de curador oficial.

Funciones del/los referente/s del sistema de apoyo para la toma de decisiones

Las funciones de los apoyos deben desarrollarse conforme la particularidad de cada persona y su coyuntura, siendo algunas de ellas: asesorar, acompañar, realizar de manera conjunta o alternada un acto o actos jurídicos específicos.

Algunas de sus funciones consisten en:

- Otorgar información precisa, clara y adecuada en cantidad acerca de las opciones disponibles para una determinada situación y/o acto jurídico específico, para lo cual le explicará acerca de las distintas posibilidades, alcance de la decisión tomada y demás. En algunos casos podrá solicitarse que quede constancia expresa de que la información fue brindada.
- Realizar, asistir y/o acompañar a la persona en las gestiones que requiera para mejorar y/o sostener su calidad de vida.
- Participar en forma conjunta en las decisiones, debiendo quedar ello asentado fehacientemente. Por ejemplo un contrato laboral tendrá validez en tanto firma la persona y el referente de su sistema de apoyos.

- Acompañar a la persona en una sucesión de bienes, generando estrategias para lograr su más amplia participación, conociendo el juicio y las implicancias del mismo.

Duración

Se considera a la persona y su salud como un proceso dinámico determinado por múltiples factores; por ello, además de señalar los actos para los que será necesario que interceda el sistema de apoyos, es necesario delimitar su duración, para que no se extienda indeterminadamente o, incluso, siga vigente cuando ya no se lo requiera.

Esto implica que el sistema seguirá con designación judicial mientras se requiera el apoyo para el/los acto/s específico/s; hasta que se resuelva la situación particular que lo hacía necesario (por ejemplo, hasta heredar sus bienes, resolver una gestión, alquilar una vivienda); o bien si se evalúa que ya no se requiere el apoyo para el acto encargado.

Asimismo, se señala que según establece el artículo 152 ter. del Código Civil argentino, tiene un plazo máximo de continuidad sin rectificación de 3 años, cuando vuelve a ser evaluado por un equipo interdisciplinario.

Designación del sistema de apoyo

Teniendo en cuenta que la elección del sistema de apoyo se funda en garantizar y promover la autonomía de la persona, la definición del mismo debe contar con la participación y expresa voluntad de la persona que requiere asistencia para el ejercicio de determinados actos específicos.

Esto introduce dos diferencias fundamentales con el modelo de sustitución de voluntad de los institutos jurídicos de insania e inhabilitación:

a. Es la persona, con sus posibilidades y necesidades, quien participa en la definición de los actos sobre los que requiere asistencia y la modalidad de la misma. Es decir, se instrumentan los recursos legales adecuándose a la situación particular de la persona y su contexto.

b. Partiendo de la concepción de capacidad, no es otro el que sabe y establece lo que la persona necesita sustituyendo su voluntad sino que se parte de la concepción de que la persona es el actor central de este proceso y debe promoverse su participación activa en todas las instancias.

En los casos en que no pueda expresar su voluntad sobre diferentes actos o un acto en particular, es importante cómo se define el rol del apoyo, ya que la persona no podrá aceptar o definir la modalidad en que se llevará adelante la asistencia. Cobra entonces importancia rastrear en la historia de vida cómo ha procedido en otras oportunidades o si ha dejado expresas directivas anticipadas; como así también complejizar el funcionamiento del sistema de apoyo convocando a expertos en la materia, o bien a distintos actores que permitan garantizar que no se obre en perjuicio de la persona. En los casos excepcionales donde se sustituya la voluntad para un acto específico debe explicitarse el criterio con el que se llevará adelante y la salvaguardia que operará correspondientemente.

Control de la función del apoyo

A fin de impedir abusos del apoyo en su función se establece una salvaguarda (art. 12 inc. 4 CDPD) proporcional y adaptada a las circunstancias de la persona. Esta función recae sobre un tercero que vele por los intereses de la persona: puede ser un familiar, una autoridad judicial, una figura institucional, u otro.

Para garantizar el cumplimiento del acceso a los derechos y el rol del apoyo, el art. 12 inc. 4 de la CDPD prevé lo que se denomina Salvaguardia:

(...) asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

La Salvaguardia podrá ser ejercida por el juzgado mediante mecanismos tales como:

- Pedido de rendición de cuentas.
- Examinar que el apoyo lleve a cabo sus tareas, es decir que no se exceda en el apoyo que brinda, que no sustituya la voluntad de la persona y que realice su función promoviendo la autonomía y participación de la persona.
- Fiscalizar compra-venta de inmuebles con el fin de defender los derechos patrimoniales de la persona.
- Solicitar opinión de otros expertos en la materia ante una situación de representación.

Diferenciación entre apoyo para la toma de decisiones y recursos socio-sanitarios

Conforme la tarea que se viene desarrollando, se evidencia la necesidad de diferenciar sistema de apoyos para la toma de decisiones (art. 12 de la CDPD) y recursos socio-sanitarios. Esto se fundamenta en el hecho de que muchos de los juicios de interdicción fueron iniciados para la obtención de recursos sociosanitarios para mejorar la calidad de vida de la persona y no porque necesitara apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

Los recursos socio-sanitarios son aquellos que posibilitan, viabilizan y garantizan la vida en la comunidad, con opciones iguales a las de los demás. Con este objetivo la Convención de las Personas con Discapacidad -CDPD- establece que se adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar la plena inclusión y participación en la comunidad de las personas que requieran asistencia, asegurando:

- La oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir;
- El acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros de sostén en la comunidad, incluido el acompañamiento personal que sea necesario para facilitar su existencia y evitar su aislamiento o separación de su territorio de residencia;
- Que las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición y accesibles para la persona.

Desde los lineamientos que plantea la Ley Nacional de Salud Mental, se considera que estos recursos sociosanitarios son parte de la red asistencial de salud en tanto se constituyen como recursos intersectoriales que contribuyen a mejorar las condiciones materiales de vida de la persona y promueven su autonomía.

El adecuado acompañamiento socio-sanitario (en tanto, informa y facilita el desarrollo de habilidades) permite que las personas puedan vivir en la comunidad con diferentes grados de autonomía y desarrollen y fortalezcan nuevas habilidades, usos y costumbres, a fin de facilitar su inserción social.

En la práctica y de acuerdo a las evaluaciones realizadas se observa que, a mayor inserción social, resulta más sencillo convocar a distintos actores que ejerzan la función de referente del sistema de apoyo y hagan menos necesaria la implementación del mismo. Por ejemplo, una persona que se encuentra con impedimentos físicos para concurrir a realizar el cobro de haberes de su beneficio asistencial puede nombrar un apoderado para el cobro, lo cual resulta de la realización de un trámite administrativo y, por tal motivo, no debiera llegar a una limitación de su capacidad jurídica.

PARA IR CONCLUYENDO

En síntesis, la propuesta del equipo jurídico de la DNSMyA consiste en poder señalar de manera particular el sistema de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica que requieren algunas personas. Dicho instituto jurídico no resulta en una limitación de la capacidad jurídica sino que se implementan las medidas necesarias para que la persona pueda ser titular de sus derechos, ejercerlos y contraer obligaciones.

Teniendo como eje el proyecto de vida de la persona, el sistema de apoyos será particular a cada caso, y de acuerdo a los actos en cuestión o bien al grado de acompañamiento requerido para llevarlos adelante y la duración de los mismos. La definición de todo ello siempre deberá contar con la participación de la persona en todas las instancias del proceso.

Este enfoque permite comenzar a adecuar las prácticas de acuerdo a las normativas nacionales e internacionales, partiendo de la presunción de capacidad, propiciando que las dificultades para ejercer derechos y contraer obligaciones no conlleve un aumento de los obstáculos para afrontar la vida cotidiana con la mayor autonomía e independencia posible.

La persona es quien delimita los actos jurídicos para los que requiere apoyo, y la modalidad acorde a sus necesidades. Esto cambia el eje en relación a la concepción de la capacidad jurídica y la forma de abordar el acompañamiento para el ejercicio de la misma, desechando totalmente la posibilidad de sustituir la opinión de la persona u obrando solo a partir de un responsable que señala qué es lo mejor para la persona sin consultárselo.

A partir de la ratificación del Estado argentino de la CDPD, queda asumida la responsabilidad y el deber de abolir las formas de incapacidad total y tutela; aportando al cambio desde el modelo de sustitución de la voluntad hacia otro basado en el apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica.

En la actualidad, es necesario que se legitimen las figuras jurídicas propuestas por la CDPD, se diseñen nuevas herramientas (administrativas, contables, jurídicas) y ajustes razonables, así como las modalidades de asistencia para superar las barreras sociales que limitan el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con padecimientos mentales en pos de reconocer la ciudadanía a cada una de las ellas.

ANEXO

INSTRUMENTO DE RELEVAMIENTO CAPACIDAD JURÍDICA

La evaluación se centra en el proyecto de vida de la persona, considerando en particular los ejes: hábitat, trabajo y vida en comunidad.

Este instrumento, construido en forma interdisciplinaria, es una herramienta orientativa para los equipos que deban recabar información destinada a elaborar una propuesta de apoyo para la toma de decisiones y el ejercicio de derechos, cuando sea necesario.

Sugerimos que los informes se estructuren de acuerdo a las fuentes -entrevista a la persona, referentes vinculares, representante legal, equipo tratante, historia clínica, etcétera- y recursos relevados. También que sustenten, basada en la fundamentación normativa, las consideraciones y las propuestas, así como sean realizados íntegramente en forma interdisciplinaria y con el objetivo de que resulte un facilitador o forme parte del sistema de apoyo para la toma de decisiones (conf. art. 12 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad).

