

CAPÍTULO 3

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL: VIEJOS PROBLEMAS, NUEVOS DESAFÍOS

Natalia Fernández, María Paz Caminada, Soledad Buhlman, Jacinta Burijovich, Natalia Monasterolo, Sol del Carpio, Marina Chena, Iván Ase, Solana Yoma, Paola Blanes, Omar Barrault, Melisa Herranz, José Páez, Magdalena Arnao, Cecilia Berra, Jeremías Miretti, Rodrigo Díaz, Maricel Costa, Liz Lesta, Mariel Castagno, Ana Correa, Ana Heredia, Laura Atala, Cecilia Carrizo, Agustina Gómez, Ariana Folcco, Virginia Merlo, Yohana Sosa, Anna Szlejcher, Liliana Moreno, Elizabeth Nahum, Graciela Bocco, Federico Fonseca, Mariana Illanes, Diana Scorza¹

1. Presentación

A lo largo del presente capítulo se señalan diferentes aspectos de lo que implica entender las políticas y las prácticas en salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos, de manera integral e integrada, interdisciplinaria e intersectorialmente. En este segundo informe se refieren las continuidades en torno a la vulneración de los derechos de las personas confinadas en los hospitales psiquiátricos y se profundiza sobre otros problemas existentes en el campo de la salud mental: los déficits en la asistencia que atraviesan las personas LGTB, la desatención de las personas que se encuentran en las cárceles, la escasez de recursos destinados a la atención comunitaria, la penalización del consumo problemático de sustancias no comprendido como padecimiento mental y,

¹ Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, perteneciente a la Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos.

por lo tanto, no atendido por los servicios de salud, la situación de la salud mental en el ámbito de la niñez y la problemática de discapacidad-salud mental.

Si bien las leyes de salud mental consideran que este conjunto de problemas forman parte del campo de la salud mental, las políticas públicas en Córdoba los abordan de manera desarticulada y, en algunos casos, por fuera del sector contrariamente a lo expresado por los marcos legales vigentes.

También se intentan visibilizar aquí casos específicos y paradigmáticos que nos permiten ejemplificar la situación de vulneración de derechos vivenciada por los usuarios y familiares en las instituciones monovalentes. En esta misma dirección, el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos denuncia la existencia ilegal de las salas de aislamiento en todos los hospitales psiquiátricos de la provincia, ya que configuran violaciones estructurales a los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

A partir de la inexistencia de datos estadísticos y de investigaciones sobre las muertes ocurridas en las instituciones psiquiátricas de Córdoba, se constata la importancia y se formula el Protocolo para la Investigación y Documentación de Muertes en Hospitales Psiquiátricos².

También se analizan aquí los montos y la orientación de los compromisos presupuestarios asignados por la Provincia al sector Salud Mental, del cual se concluye que en los últimos años, las autoridades ministeriales han postergado la inversión presupuestaria necesaria y acorde con la magnitud de los desafíos que el campo de la salud mental tiene por delante. Sólo se han puesto en marcha actividades de alcance muy limitado, cuando no de carácter puramente cosmético, que no han logrado tener un impacto transformador en las instituciones de salud mental provinciales.

2 Ver Acciones Emprendidas al final del presente capítulo: Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (2014). Protocolo para la Investigación y Documentación de Muertes en Hospitales Psiquiátricos. Córdoba. Argentina.

En función del contexto adverso explicitado, se cristaliza la situación de emergencia que atraviesa el campo de la salud mental en Córdoba dado los incumplimientos del gobierno provincial en la materia, así como el escaso compromiso del mismo con la plena implementación de los marcos jurídicos vigentes. En ausencia de una respuesta integral de control, regulación y de políticas públicas contundentes, desde el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, consideramos urgente instalar en los sectores sociales y sanitarios de nuestra provincia el debate y reflexión colectiva sobre la necesidad de crear un *Órgano de Revisión Local*, con el fin de monitorear el cumplimiento de las leyes para alcanzar la plena implementación de dichos marcos legales.

2. Referir continuidades: Actualización Informe 2013³

Este primer apartado tiene como objetivo recuperar algunos ejes relevantes que atraviesan el capítulo de salud mental del primer informe *Mirar tras los muros. Situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*.

La necesidad de retomar dichos ejes como punto de referencia, se asienta en la convicción de que la función de instaurar mecanismos de monitoreo, en el sentido de analizar procesualmente las progresividades y regresividades en nuestro campo, apunta a visibilizar e incidir en el contenido de las políticas públicas para la efectividad de las transformaciones necesarias en materia de garantía de derechos. En este sentido, las problemáticas relevadas en el pasado informe y articuladas en una agenda que escalonaba en el corto, mediano y largo plazo urgencias a abordar desde la planificación estratégica de las políticas públicas en salud mental, nos permitieron priorizar ciertos ejes que siendo aun recurrentes justifican su análisis en el contexto actual. Así, la **vulneración de**

³ Esta sección ha sido elaborada por Natalia Fernández y María Paz Caminada Rossetti.