A. DATOS PERSONALES

- 1- Nombre y Apellido
- 2- Edad
- 3- Fecha nacimiento
- 4- DNI
- 5- Nacionalidad
- 6- Domicilio actual
- 7- Lugar de origen y de pertenencia ⁴
- 8- Estado Civil
- 9- Composición del grupo familiar ⁵

⁴ Lugar de origen: Lugar de nacimiento y lugar de referencia con sentimiento de pertenencia.

⁵ Si tiene hijos, si ejerce la patria potestad sobre ellos, situación en relación a tenencia, visitas, guarda, adopción simple o plena, quien es la persona o institución encargada, si tiene los datos. Está a cargo de sus padres u otro familiar o referente de su familia. Establece contactos asiduos o esporádicos con estas personas.

10- Obra Social y N° de afiliado

11- Certificado de Discapacidad: Sí/No

12- Nivel educativo/formación

B. SITUACIÓN JUDICIAL

1- Juicio sobre: Insania, Inhabilitación, Sistema de Apoyos (Art.12 CDPD), otros juicios (por ejemplo diligencias preparatorias), sin juicio alguno⁶.

2- Proceso en trámite o con sentencia.

3- Conoce los motivos de inicio, objeto o sentido del mismo, y qué considera al respecto.

4- Representación legal, ¿Se siente defendido, realiza gestiones o trámites según sus necesidades y en qué actos lo asisten?:

- Curador: si lo conoce y función. Si tiene modo de contactarlo, si representa sus intereses en el juicio.

- Abogado defensor: si tiene, si lo conoce. Si tiene modo de contactarlo, si representa sus intereses en el juicio.

- Apoderado: ¿para qué gestiones fue nombrado, como las realiza?

5- Repercusión en la vida cotidiana⁷.

6- Propuesta de las fuentes relajadas para el Sistema de apoyos:

- A quién/es sugiere para que sea/n su/s apoyo/s para la toma de decisiones.

- Para qué decisiones, actos, gestiones.

C. VIDA EN COMUNIDAD

1 -Grupo conviviente.

2 -Red social; Familia/Amistades/Vínculos.⁸

3 -Referentes/instituciones/organizaciones barriales.⁹

4 -Gustos y preferencias, actividades recreativas.¹⁰

5 -Dinero; manejo y conocimiento del valor del mismo.¹¹

⁶ Juicio Insania o Inhabilitación o Sistema de Apoyo.

⁷ Como impacta el juicio en su vida cotidiana, si obstaculiza o facilita realización de trámites, gestiones, acceso a beneficios o derechos; o en cuanto a su vinculación de la persona con su entorno y sociedad. Opinión de la persona.

⁸ Consignar todos aquellos datos que sirvan para el conocimiento de la misma: nombres de referentes, teléfonos.

⁹ Iglesias, clubes, salas de atención primaria, Centros de Integración Comunitaria, bancos, hospitales, centros culturales, museos, entre otros que conoce o utiliza la persona.

¹⁰ Que ha realizado, realiza actualmente o le gustaría realizar.

¹¹ Realiza compras, conocimiento aproximado del precio de elementos cotidianos como alimentos, transporte, alquiler, entre otros.

6 -Autonomía para las actividades de la vida cotidiana.¹²

7 -Acceso a medios de comunicación y tecnología.¹³

D. SITUACIÓN ECONÓMICA

1- Experiencia laboral y trabajo actual.

2- Patrimonio individual y del grupo familiar o conviviente (bienes inmuebles/ muebles, ingresos actuales, hipotecas, préstamos, deudas, etc.).¹⁴

3- Beneficio asistencial o previsional.

E. SITUACIÓN DE SALUD

1- Realiza algún tipo de tratamiento.¹⁵

2- Diagnóstico.

3- Consentimiento informado.¹⁶

4- Opinión de la persona sobre el tratamiento.

5- Composición del equipo tratante.¹⁷

6- Registro de situaciones de crisis, por la persona o por su entorno, posibles desencadenantes y recursos que ayudaron a superarla o la obstaculizaron.¹⁸

7- Antecedentes de enfermedades y tratamientos de las mismas.

8- Antecedentes de internaciones.¹⁹

9- Si toma o no medicación. Opinión de la persona sobre la misma. Si conoce sus efectos. Si necesita apoyo en la administración de la misma.

Equipo Jurídico

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Ministerio de Salud de la Nación

Presidencia de la Nación

¹² Actividades de la vida diaria que realiza autónomamente y para cuales requiere asistencia, por ejemplo, en relación al aseo personal, a la alimentación, planificación de actividades, organización de su rutina, movilidad en la vía pública, uso de transporte público, etc.

¹³ Acceso a internet, teléfonos, celular, televisión, entre otros.

¹⁴ Si la persona es titular, si existe sucesión en trámite, posibilidades de acceder a una herencia, si tiene acceso a su patrimonio.

¹⁵ Realiza algún tipo de tratamiento en salud: cómo está estructurado, seguimiento del mismo, frecuencia, profesional, equipo o responsable a cargo.

¹⁶ Si se le brindó información comprensible sobre el tratamiento/internación/medicación, si brindó consentimiento.

¹⁷ Relevando si se desempeña en forma disciplinar, multidisciplinar o interdisciplinar.

¹⁸ Se entiende por crisis la irrupción de un suceso o sucesos que provocan temporalmente en un sujeto la imposibilidad de superarlo/s con los medios y recursos utilizados hasta el momento. Esta imposibilidad "(...) puede resultar de la magnitud del peligro o de la fragilidad de la persona que lo experimenta, o bien originarse de una característica especial del problema presentado que desafía la vulnerabilidad de un individuo de forma particularmente amenazadora" (Hyman: 1996).

¹⁹ En caso de internación actual, condiciones de la misma si es voluntaria o involuntaria, motivo, tiempo de internación, perspectivas de extenuación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asamblea General de Naciones Unidas. (Enero, 2007). Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. A/res/61/106).

Biel Portero, I. (2010). “De la Sustitución al Apoyo de las Capacidades: ¿El fin de los Internamientos Forzosos? Perspectiva Internacional y Europea”. Presentado en el 1er Congreso Internacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos. Buenos Aires, 10 y 11 de junio.

Capria, L; Díaz Fornis, M. F; Frías, J; Garzón, A. C; Giménez, M; Gioja, L; Oszurkiewicz, J. P; Zubiarrain, P. A & Baresi M. S. “Capacidad Jurídica: el derecho a ejercer derechos”, en Rev. Salud Mental y Comunidad. Año 2 N° 2. Diciembre de 2012.

Cifuentes Santos. (1999). Elementos de derecho civil, Parte general. Buenos Aires: Editorial Astrea. 4ta edición actualizada y ampliada, 2da reimpresión.

Código Civil Argentino. (1869). Disponible en «<http://www.codigocivilonline.com.ar/>».

Hyman, S. & Tesar, G. (1996). Urgencias Psiquiátricas. 3ra Edición. Barcelona: Little Brown.

International Disability Alliance. (2008). “Principios para la implementación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)”. Recuperado de «<http://www.internationaldisabilityalliance.org/representation/legal-capacity-working-group/>».

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid. Editorial Cinca.

REDI. (2010). Capacidad jurídica y acceso a la justicia: una propuesta de reforma legal desde las organizaciones de personas con discapacidad. Buenos Aires: Facultad de Derecho de La Universidad de Buenos Aires.

Villaverde, M. S. (2013). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental e Intelectual. Sobre el poder de decir y decidir. El ocaso de la incapacidad y de la curatela; en el horizonte el sistema de apoyos con salvaguardias. Tesis Magister en Metodología de la Investigación Científica. UNLA. Lanús, Buenos Aires.

Para contactarnos: E-mail: saludmental@msal.gov.ar

INTERNACIÓN(ES) EN SALUD MENTAL: ANÁLISIS DE LAS SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE DISPOSITIVOS

Autores: Soledad Verónica Abella, Natalia Amaral, Carolina De Rose, Brenda Maier, Agustina Miguel, Alfonsina Povilaitis, Adriana Risoli, Marlene Yolis y Gabriela Franco.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es identificar y analizar similitudes y diferencias sobre las condiciones de internación en establecimientos de salud mental y otras modalidades de internación como ser: hogar para personas con discapacidad; residencia para adultos mayores y comunidad terapéutica especializada en la atención de personas con uso problemático de sustancias psicoactivas. Es nuestro interés realizar una aproximación a la temática examinando aspectos como: modalidad de ingreso, estrategia terapéutica y externación; a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la normativa internacional en materia de Derechos Humanos.

Palabras Claves: Internación, Establecimientos de Salud Mental, Ley Nacional de Salud Mental, Derechos Humanos.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es identificar y analizar similitudes y diferencias sobre las condiciones de internación en establecimientos de salud mental y otras modalidades de internación como ser: hogar para personas con discapacidad; residencia para adultos mayores y comunidad terapéutica especializada en la atención de personas con uso problemático de sustancias psicoactivas. Para ello desarrollaremos el marco teórico que nos sustenta basado en el enfoque de derechos y haremos un recorrido histórico donde nos centraremos brevemente en algunos antecedentes elegidos como hitos en el campo de la Salud Mental Comunitaria. Bajo esta lógica realizaremos una aproximación a la temática examinando aspectos centrales para un proceso de transformación a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental y la normativa internacional en materia de Derechos Humanos tales como: modalidad de ingreso, estrategia terapéutica y externación.

1. MARCO TEÓRICO

La concepción acerca de la salud mental ha ido modificándose en los últimos años, al igual que la noción de salud. En nuestro país, a partir de la incorporación de varios tratados internacionales a la Constitución Nacional del año 1994, se fueron sumando paulatinamente diferentes aspectos del paradigma de Derechos Humanos para entender y abordar la salud. Por ello, toda intervención sanitaria que tienda a materializar el derecho a la salud, como en el caso bajo análisis, sea la internación o cualquier otra medida de restricción realizada con carácter terapéutico, nos remite a inscribirla en la lógica de interrelación e interdependencia basado en la perspectiva de los derechos humanos.¹

Un paso importante en esta línea significó la adhesión en 2008 de la Argentina a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que marca el concepto social de discapacidad, y con ello la necesidad de que los Estados realicen acciones positivas que pulsen la adecuación del entorno discapacitante.² En consonancia con ello, en diciembre de 2010 la Argentina promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), cuyo objetivo es asegurar el derecho a la salud mental de todas las personas del territorio de la Nación con el fin último de lograr la inclusión social, proceso que asegura que estas personas tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural disfrutando un nivel de vida y bienestar que se considere normal en la sociedad en la que ellas viven. Se trata, de esta manera de poner el acento en el derecho de las personas a participar en la vida de sus comunidades desde su singularidad.

El enfoque expuesto se diferencia de la concepción clásica de reinserción, que se relacionaba con las posibilidades de “recuperación” de un actor social

¹ “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad Internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso”. Declaración y Programa de Viena, adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), Punto 5.

² El artículo 19 de la CDPD refiere al derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, por lo cual el Estado debe garantizar el pleno goce de este derecho de elegir dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás personas y que no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. En su artículo 23 determina que el Estado debe garantizar a las personas con discapacidad la posibilidad de casarse, fundar una familia, a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos a tener, al libre acceso a la información, a la educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad y que se ofrezcan los medios necesarios que permitan ejercer esos derechos a ellas, y a su vez velar al máximo por el interés superior del niño. Así como también en el artículo 26 refiere a que se deberán adoptar medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan tener la máxima independencia, física, mental social y vocacional y la inclusión plena en todos los aspectos de la vida.

para el sostenimiento de la estructura de la sociedad. En el marco de esta tensión frente a la crisis que emerge en los espacios clásicos de socialización e integración las posibilidades de la recuperación social se tornan difusas y complejas. Dado que los “espacios institucionales típicos de reinserción” en muchos casos terminan generando un camino hacia la exclusión social (Carballeda, 2005) una intervención tendiente a la inclusión debe basarse en una propuesta más amplia y respetuosa de la dignidad de la persona.

Desde la definición que se plantea en la LNSM³ se remite a una visión integral de la salud mental que pondera por igual todos los aspectos componentes de la vida de las personas, rompiendo con la lógica hegemónica que reduce al ámbito de lo biológico a la salud en general como así también a la salud mental en particular. A su vez, al incorporar con fuerza la concepción de inclusión social como el fin último para efectivizar la concreción de los derechos de las personas se aleja de la lógica de encierro y aislamiento para el tratamiento de la salud mental. Es decir, la inclusión social implica un proceso de disolución de las barreras económicas, sociales, culturales, estructurales, entre otras, que obstaculizan o dificultan la participación plena en la sociedad de las personas con padecimientos mentales.

De esta manera la legislación vigente materializa una nueva concepción acerca de la forma de atender los problemas que presentan las personas con padecimiento mental. Podemos considerar que este es un grupo en situación de vulnerabilidad por condiciones inherentes a las dificultades o limitaciones que las afectan, como lo son también las personas que presentan una discapacidad o por la condición de género o etnia, entre otros. Asimismo la vulnerabilidad puede estar relacionada a problemas estructurales, o bien por ser víctimas de catástrofes y/o situaciones de guerra. Entendiendo que este término:

“Se utiliza para designar a aquellos grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos del Estado, se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas” (Secretaría de Derechos Humanos, 2011: 11).

³ La Ley N° 26.657 en su artículo 3 reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los DD.HH. y sociales de toda persona”.

El nuevo paradigma establece un modelo de atención de salud mental comunitaria, superando así la lógica manicomial, entendiendo a ésta como aquella que sustenta prácticas autoritarias, iatrogénicas, propiciatorias del aislamiento, discriminatorias, degradantes y que desconocen la singularidad de cada persona.

Se trata de un proceso de cambio socio-cultural que modifica las representaciones sociales, tales como la locura representada a través de la peligrosidad social y la cultura de encierro y exclusión, dando lugar a modos inclusivos de pensar, sentir y actuar en relación al padecimiento de trastornos mentales. La ley erige un paradigma de salud basado en derechos humanos, donde reconoce que la vulneración de derechos económicos, sociales y culturales repercute negativamente en la salud y en el cual la efectivización de este derecho implica la observancia y garantía de todos los otros a la hora de realizar prácticas sanitarias.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Históricamente en nuestro país se han desarrollado experiencias particulares que ameritan destacarse, entre estas la más importante de mencionar es la experiencia en los años 60 desarrollada en el Hospital Gregorio Aráoz Alfaro de la localidad de Lanús, el cual incorpora los principios de una psiquiatría social comunitaria transformando el modelo de atención con una propuesta interdisciplinaria y comunitaria, poniendo el acento en la prevención primaria y gestando acciones e iniciativas a cargo de un equipo de promoción y protección de la salud. Tiempo después se formuló el primer Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires en 1969.

Otra experiencia que marca un hito en la historia de los Planes de Salud Mental es la Ley 2.440 de la Provincia de Río Negro del año 1991, que plantea la reinserción social de las personas con sufrimiento mental en su medio habitual y la prohibición de creación de instituciones manicomiales en todo el territorio provincial, continuando en plena vigencia hasta la actualidad. (Risoli; Tisera et al., 2005).

En este mismo sentido en julio del 2000 se sancionó La Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, en la cual se plantea un concepto integral de la salud mental concebida como un proceso basado en el enfoque de derechos, siendo la intersectorialidad y el trabajo en red uno de los puntos principales en pos de la reinserción social.

En el ámbito internacional destacamos también los aportes de documentos como los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención en Salud Mental; la Declaración de Caracas de la OPS- OMS y los Principios de Brasilia, que fueron incorporados a la ley de salud mental en diferentes medidas, el primer instrumento como parte integrante y los segundos como instrumentos de orientación.

3. LA TRANSFORMACIÓN COMO PROCESO

*“Lo nuevo no termina de nacer y lo viejo no termina de morir. En ese clarooscuro surgen los monstruos”
(Gramsci, 1948).*

Es sabido que durante los procesos de cambio de paradigma y transformación socio-cultural, las nuevas ideas no se concretan de manera inmediata ni simultánea; el campo de la Salud Mental no es la excepción. En nuestro trabajo diario pudimos observar que en algunas instituciones se presentan ciertas tensiones entre la legislación vigente y las prácticas que los equipos realizan. Asimismo, también encontramos prácticas institucionales que trabajaban desde este paradigma de los Derechos Humanos aún antes de sancionada la legislación vigente.

En este mismo sentido, en el campo de la salud, Robert Castel (1981), describe los cambios que se produjeron en Francia en 1960, indicando que este proceso se da en un contexto social, político y económico específico y que los cambios no se dan de un momento para otro. Así, enuncia tres niveles sobre los que se sucedieron los cambios, los cuales son factibles de transpolar a nuestra realidad:

- a. El desplazamiento institucional en el modelo de atención o abordaje: del hospital psiquiátrico al hospital general y a los dispositivos comunitarios.
- b. La transformación en el área de desempeño profesional en la cual emergerán nuevas relaciones y luchas de poder. En este aspecto, la ley provee de legitimidad al ejercicio de las prácticas democráticas de las diferentes disciplinas que intervienen en el campo de la salud mental.
- c. El impacto que conlleva una ampliación de las poblaciones a cargo de los profesionales y técnicos de la Salud Mental. Cambia no sólo el lugar de ejercicio de la actividad terapéutica (que incluye otros ámbitos), sino también se

incluyen nuevos servicios y nuevas prácticas mejorando la accesibilidad de la población a la atención en salud mental (Castel, 1981).

4. CONSIDERACIONES GENERALES

Bajo la idea de estar transitando un proceso de transformación, donde como dijo Gramsci, “lo viejo no termina de morir”, se hace imperioso detenernos en algunas consideraciones respecto al lente desde donde se miró (se mira) la salud mental -o las personas con problemática de salud mental- y así poder tener una visión más acabada de las tensiones existentes.

Desde el siglo XIX la problemática de la salud mental fue abordada desde las instituciones de encierro, siendo el aislamiento una de las características principales de la terapéutica (Castel, 1981: 144). En este trabajo consideramos que la mayor parte de las instituciones que se abocan a la atención de las personas internadas por salud mental pueden identificarse a lo que Ervin Goffman define como instituciones totales, a saber:

Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten su encierro, una rutina diaria administrada formalmente (Goffman, 1961: 13).

Se pretendía que a través de estas instituciones los sujetos se “moldearan” a las pautas institucionales, de modo que el aislamiento funcionara despojando a los sujetos de sus hábitos y costumbres. Es así que en estas instituciones se van adquiriendo nuevas formas de transitar la cotidianidad, la persona se enfrenta a una nueva cultura, la de la institución total. Ello produce una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en des-culturación, lo cual resultará problemático a la hora de regresar al mundo exterior y sus hábitos anteriores.

De esta misma manera, Giorgio Agamben manifiesta que entre las sociedades excluyentes y la sociedad disciplinaria que plantea Michael Foucault, se ha dado una suerte de fusión, indicando que sobre el esquema de exclusión y separación se va a generar el esquema de control a través de la individualización y la articulación del poder disciplinario; se genera así una red de dispositivos e instituciones encargadas de vigilar y controlar. Individualización que identifica, separa, estigmatiza, que divide entre lo normal y lo patológico, entre la salud y la enfermedad (Agamben, 2003).