los Derechos Humanos (DD. HH.) en el espacio manicomial, la **judicialización**, y la **cuestión presupuestaria** en la salud mental se constituyen en dichos ejes, que aunque se puntualicen, no operan sino articulados en una complejidad que en el compromiso con el avance de las transformaciones necesarias garanticen el derecho a la salud mental que no puede si no pensarse integralmente también a partir de la efectivización de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Vulneración de Derechos Humanos en el espacio manicomial

Los contextos de encierro, en sí mismos, propician la vulneración de los DD. HH. al restringir la libertad de las personas allí alojadas. El espacio manicomial se asienta en una serie de lógicas que yendo desde las condiciones de internación, las propuestas de tratamiento y abordaje, hasta la ausencia de redes, amplifican la violación de los mismos.

Afirmamos nuevamente, que las condiciones de internación-encierro, las condiciones infrahumanas a las que son sometidos los usuarios, las condiciones edilicias, la custodia policial, continúan siendo parte del escenario en el contexto actual de abordaje de la salud mental. Persisten los deterioros de las condiciones edilicias bajo condiciones degradantes, antihigiénicas, situaciones de hacinamiento, la desidia, el abandono. La similitud con las instituciones carcelarias se explica en el objetivo de la “funcionalidad social” de la segregación. La propuesta de “seguridad” que se imprime lejos de pensarse desde los criterios de salud, se funda en la necesidad de un control represivo que determina modalidades de acercamiento restringiendo los espacios de encuentro e inclusión. En esta línea, en el informe pasado se hizo una referencia particular a la presencia policial en las instituciones de salud, la cual continúa persistiendo como práctica de abordaje y control dentro de las instituciones.

En este sentido, el encierro como práctica que sostiene y reproduce la lógica manicomial, se apuntala principalmente en

el objetivo de generar una normativización social que propone, desde la clasificación de lo normal y lo anormal, la coerción, el castigo, el disciplinamiento y la pérdida de lazos sociales en un contexto donde se patentiza la violencia institucional, en un espacio donde se resignifica cotidianamente la significación de *hacer* de los sujetos objetos institucionalizados. La existencia de las celdas de aislamiento, pese a que violan las leyes, se constituyen en claros y penosos ejemplos en este sentido.

Desde el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, elevamos una nota al Órgano de Revisión Nacional en la que caracterizábamos la situación de este particular “dispositivo” y su existencia en las instituciones provinciales, públicas y privadas, de salud mental. Lejos de encontrar criterios científicos y mucho menos éticos para su utilización, las celdas de aislamiento han sido caracterizadas por el derecho internacional en esta materia como “un trato cruel, inhumano y degradante”⁴.

Asimismo, poco se avanzó en relación a las políticas públicas en cuestión de propuestas y acciones que incluyan prácticas y dispositivos sustitutivos al abordaje manicomial. Este contexto se tensiona entre las modalidades de tratamiento y abordaje que naturalizan prácticas que vulneran derechos y la ausencia de redes y dispositivos sustitutivos/alternativos. Se constata la falta de consentimiento informado; los tratos crueles e inhumanos; la sobremedicación y las celdas de aislamiento utilizadas como abordaje a los padecimientos y modalidades de castigo, y la ineficacia por parte de la justicia. Todos ellos, se integran en una naturalización de prácticas ilegales y constantes violaciones a la integridad de las personas y violaciones sistemáticas de los DD. HH. A su vez, la falta de recursos, tanto de personal como materiales, los obstáculos y escasas posibilidades alternativas y dispositivos sustitutivos que propicien un proceso genuino de externación, contención, seguimiento y abordaje de las personas con padecimiento subjeti-

4 Ver en el apartado Acciones emprendidas: Nota elevada al Órgano de Revisión Nacional.

vo, marcan el circuito constante de modos de institucionalización de los usuarios y fortalecen la continuidad del paradigma asilar, la cronicidad y la ausencia de estrategias que garanticen planificaciones y políticas públicas de abordaje de la salud mental con alcance comunitario. Estas estrategias no pueden si no ser pensadas a partir de la construcción de políticas intersectoriales e interdisciplinarias que rescaten el saber y el hacer de cada conjunto de actores del campo.

Judicialización

Generalmente la Justicia ha sido definida por su rol obstaculizador en relación a las transformaciones necesarias en el campo de la salud mental. Esta caracterización reposa sobre la incapacidad de este particular actor de trascender el modelo tutelar y, en relación a los usuarios/as de salud mental, realizar el pasaje de objetos de protección a sujetos de pleno derecho.

En este sentido, si bien ha habido modificaciones al Código Civil en relación al “riesgo de vida cierto e inminente para sí o para terceros”, como causales de internación, continúa persistiendo en el imaginario y consecuentemente en las prácticas judiciales, la consideración de la “peligrosidad” como indicador válido para la privación de la libertad de los/as usuarios. Desde allí, el Poder Judicial perpetúa la criminalización del padecimiento subjetivo y la judicialización de problemáticas atendibles desde la salud.