En el centro de esta dinámica la mayoría de las personas afectadas por un padecimiento mental se encuentra en situación de vulnerabilidad. Históricamente se los ha considerado como sujetos de tutela pasibles de sustitución de su voluntad a fin de que otro decida sobre su vida y su persona. Esta situación obstaculizó muchos aspectos en la vida de las personas con padecimientos mentales, desde la posibilidad de consentir un tratamiento hasta contraer matrimonio, desde realizar una llamada telefónica a conseguir un trabajo. Las restricciones de los derechos de las personas afectadas son una de las características más frecuentes que se observan en las condiciones de internación.

Es decir, en este contexto donde las personas con problemáticas en salud mental no se han visto reconocidas en su calidad de sujetos de derecho, la LNSM viene a reconocerles esa calidad. Por ello, la LNSM no prohíbe la internación, es decir no deslegitima los beneficios que este tipo de dispositivo puede proporcionar, sino que a partir de las experiencias tanto internacionales como nacionales interpela la cronicidad de las mismas, es decir propone otro lente, otro enfoque para su aplicación: el enfoque de derechos. En este sentido la internación, sea en el dispositivo que se desarrolle, debe adecuarse a los estándares de DD.HH.. De esta manera es responsabilidad de todos los efectores, más allá de su denominación institucional, llevar adelante prácticas que se inscriban en la lógica de los DD.HH. y se centren en la dignidad del sujeto, entendida como la capacidad que tiene la persona de no ser objeto pasible de ser poseído o manipulado sino sujeto artífice de su propio destino. Asimismo, el encuadre en uno u otro dispositivo, muchas veces determinados por reglas que tienden a ordenar administrativamente los lugares, no legitima de ningún modo el apartamiento de los lineamientos de DD.HH..

Por el contrario este respeto de los derechos enunciados en la LNSM, no se ve violado cuando se interna a la persona por una problemática de salud física; toda vez que la internación se indica sólo cuando la situación aguda no puede ser resuelta en el domicilio de la persona o en otros dispositivos ambulatorios y una vez mejorado el cuadro la persona regresa a su hogar. Esto nos genera varios interrogantes en el área de salud mental: 1) que cualquier problemática relacionada con la salud mental sea encuadrada como una crisis; 2) que ante estas situaciones el único abordaje posible sea la internación en una “institución especializada” y, finalmente, 3) que la internación se prolongue una vez cesado el cuadro que la motivó.

5. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE DISPOSITIVOS

Técnicamente el presente trabajo se inscribe en un estudio cualitativo, de corte exploratorio y descriptivo. El referente empírico de éste último está conformado por informes producidos por el equipo interdisciplinario de fiscalización de internaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. La producción de estos informes ha requerido la realización de un trabajo de campo consistente en evaluación interdisciplinaria de usuarios en situación de internación en efectores públicos y privados en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mediante relevamiento de historias clínicas, lectura y análisis de documentos producidos por los equipos asistenciales y entrevistas en profundidad a profesionales, usuarias y usuarios, así como a sus referentes vinculares. El equipo, a través del pedido por oficio judicial en el marco del cumplimiento de la LNSM, ha respondido 867 solicitudes desde enero del 2011 hasta abril del 2013, correspondiendo un 44 % a instituciones públicas y un 56 % a instituciones privadas, visitando alrededor de 30 instituciones.

Los dispositivos a los que hacemos referencia incluyen no sólo a aquellos que el imaginario colectivo de la población en general y del campo de la Salud Mental en particular suelen identificar a la lógica manicomial como la institución monovalente (pública y/o privada), siendo que existen otros dispositivos (Residencia geriátrica, hogares para personas con discapacidad y comunidad terapéutica) que suelen operar bajo esta misma lógica de vulneración de derechos; pero quedan invisibilizados como tales.

Cabe destacar que para el desarrollo de este trabajo se describen, de los dispositivos seleccionados, las características más significativas observadas en las cuales se percibe la tensión existente entre el modelo manicomial y el nuevo paradigma plasmado en la LNSM. En este sentido pensar la admisión, la modalidad de abordaje terapéutica y la estrategia de externación son momentos clave en los que se manifiesta la tensión mencionada, que más repercute en la vida de la persona y que en gran medida pueden traducirse en una vulneración de derechos.

6. CARACTERIZACIÓN DE DISPOSITIVOS A PARTIR DE LOS EJES DE ADMISIÓN, TRATAMIENTO Y EXTERNACIÓN

Hogar para personas que presentan discapacidad

Los hogares para personas con discapacidad intelectual y/o discapacidad psicosocial, con cobertura por la Ley 24.901 -que regula las prestaciones de habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad-, son un recurso institucional que supone una cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales de vivienda, conjuntamente con otro tipo de prestaciones como centro de día y/o centro educativo terapéutico.

La admisión es evaluada por el efector por criterios inherentes al dispositivo. Desde estos dispositivos los objetivos institucionales se formulan a los fines de la "reinserción social", sin embargo la realidad nos muestra que no se trabaja sobre proyectos de vida individualizados, ni con la activa participación de cada persona, ni la perspectiva de una vida con autonomía superando la lógica del "status quo institucional".

En cuanto al tratamiento, el mismo debiera estar orientado a que las personas puedan ejercer el derecho a desarrollar una vida eligiendo formar su propia familia, sustentar sus gastos con el propio trabajo, elegir cuestiones básicas como qué comer o a qué espectáculo cultural concurrir y/o desarrollar su vida sexual. Sin embargo, en la mayoría de los casos las actividades se desarrollan dentro de la misma institución, por lo cual son lugares de alojamiento y de actividades planificadas anticipadamente a las características particulares de cada sujeto. Si bien las personas residentes en este tipo de hogares pueden concurrir en menor medida a actividades de educación, recreativas y de formación laboral por fuera del ámbito de la institución, esto no constituye una estrategia terapéutica en pos de un proyecto de vida con autonomía.

En su gran mayoría no existen planes de externación sino que está planteado el egreso de una persona por situación de descompensación aguda o por superar la edad para el desarrollo de las actividades que allí se realicen, de acuerdo al perfil institucional.

Residencias de adultos mayores

Los establecimientos residenciales para personas mayores son las entidades que tienen como fin brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva y atención médica y psicológica no sanatorial a

personas mayores de 60 años, en forma permanente o transitoria, a título oneroso o gratuito. Estos establecimientos son considerados como instituciones de resguardo, justificándose en que la persona debido a la edad no podría desarrollarse de manera totalmente autónoma.

Respecto de las admisiones observamos que frecuentemente tienen un carácter burocrático, respondiendo a los criterios de la cobertura de salud más que a la individualidad y necesidad de las personas adultas mayores. En los ingresos, hemos observado que las admisiones no son producto de una evaluación integral, sino por lo contrario son la aceptación a la derivación de la cobertura de salud.

El eje del tratamiento tiende a extender alguna incapacidad de ejercer la autodeterminación en algún aspecto a todos los demás componentes del mismo. Mayormente no existen registros donde se requiera la opinión y se brinde información, utilizando para ello los medios de comunicación alternativos apropiados a cada caso. La actividad cotidiana de las personas en su mayoría queda relegada a algunas actividades y talleres programados por la institución. Las salidas y visitas responden a la dinámica institucional y además están sujetas a la disponibilidad de los familiares.

Hemos observado que en los geriátricos no se plantean estrategias de externación. Desde el momento del ingreso se proyecta como un dispositivo de residencia permanente, dado que se suele considerar que el estado de autonomía es inmodificable y/o que existirá un deterioro progresivo. Para que los usuarios y las usuarias logren la independencia institucional, debería ponerse todo el empeño en generar las condiciones de posibilidad para la recuperación de un lugar social, trabajando sobre las circunstancias que llevaron a perderlo, a fracturar el lazo social que sostenían y, si es que nunca lo hubo, a construir uno nuevo.

Comunidad Terapéutica

La Comunidad Terapéutica (CT) es un centro residencial de atención a usuarios de drogas, en el que se permanece la mayor parte o todo el día dentro de la institución y los usuarios conviven de forma continua. Generalmente el equipo técnico está compuesto por profesionales -psiquiatra y psicólogos- y se destaca en este dispositivo la figura de ex consumidores, que habiéndose tratado en la institución pasan a formar parte del staff oficiando de acompañantes o coordinadores, pues se valoriza que éstos trabajen con quienes están internados por la experiencia y el trayecto de vida similar que poseen.

Respecto de las admisiones en la CT, las mismas se fundamentan frecuentemente a través de los antecedentes históricos de consumo, la cantidad y tipo de sustancias consumida, que no son contextualizados en relación al momento específico del ingreso respecto del riesgo o imposibilidad de implementar otras alternativas, al tiempo que no se proponen otras alternativas a la internación. Se observó que en general las evaluaciones se realizan en forma disciplinar y consisten en una descripción semiológica, la cual es una enumeración de signos (manifestaciones clínicas objetivas) y síntomas (percepciones subjetivas) presentados y referidos, que resulta insuficiente para justificar una internación por sí misma.

Los tratamientos poseen una duración determinada, que está establecida por criterios temporales divididos en fases o etapas preestablecidas (Fase I, II, III, etc.) las cuales se van atravesando de acuerdo al logro de ciertos objetivos, generalmente relacionados con comportamientos tales como abstinencia, desarrollo de tolerancia, o cumplimiento de normas y adaptación del sujeto a la lógica institucional antes que a criterios relativos al estado de salud.

El eje del tratamiento implementado está puesto en la sustancia y, por ende, en la búsqueda de la abstinencia como objetivo principal, proponiendo objetivos de tratamiento y criterios de alta uniformes a todos los usuarios. En las entrevistas con los equipos han surgido comentarios refiriéndose a las personas con preconceptos plurales colectivos y estereotipados como, por ejemplo, “todos los drogadictos son manipuladores”, “son mentirosos”. De esta manera, de la información recabada se desprende que en general se sostiene un estricto control de conducta como parte del tratamiento, donde por ejemplo las salidas deben estar íntegramente planificadas hora por hora, en algunas se estipulan la cantidad de minutos para bañarse, se indican horarios para fumar, se les prohíbe informarse de la actualidad, y/o conversar de temas políticos.

En relación a los permisos de salida, en su mayoría son otorgados de acuerdo al tiempo que llevan internados y no en torno a la situación particular de cada persona. Asimismo, habitualmente implica la eliminación absoluta de los lugares donde circulaban anteriormente y en algunas ocasiones se indica que en las salidas paulatinas previas a la externación se repitan las condiciones como las dadas dentro de la institución, ya sea no mirar tv, ni escuchar música. También se ha observado que las salidas suelen ser de escasa frecuencia y duración, con pocas posibilidades de privacidad, en ellas generalmente se encuentra presente alguien del staff o un compañero “avanzado” en el tratamiento.

Respecto de las estrategias de externación, se observó que comienzan a planificarse luego de una prolongada estadía y por lo general se asocian con actividades que progresivamente van incluyendo a las personas internadas en los alrededores de los lugares de internación de manera que los mismos se adapten a la conveniencia institucional. En este contexto resulta muy habitual que se realicen trabajos no remunerados a favor de la institución o bien remunerados de manera precaria.

Instituciones de salud mental monovalentes

Se trata de hospitales y clínicas monovalentes, es decir, que prestan atención a una única especialidad.

Respecto de la admisión, a partir de la sanción de la Ley N° 26.657 encontramos que en su mayoría no se ha podido observar que se utilice un criterio interdisciplinario que articule la perspectiva de las diferentes disciplinas que intervienen,⁴ a pesar de registrarse la firma de más de un profesional de distintas disciplinas. También se ha podido constatar que en mayor grado las clínicas psiquiátricas realizan admisiones en donde sólo participa el médico de guardia. Respecto de la justificación de la medida de internación en función del riesgo cierto e inminente, se ha podido observar con gran frecuencia que solo se hace mención a la presencia del mismo sin que se puedan justificar los motivos particulares que debieran ser determinantes para el ingreso -siendo de gran peso los antecedentes de internaciones- y sin que se consignen alternativas menos restrictivas. Al mencionarse tratamientos previos sólo se hacen en el marco de un antecedente de fuga o abandono.

Es de destacar que en las instituciones monovalentes públicas conviven diferentes servicios de acuerdo con su modo propio de funcionamiento, por lo cual no sería posible inferir cómo se trabaja en toda la institución sino cómo se trabaja en cada servicio. Aclarado esto, respecto del tratamiento se puede indicar que, en algunos servicios, desde los comienzos de la internación se proponen objetivos, incluyendo la externación, favoreciendo los lazos preexistentes, fomentando la participación de la familia o el grupo significativo del usuario/a, propiciando la efectivización de derechos tales como educación, salud, trabajo, identidad, entre otros aspectos. En otros casos hemos podido observar que hay una carencia de la modalidad de trabajo extramuros en pos de la inclusión comunitaria. Ante el fracaso de las estrategias implementadas

⁴ Conforme artículo 16, inciso a) del Decreto Reglamentario N° 603/2013.

se termina perpetuando la medida de internación, planteándose incluso la imposibilidad de pensar la vida de la persona por fuera de la institución. En este sentido se han visualizado casos en los que las personas no tenían DNI, no habían votado, no se habían insertado en espacios educativos, entre otras. Es necesario destacar que en las instituciones públicas existe una mayor predisposición para sostener las actividades que puedan llegar a gestionarse las personas internadas.

Sobre los procesos de externación, podemos identificar dos tipos de abordajes:

a) Destinado a las personas que cursan internaciones crónicas, en el cual se observa que la mayoría no posee planes de externación, ni siquiera de traslado a otro tipo de institución, por ejemplo personas de tercera edad que han cursado internaciones de larga data y se encuentran compensadas de su cuadro;

b) Destinado a las personas que atraviesan una situación de crisis, allí los planes de externación se relacionan en su mayoría con la restitución de la persona a su lugar de procedencia aunque sin un trabajo articulado respecto de la continuidad de tratamiento ni el trabajo comunitario con el entorno que la recibirá.

Los cuadros que se presentan a continuación sintetizan lo expuesto y corresponden a una exposición de resultados que surgen de un procedimiento de análisis empírico de las evaluaciones interdisciplinarias realizadas en el marco de la tarea de fiscalización de las condiciones de internación por salud mental que se efectúan en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

CUADRO N°1: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN LA ADMISIÓN

<p>DISCAPACIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del efector de acuerdo a los criterios inherentes al dispositivo (tipo de discapacidad, sexo, edad etc.). • Se exige posesión de certificado de discapacidad. • No es criterio de admisión la urgencia o situación de crisis. 	<p>TERCERA EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preponderantemente burocrática (mera aceptación de derivaciones provenientes de la cobertura de salud). • Ausencia de evaluación integral. • No es criterio de admisión la urgencia o situación de crisis.
<p>COMUNIDADES TERAPÉUTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de la historia de consumo (cantidad y tipo de sustancia sin contextualizarlo respecto del riesgo). • No se proponen alternativas. • Evaluación disciplinar (mera descripción semiológica). 	<p>MONOVALENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Firma de más de un profesional de distintas disciplinas sin que se observe el criterio interdisciplinario. CLÍNICAS: Mayormente admite un médico de guardia. • Solamente se menciona presencia de riesgo sin justificación de situaciones particulares. • Antecedentes de internaciones previas o tratamientos generalmente mencionados como abandono o fuga. • No se consignan alternativas menos restrictivas.

CUADRO N°2: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO

<p>DISCAPACIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos formulados institucionalmente desde la “REINSERCIÓN SOCIAL”, sin embargo no se trabaja desde el proyecto de vida individualizado. • Actividades dentro de la institución o por fuera pero sin que sean pensadas como una estrategia terapéutica en pos de un proyecto de vida autónoma. 	<p>TERCERA EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante la presencia de alguna incapacidad de ejercer la autodeterminación se extiende a todos los aspectos del tratamiento. • Actividades programadas por la institución sin tener en cuenta las necesidades o preferencias de las personas. • Salidas y visitas responden a la dinámica institucional, sujetas a la disponibilidad de referentes vinculares.
<p>COMUNIDADES TERAPÉUTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrado en la abstinencia como condición y objetivo del tratamiento. • Cumplimiento de etapas preestablecidas (se rige por el grado de adaptación a la lógica institucional). • Utilización de preconceptos plurales colectivos generales (“los adictos son mentirosos, son manipuladores”). • Estricto control de conducta (prohibiciones, horarios, restricciones, premio-castigo). • Salidas autorizadas luego de periodos prolongados de escasa frecuencia y duración con observación institucional sin privacidad. 	<p>MONOVALENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos casos plantean objetivos de tratamiento favoreciendo lazos preexistentes efectivizando derechos (salud, educación, trabajo, identidad, etc.). • Carencia de trabajo extramuros para la inclusión comunitaria. HOSPITALES PÚBLICOS: mayor predisposición para sostener actividades auto gestionadas por las personas internadas. • Ante el fracaso de las estrategias terapéuticas (por fallas en la intersectorialidad debido a prejuicios y/o estigmatizaciones) se perpetúa la internación.

CUADRO N°3: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN LA EXTERNACIÓN

<p>DISCAPACIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existen mayormente planes de externación, solo egresos por derivación cuando no se cumple con el perfil institucional (descompensación aguda, superar el límite de edad, etc.). 	<p>TERCERA EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se planifica, se proyecta como un dispositivo de residencia permanente, el estado de autonomía se considera inmodificable y/o de deterioro progresivo.
<p>COMUNIDADES TERAPÉUTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificadas luego de largas estadías y ante la insistencia de usuarios y usuarias mediante salidas progresivas de acuerdo a la conveniencia institucional o a través de actividades laborales dentro de la institución, no remuneradas o con remuneraciones precarias. 	<p>MONOVALENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internaciones crónicas: no hay planes de externación ni siquiera traslados en caso de compensación del cuadro. • Internaciones por crisis: la externación consiste en la restitución de la persona al lugar de procedencia sin trabajo articulado para continuidad de tratamiento ni trabajo comunitario con el entorno.

CONCLUSIONES

Si bien nuestra idea original fue desarrollar las similitudes y diferencias entre los dispositivos, a través del presente análisis podemos concluir que no existen diferencias relevantes entre los mismos sino, por el contrario, sus prácticas resultan ser homogéneas.

Se observa que en todas las instituciones caracterizadas se suele trabajar desde la lógica de las instituciones totales (Goffman, 1961) que producen el aislamiento de las personas de su comunidad de referencia durante tiempos prolongados, en donde toda actividad es proporcionada, dirigida y programada por la institución en detrimento de la autonomía de las personas, proceso que adquiere mayor relevancia cuando se trata de niños/as y jóvenes.

Más allá de la nominación que se le dé a estos dispositivos, de modo general pudimos observar en forma recurrente dinámicas y actividades que resultan funcionales a la lógica institucional, que refuerzan el estado de sometimiento y pasividad por parte de los usuarios/as y reproducen la situación de vulneración de derechos.

De esta manera, una nominación u otra no pueden legitimar un estado de excepción en el que el sujeto se vea privado de sus libertades esenciales y el enfoque de derechos dejado de lado.

En este momento, en el cual como sociedad transitamos un proceso de transformación en el que la coexistencia de prácticas correspondientes a diversos paradigmas es la instancia recurrente, el modelo manicomial no sólo habita en los grandes monovalentes sino en pequeños y múltiples espacios institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G. (2003). Estado de excepción. Buenos Aires: Ed. Adriana Hidalgo, 2005.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Registrada bajo la Ley N° 23.638. Argentina. Sancionada: Mayo 21 de 2008. Promulgada: Junio 6 de 2008.

Carballeda, A. J-M. (2005). "Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales". En Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, ISSN-e 0327-7585, N°. 39, 2005.

Castel, R. (1981). "Génesis y ambigüedades de la noción del sector en psiquiatría". En Espacios del Poder. Madrid: Ed. La Piqueta, 1991.

Castel, R; Donzelot, J; Foucault, M; Gaudemar, J-P; Grignon, C. & Muel, F. (1981). Espacios de poder. Madrid: Ed. la Piqueta, 1991.

Constitución de la Nación Argentina. República Argentina: Ed. Zavalia, 2013.

Declaración y Programa de Viena aprobado por Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993.

Decreto Reglamentario N° 603/ 2013. Argentina. Aprobado el 28/05/2013.

Goffman, E. (1961). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires Ed. Amorrortu, 2009.

Gramsci, A. (1948). El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce. Buenos Aires: Ed. Visor, 1971.

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.

Ley N° 24.901. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con discapacidad. Argentina. Sancionada: Noviembre 5 de 1997. Promulgada: Diciembre 2 de 1997.

Ley N° 2.440. Ley de Salud Mental, tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. Rio Negro. Sancionada: 11/09/1991. Promulgada: 10/10/1991.

Ley N° 448. Ley de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires. Sancionada el 27/07/2000. Promulgada el 07/09/2000.

Organización Mundial de la Salud (1996). Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2002). "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos". Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos N° 1, julio de 2002. Nueva York.

Organización de las Naciones Unidas. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Nueva York.

Ríos, M; Yamin, A. & Hurtado, R. (2002). Salud Pública y Derechos Humanos: Estableciendo Lazos. En: Tristán, Flora. Marco Conceptual de los Derechos Humanos en Salud. Lima, Agosto del 2002.

Risoli, A; Tisera, A. et al. (2005). Trabajo grupal no publicado, presentado en curso "La reforma psiquiátrica en España. Evaluación de Servicios de Salud Mental" de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Secretaria de Derechos Humanos. (2011). Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

CASA DE SALUD PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

Autores: Silvina Costa, Sandra Merlo. Germán Alberio.

RESUMEN

Este artículo desarrolla la experiencia, inédita en el país, en torno al proceso de inclusión social de personas con padecimiento mental que egresan del Servicio Penitenciario Federal llevado adelante bajo la modalidad de un dispositivo comunitario sustitutivo del modelo asilar, la Casa S.I.S. (Salud con Inclusión Social). La Casa S.I.S. es una estructura de transición entre la modalidad de internación y la posibilidad de habitar una vivienda en forma independiente por aquellas personas que habiendo atravesado largos periodos de encierro no cuentan, en el exterior, con recursos propios o ajenos con los cuales sostener un espacio habitacional para sí. De esta manera, se convierte en un espacio institucional que integra la red de servicios de salud mental y procura la promoción e inclusión social de las personas en su comunidad. La deconstrucción de la lógica manicomial supone la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, aún así, en constante transformación.

Palabras clave: Personas con padecimientos mentales en conflicto con la ley penal, Abordaje comunitario, Inclusión social.

INTRODUCCIÓN

“Incendio y muerte en la U 20”: De este modo titulaba el periódico Página 12 del 31 de mayo de 2011 la nota en la que informó las muertes de David Díaz Ríos y Leandro Nahuel Muñoz. Se trataba de dos personas que estaban privadas de su libertad en el Servicio Psiquiátrico Central para Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal que funcionaba en el ámbito del Hospital Borda). Ambos estaban encerrados “en la Sala de Tratamiento Individual, por

prescripción del psiquiatra de turno y perdieron sus vidas víctimas en un incendio ocurrido dentro de esa dependencia”.

Las lógicas manicomial y penitenciaria, en personas con padecimiento mental, trajeron aparejadas condiciones de reclusión indefinida, no ya con fines terapéuticos ni punitivos, sino como generadoras de ámbitos de exclusión social que inexorable y sistemáticamente vulneraron los derechos humanos de aquellos a quienes estaban dirigidas.

La convergencia en una misma institución total de ambas lógicas -manicomial y penitenciaria- convirtió a estos espacios en lugares de aislamiento, encierro y castigo, donde la subjetividad ha sido arrasada y donde las personas con padecimiento mental se constituyen en un grupo humano sobrevulnerado al interior del sistema penal.

Desde esta perspectiva, el sujeto con padecimiento mental en conflicto con la ley penal fue despojado de todos sus derechos.

Lamentablemente, tuvieron que producirse dos muertes absolutamente evitables para que esta condición de vulneración de derechos humanos se visibilizara, dejando al descubierto lo que hasta entonces habría sido naturalizado, negado o intencionalmente ignorado.

SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO CARCELARIO: DE DÓNDE VENIMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS

Existe una enorme proporción de enfermos mentales en las cárceles (más que en los hospitales). Según datos epidemiológicos arrojados por estadísticas internacionales (no existen en la Argentina cifras relevadas en la materia) la situación de las personas que padecen un trastorno mental y se encuentran en conflicto con la ley penal resulta al menos preocupante. El 25 % de los detenidos padece una enfermedad mental. La condición de “enfermo” aumenta entre 4 y 6 veces la posibilidad de ser encarcelado en relación con el resto de los detenidos. La mayoría ha ingresado por conductas sintomáticas no tratadas, es decir, comportamientos delictivos que se originan en cuadros de desorganización conductual tributarios de un padecimiento mental re-agudizado. En su mayoría, carecen de visitas. En este sentido, la visita penitenciaria, constituye un indicador utilizado en contextos de encierro para cuantificar el grado de apoyo familiar. Los enfermos tienen estancias mucho más prolongadas, y por otro lado, resulta evidente la escasez de medios terapéuticos. Y

finalmente, quizás lo más significativo sea que las tasas de reincidencia tras la liberación son del 70 %.

Los datos epidemiológicos señalan la existencia de tasas de prevalencia de padecimiento mental en prisiones muy superiores a las encontradas habitualmente en la población general. Estos datos ponen de manifiesto una incapacidad de los recursos actuales de la red de salud mental para garantizar el tratamiento y seguimiento de los pacientes graves, con el riesgo de incrementar la marginalidad y exclusión social. Y además, la ausencia de una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios penitenciarios, los de salud mental y los sociales que asegure la continuidad de cuidados tras la excarcelación, favoreciendo así la reincidencia.

En este contexto, y a la luz del cambio de paradigma introducido por los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional se impone, pues, el pasaje del modelo custodial al modelo comunitario y consecuentemente la adecuación de las prácticas profesionales procurando la articulación entre el Poder Judicial, el Servicio Penitenciario y los organismos responsables de implementar las políticas públicas de salud mental.

El eje de este nuevo ordenamiento normativo debe basarse, tal como lo muestran los paradigmas de la nueva ley de Salud Mental, los fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y los pronunciamientos de Organismos Internacionales, en la supresión de la referencia a la peligrosidad. Esto es, desanudar la asociación entre enfermedad mental y peligrosidad, concebida como excusa para la exclusión y segregación de aquellos que padecen sufrimiento psíquico. En esta línea, promover el pasaje de un enfoque tutelar hacia un control jurisdiccional fundado en los derechos de las personas con padecimiento mental y, finalmente, el pasaje del paradigma de la exclusión a la inclusión.

En este sentido, el 1 de Agosto de 2011 se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) por Resolución Conjunta 1075/2011 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y 1128/2011 del Ministerio de Salud de la Nación, con el objeto de tratar la problemática de aquellas personas con padecimiento mental alojadas en el Servicio Penitenciario Federal, en el marco de la Ley 26.657.

El objetivo primordial de este programa interministerial es promover el ejercicio del derecho a la salud de toda persona privada de su libertad en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal, especialmente el derecho a la salud mental, en los términos establecidos por la Ley 24.660.

Recordemos que el Capítulo IV de la Ley 26.657 reconoce que los derechos de las personas con padecimiento mental son los mismos que cualquier otro habitante de nuestro país.

En virtud de lo expuesto, se hace imprescindible trabajar para la deconstrucción de los prejuicios que discriminan, segregan y estigmatizan a las personas con padecimiento mental, especialmente aquellas en conflicto con la ley penal.

Para el logro de tales objetivos, en el marco de la Ley de Salud Mental el PRISMA dispone de tres dispositivos (Evaluación, Tratamiento y Egreso) cada uno de ellos con actividades y finalidades diferentes.

El presente trabajo tiene como objeto desarrollar únicamente el Dispositivo de Egreso del PRISMA, actualmente denominado Casa S.I.S., teniendo como eje la experiencia de un dispositivo comunitario de sostén destinado a esta población en orden a la alta vulnerabilidad asociada a su doble condición de encierro y de padecimiento de un trastorno mental severo.

“RECUPERANDO ILUSIONES. CASA S.I.S. (SALUD PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL)”

El enfoque comunitario que propone el nuevo paradigma de los derechos humanos promueve la creación de dispositivos asistenciales sustitutivos del régimen asilar (centros de salud, hogares, casas de convivencia) así como la internación (de corta estancia) en servicios de salud mental en hospitales generales.

Desde este enfoque, el dispositivo de egreso del PRISMA, tiene como objetivo primordial, precisamente, lograr la inclusión social comunitaria de las personas con padecimiento mental egresadas del ámbito penitenciario, promoviendo su revinculación con la comunidad, en la que se propende a incrementar sus posibilidades de contención, ampliación y/o desarrollo de su red vincular.

Surge de este modo la Casa S.I.S. (Salud para la Inclusión Social), un dispositivo comunitario sustitutivo del modelo asilar, por fuera del sistema penal, coordinado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

La Casa S.I.S. es un dispositivo de sostén que brinda diferentes niveles de apoyo (en función del grado de autonomía del usuario) y, complementariamente, cuenta con un espacio socioproductivo.

Desde la Casa S.I.S. se busca promover la reasunción de la autonomía personal y estimular la reconstrucción de un proyecto de vida saludable, conforme lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental, su decreto reglamentario y en consonancia con los objetivos planteados por el Plan Nacional de Salud Mental.

La Casa S.I.S. es un dispositivo de transición entre la modalidad de internación y la posibilidad de habitar una vivienda en forma independiente por aquellas personas que habiendo atravesado largos periodos de encierro, no cuentan, en el exterior, con recursos propios o ajenos con los cuales sostener un espacio habitacional para sí. De esta manera, se convierte en un espacio institucional que integra la red de servicios de salud mental y procura la promoción e inclusión social de las personas en su comunidad.

En sintonía con la novel legislación de salud mental, en la Casa S.I.S. existe un equipo interdisciplinario de apoyo permanente, con formación en salud mental comunitaria, brindando niveles de apoyo según la necesidad de cada persona, realizando tareas interinstitucionales, intersectoriales y comunitarias tendientes a resolver las necesidades cotidianas, así como trabajar los miedos y prejuicios tanto de las personas convivientes como del entorno social a fin de reducir el estigma y la discriminación.

El abordaje comunitario implica un enfoque del sujeto en su contexto vincular e implica el reconocimiento y estímulo de sus recursos sociales y culturales.

La intervención de los equipos interdisciplinarios que integran el dispositivo se inicia cuando la persona está próxima a recuperar su libertad y continúa hasta alcanzar el gran desafío de recuperar sus vínculos familiares-sociales o fomentar nuevos y reconstruir su proyecto de vida.

Tal como se ha planteado en el Plan Nacional de Salud Mental, la atención interdisciplinaria no implica hegemonía de ningún saber específico sino, por el contrario, supone el reconocimiento de los saberes comunes que involucran también los afectos inmediatos del sujeto, de su medio de desarrollo sociocultural y de su comunidad de referencia, en interacción con los saberes del equipo de salud.

La metodología de trabajo se enmarca desde la perspectiva psicosocial y de plena vigencia de los derechos humanos. En este sentido, la perspectiva de Derechos Humanos (DDHH) puede pensarse como un atravesamiento relativo a la tarea clínica que toma en consideración a la Dignidad (derecho fundamental) como valor y, en consecuencia, todas aquellas situaciones en las que los DDHH pueden ser o son vulnerados.

Con el término enfoque psicosocial y comunitario nos referimos, en este texto, a la necesidad de mantener una perspectiva de trabajo que contemple la interacción entre el individuo y el medio social en el que vive, y en el que prime un enfoque de trabajo transformador que trascienda la dimensión individual. Desde esta óptica y de manera específica, cuando se trabaja con las causas y consecuencias de las situaciones de exclusión, violencia y marginación se busca entender al individuo en su contexto y al contexto integrado por los individuos que lo forman, como un todo indisoluble y en diálogo constante.

El trabajo psicosocial y comunitario, por tanto, no describe una determinada metodología de aproximación a la acción, sino un cierto modo de mirar y entender la realidad. Dentro de esa mirada dos elementos serán claves: la dignidad como condición irrenunciable y la capacidad de control sobre la propia vida.

El eje rector de la labor diaria en la Casa S.I.S. se sustenta en la clínica de la vulnerabilidad, con intervenciones direccionadas a fortalecer los recursos de los usuarios. De esta forma, mediante el incremento de sus habilidades y potencialidades se puede lograr un mejor afrontamiento de las adversidades del devenir cotidiano.

Al trabajar con personas o comunidades se puede partir de dos modos de conceptualizar la realidad.

El primero, basado en la consideración de las necesidades entenderá como objetivo aquellas carencias o déficits que presenta la persona o la comunidad respecto a estados anteriores. Desde esta óptica el objetivo de trabajo será atender a dichas necesidades proveyendo aquellos elementos de que se carece. La experiencia muestra cómo el trabajo en base a necesidades es cortoplacista, pocas veces llega a los estándares que se propuso, y en tanto no tiene por qué atacar necesariamente los factores de vulnerabilidad, puede acabar siendo anulado por el círculo crónico del problema.

Un enfoque alternativo, y el que priorizamos en este dispositivo sanitario, es el que se basa en el análisis de factores que hacen que una persona o comunidad esté en situación de desventaja permanente (lo que denominaríamos factores de vulnerabilidad) y qué recursos propios dispone para enfrentarlas (análisis de capacidad). Las vulnerabilidades, entendidas en sentido amplio (estructurales, políticas o de otro tipo) y las capacidades (entendidas como los recursos y modos de afrontamiento propios) constituirán la matriz desde la que pensar cómo enfrentar los problemas.

GRÁFICO 1: DISPOSITIVOS Y MODALIDADES DE ABORDAJE DE LA CASA S.I.S



La Casa S.I.S. combina recursos de diferentes modalidades de abordaje (todos ellos de base comunitaria), para intervenir en las situaciones clínicas complejas donde los enfoques reduccionistas no son suficientes y resulta difícil promover como objetivo la salud y un proyecto de vida.

A la variación de los motivos de demanda a través del tiempo se le suman, entre otras, problemáticas familiares graves, violencias de todo tipo, padecimientos mentales en su entorno, abuso de sustancias, desocupación, conflictos con la ley.

La demanda actual nos introduce rápidamente en la complejidad, la cual sólo puede ser abordada desde la plasticidad de los equipos y de sus intervenciones. Cuando hablamos desde la perspectiva de la salud mental, el campo de acción crece, se enriquece y se deja de pensar sólo en relación a las cuestiones ligadas a la enfermedad.

Entonces, esta propuesta aspira a superar la oferta asistencial parcializada y fragmentada, lo que exige una articulación permanente y sistemática entre los equipos de salud de los distintos niveles del sistema y con otros sectores tales como Desarrollo Social, Trabajo, Educación y/o Justicia, generando una modalidad de respuesta centrada en las necesidades de nuestros usuarios.

La Casa S.I.S. brinda diferentes modalidades de abordaje según necesidad. El horario de apertura de la casa y el énfasis puesto en dinámicas psicoterapéuticas grupales asemejan el dispositivo a un Centro de día. El mantenimiento de los espacios grupales es una necesidad instrumental para favorecer la integración de la asistencia que requieren los pacientes, la continuidad de cuidados y la coordinación entre servicios. El espacio grupal se constituye en un sistema organizado de respuesta a necesidades, tanto para los pacientes como para el equipo. Los pacientes pueden recibir en el grupo una mejor respuesta a sus necesidades asistenciales, y el equipo se dota de recursos terapéuticos estables, incluidos en su oferta asistencial.

Luego, y a modo de “casa amigable”, la Casa S.I.S. se constituye en un espacio al cual pueden recurrir los usuarios cuando atraviesan “situaciones de crisis” de diversa índole. Entonces, el dispositivo responde brindando techo, comida y principalmente contención afectiva. Pero esto no es todo, la oferta asistencial resulta superadora ya que, complementando lo antedicho, funciona integradamente a la Casa un equipo de seguimiento comunitario que brinda acompañamiento terapéutico en la gestión y cobertura de necesidades de diversa índole (ej.: sanitaria, social, laboral, educativa).

En este sentido, creemos necesario complejizar los abordajes (dado el fracaso de marcos cerrados y totalizantes), y además, contar con la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las necesidades de los usuarios, y no a la inversa.

En el proceso de admisión al dispositivo asistencial, que tiene como horizonte la inclusión social, se elabora un diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial y socio-penal, se define la necesidad, y finalmente, se diseña una estrategia de intervención. Prioritariamente se propende a reconstruir el proyecto de vida del usuario en el que se expresen sus intereses, su voluntad y sus decisiones, identificando las dificultades que presente para la construcción del mismo.

La estrategia de intervención, el tiempo de permanencia en la casa y el grado de apoyo a brindar estarán determinados por el nivel de autovalimiento de la persona beneficiaria del programa; definiendo el momento de egreso del dispositivo en función del cumplimiento de los objetivos propuestos en la admisión y la concreción de ese proyecto de vida autónomo.

En el caso de quienes concurren a la Casa S.I.S. resulta esencial la inclusión afectiva, dado que en la mayoría de los casos han perdido sus vínculos con sus seres queridos o no cuentan con una red de contención apropiada. Se

procura dismantelar las falsas asociaciones y estigmatizaciones surgidas en el marco de la institución de encierro.

Casi un centenar de usuarios está siendo asistido con esta propuesta inclusiva. La Casa S.I.S., en la mayoría de los casos, constituye el primer y único ámbito de referencia y contención con el que han contado por mucho tiempo estas personas en situación de absoluta vulnerabilidad.

El trabajo en red constituye el fundamento de la labor cotidiana tendiente a la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del estado nacional y de la sociedad civil para promover y garantizar la inclusión social. En este sentido, la propuesta incluye una serie de actividades y tareas que se articulan intersectorialmente con diferentes organismos y agencias gubernamentales (áreas de Educación, Desarrollo Social, Trabajo, entre otros).

Este dispositivo comunitario trabaja para lograr la inclusión educativa y promueve la planificación de proyectos de vida saludables, en los aspectos sociales, ambientales, psicológicos y médicos. Por ello el gran desafío que enfrenta este programa, es el de derribar la estigmatización del viejo paradigma de la peligrosidad de las enfermedades mentales a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental y en el marco de políticas públicas de plena vigencia de los derechos humanos tendientes a lograr la inclusión social de todos y todas.

“Todo usuario del sistema de salud/salud mental y sus servicios deberá tener su DNI”, señala lapidariamente el novel Plan Nacional de Salud Mental. Es por ello, y a los efectos de recuperar la identidad, que entendemos al acompañamiento en la gestión del DNI como “punto de partida” para una inclusión social efectiva.

Considerando que la Casa S.I.S. es un dispositivo sanitario para la inclusión social, vehicular el acceso de los usuarios al sistema de salud es otro paso fundamental. En este sentido, la articulación con el área programática del hospital que corresponde por jurisdicción habilita el acceso a atención de clínica médica, odontología, ginecología y enfermería en el CESAC correspondiente, priorizando, de este modo, el acceso al primer nivel de atención.

Para aquellos usuarios que así lo requieran, la gestión y tramitación del certificado único de discapacidad (C.U.D.) se constituye en la vía de acceso a múltiples beneficios sociales que brinda el estado nacional (pase libre de transporte, ingreso gratuito a espectáculos y atracciones, televisión digital abierta,

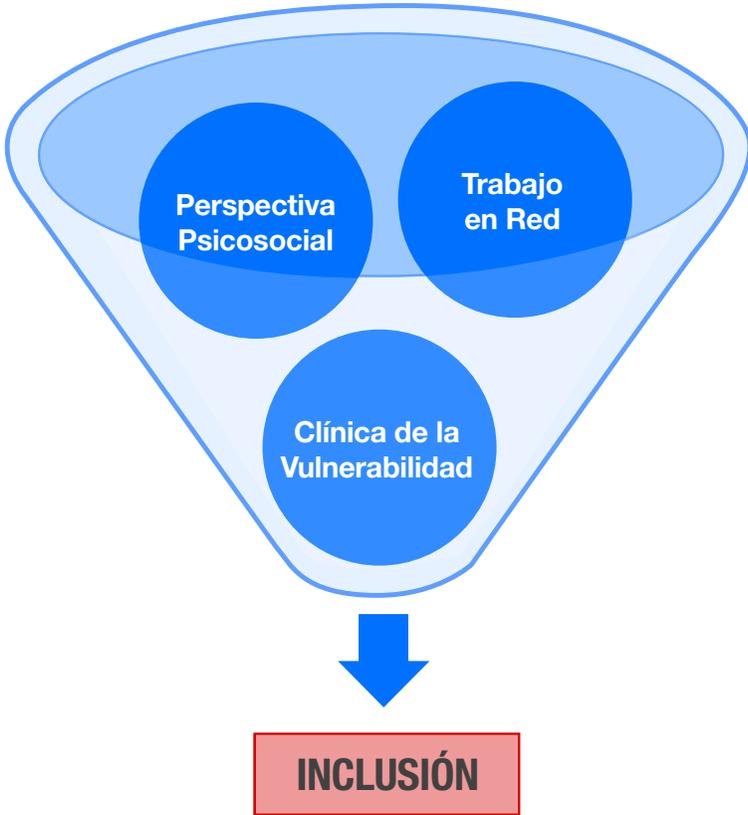
deportes, capacitaciones, turismo social, entre otros) y en una estrategia de punta para el “primer momento” de la intervención.

Otro de los ejes de intervención lo constituye la re-vinculación familiar e integración en la red de referencia. Para ello, y con el objetivo de promover vínculos saludables y solidarios con las personas significativas en la vida del usuario, desarrollamos un trabajo de campo en el territorio del usuario, buscando identificar una red de referencia e intervenir en su fortalecimiento, y en el caso de su inexistencia, generarla con recursos de su propio ámbito. Asimismo, el espacio de la asamblea multifamiliar que se realiza mensualmente en la Casa S.I.S. contribuye en este sentido y, además, ayuda a la erradicación de las prácticas estigmatizantes y segregativas en relación a las personas con padecimiento mental.

Asimismo, la capacitación para el empleo que brinda el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y los emprendimientos socio productivos respaldados por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud de la Nación son instrumentos fundamentales para la inclusión laboral de quienes asisten diariamente a la Casa S.I.S..

Con el objetivo de brindar a los usuarios herramientas para que logren empleo con inclusión social, se han incorporado recursos humanos no convencionales, que resultan centrales para el desarrollo de un abordaje comunitario. Esto se concretó mediante la convocatoria de talleristas (expertos en trabajo de oficio) ajenos al dispositivo, proveniente de ONGs de la comunidad. De esta manera, el espacio-socio productivo se encuentra orientado en el sentido de desarrollar micro emprendimientos de carácter sustentable. Así, promueve el despliegue de las competencias laborales de los usuarios, generando pequeñas unidades económicas, financiadas por los diversos organismos estatales que dispongan de programas específicos a tales efectos.

GRÁFICO 2: FUNDAMENTOS DEL TRABAJO EN CASA S.I.S..



En síntesis, la Casa S.I.S. es un dispositivo de transición que integra la red de servicios de salud mental basados en la comunidad y procura la promoción e inclusión social de las personas en su comunidad.

CONCLUSIÓN: “EL OTRO SOMOS TODOS”

La experiencia que acabamos de analizar describe una novedosa e inédita modalidad de intervención desde la perspectiva de derechos humanos y la clínica de la vulnerabilidad inmerso en las pautas que marca la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención de los Derechos de las Personas con Disca-

pacidad. Estos dos instrumentos, entre otros marcos normativos, definen sujetos y también direccionan las políticas públicas. Constituyen concepciones y aportan a un posicionamiento que da sustento y viabilidad a la propuesta.

Dicha intervención tiene como destinatario primordial al sujeto y el mejoramiento de sus condiciones de vida en libertad resaltando cualquier indicio de cambio de posición subjetiva en el mismo, lo que no sólo redundará en su propio beneficio sino en el de la comunidad toda.

En lo concreto, esta experiencia visibiliza en la práctica, el “proceso de adecuación” de los servicios de la red de salud mental basados en la comunidad. En este sentido, creemos que la deconstrucción de la lógica manicomial supone la creación y sostenimiento de experiencias alternativas, que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, aún así, en constante transformación.

Todo largo camino se inicia con un primer paso. En la Casa S.I.S. estamos comenzando a transitar el sendero de la inclusión y plena vigencia de los derechos humanos de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad, en el marco de políticas públicas de un estado nacional que así lo garantiza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, Giorgio. (1999). Lo que queda de Auschwitz. Madrid: Pre-textos.
Centro de Estudios Legales y Sociales. (2005). Informe anual. Disponible en <http://www.cels.org.ar/>

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2007). Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: CELS.

Clemente Díaz M. (1986). Los efectos psicológicos del encarcelamiento. Madrid: Alianza.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2013). Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones. Disponible en «<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/publicaciones>».

Guillis, G. Amendolaro, R. Wikinski, M. Sobredo, L. “El encierro dentro del encierro”, en VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría 2006; Vol. XVII: 72-77.

Hernández, M. y Herrera, R. “La atención a la salud mental de la población reclusa”, en Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003; 315-319.

Herrera, R. “Salud mental y prisiones”, en Revista Española de Sanidad. Penitenciaria. 2000; 2: 138-140.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicado en el Boletín Oficial el día 03/12/2010.

Oficina del Alto Comisionado de la UN para los DDHH (2001). “Protocolo de Estambul”, en Manual para la investigación y documentación eficaces para la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Serie de capacitación profesional N° 8, Nueva York y Ginebra.

Organización de Estados Americanos. (2008). Principios y Buenas Prácticas Sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. Disponible en: «<http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/RESOLUCION%201-08%20ESP%20FINAL.pdf>».

Organización de los Estados Americanos. (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Disponible en: «<http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>».

Organización Mundial de la Salud. (2010). “20 años después de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020. (2010)”. Disponible en «<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>».

Organización de Naciones Unidas. (2006). Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: «<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>».

Salud Mental y Derechos Humanos. (s. d.). “Una perspectiva metapsicológica de la crueldad”. Disponible en: «<http://www.saludmentalyddhh.com.ar/articulo/una-perspectiva-metapsicol%C3%B3gica-de-la-crueldad>».

CRÉDITOS

COMPILACIÓN Y EDICIÓN

Equipo de Capacitación y Contenidos de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Mgter. Martin de Lellis

Lic. Lucia Pomares

Lic. Natalia Da Silva

DISEÑO Y REVISIÓN FINAL

Equipo de Comunicación Social de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Andrea Demasi

Lic. Jorge Daniel Barros

Lic. Germán Alemanni

Tec. Facundo Miranda

Sr. Martín Matilla

CORRECTOR

Sr. Leonardo Nicolini

Autores Varios

Políticas públicas de salud mental : enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

426 p. : il. ; 14x20 cm.

ISBN 978-950-38-0207-6

1. Salud Mental. 2. Políticas Públicas.
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 12/02/2015

Aquí se halla reunido un conjunto de experiencias y herramientas de gestión de base territorial para afrontar las problemáticas emergentes en Salud Mental, estudios que contribuyen a fortalecer el fundamento epidemiológico de las políticas públicas, acciones intersectoriales para adecuar la formación de profesionales y técnicos al nuevo paradigma e iniciativas que ilustran los procesos de coordinación entre equipos del sector salud y la administración de justicia para dar respuesta a los desafíos que propone –desde una perspectiva de derechos- la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Los trabajos compilados presentan un carácter innovador que resultará de interés para decisores, profesionales, técnicos, formadores, usuarios y la comunidad en general. Procuran contribuir al desarrollo, sistematización y replicación de nuevos abordajes que promueven la interdisciplinariedad e intersectorialidad necesarias en la cada vez más amplia red de servicios de salud mental de nuestro país.

Sabemos que por delante tenemos un extenso camino para la consolidación de una salud mental inclusiva en lo social, plural en su abordaje y promotora de derechos, tanto para aquellos que nunca debieron ser violentados como para aquellos ganados en esta última década.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICIONES

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10
Ciudad de Buenos Aires - C1073ABA - República Argentina
Teléfono: (011) 4379-9162
e-mail: saludmental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/saludmental