Es necesario aquí mencionar la permanencia en nuestra provincia de los denominados Centros Psico Asistenciales (CPA) cuyo objetivo es la “asistencia” en situaciones de crisis agudas a personas judicializadas. Este particular dispositivo concentra y potencia lo negativo de la lógica penitenciaria y la lógica asilar, que lejos de garantizar la atención en salud mental de esta particular población, ahonda la violación de derechos.

Se plantean desde los equipos interdisciplinarios intervinientes en salud mental una serie de dificultades para sostener un proceso terapéutico atravesado por una lógica judicial que se asienta

en su poder punitivo-represivo, y que representando así a las personas con padecimiento subjetivo como sujetos de castigo, impide atenderlos como usuarios/as de salud mental.

De este modo, la persistencia de este modelo genera una incongruencia con lo que desde las normativas vigentes se propone para el accionar de la Justicia en el campo de la Salud Mental. La prescripción de respetar la decisión del equipo de salud en relación a la aplicación del tratamiento se ve opacada por las actuaciones corporativas de la Justicia que fortaleciendo la lógica asilar y de encierro dificultan la elaboración de intervenciones que tengan en primer plano la dignidad y autonomía de las personas con padecimiento subjetivo, para desde allí plantear estrategias efectivas de externación. Así, la Justicia ha consolidado una intervención restrictiva en cuanto a la autonomía de los/as usuarios/as y a los equipos intervinientes en salud mental, al contrario de un rol positivo que encare la tarea de generar el acceso efectivo y el pleno goce de los servicios del sistema judicial para así promover y acompañar a las personas con padecimiento subjetivo en la exigibilidad de sus derechos.

La cuestión presupuestaria

La problemática presupuestaria en materia de salud en general y de salud mental en particular, en la provincia de Córdoba no es novedosa. En el informe pasado, caracterizamos la ausencia de compromisos presupuestarios en lo relacionado a la asignación y reorientación de los mismos conforme a las legislaciones vigentes en Salud Mental. En este sentido, inclusive se presentaron las diferencias que aparecen a la luz del análisis de la Ley Nacional y la Ley Provincial sobre la cuestión presupuestaria; más aun, se presentó la necesidad de generación de un fondo específico para los municipios de nuestra provincia, que dado el carácter descentralizado de nuestro sistema de salud, priorice a partir de la asignación de recursos la atención en salud mental desde el primer nivel.

La insistencia en presentar lo presupuestario como una problemática, reside en la certeza de que se constituye en un real obstáculo para la implementación de las políticas públicas necesarias para la transformación en el campo de la salud mental.

Como mencionábamos más arriba, la situación no es nueva. Sin embargo, el análisis de un hecho reciente puede colaborar en complejizar y actualizar esta cuestión, evidenciando una desinteligencia, cuando no una incoherencia, en la asignación y manejo de los fondos en lo atinente al sistema de salud mental.

En el pasado mes de julio del corriente año, el Ministro de Salud de la Provincia anunció, en el marco de los festejos por el centenario del Hospital Emilio Vidal Abal de la localidad de Oliva, un proyecto de reconstrucción de dicha institución. En sus palabras, *“Se trata de un plan estratégico que permitirá recuperar la infraestructura edilicia y a la vez, mantener y respetar el patrimonio histórico”*⁵, para lo cual se asignaría la suma de 87 millones de pesos.

Ante este hecho desde el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba, así como desde distintos espacios gremiales, institucionales y de organizaciones sociales, nos vimos en la necesidad de generar un posicionamiento público sobre dicho anuncio e inclusive elevarlo al Órgano de Revisión Nacional a los fines de que tomara conocimiento y accionara en consonancia⁶.

Recuperando sintéticamente lo que allí se planteaba, en primer lugar sostuvimos que las legislaciones en vigencia marcan las transformaciones que deben ser operadas a los fines de hacer efectivo el enfoque de derechos propuesto en las mismas, recomendando a los Estados la prohibición de crear nuevos manicomios, tanto públicos como privados, como la adaptación de los actuales hasta su sustitución definitiva por dispositivos de inclusión.

5 Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/regionales/el-hospital-de-salud-mental-de-oliva-cumplio-100-anos>

6 Recuperado de http://www.monitoreosmyddhh.com.ar/images/comunicado_observatorio_16_de_julio_20141.pdf

Siendo conscientes de que el pasaje del modelo manicomial al modelo comunitario de atención en salud mental implica un proceso de transición, afirmamos en aquel posicionamiento que dicha iniciativa de mejoramiento edilicio debía tender a generar condiciones dignas, tanto para los usuarios/as de salud mental como para los trabajadores/as que desempeñan sus funciones en dicha institución. Sin embargo, alertamos sobre la ausencia real de inversiones destinadas paralelamente a la creación de dispositivos sustitutivos al manicomio, así como la apuesta presupuestaria dirigida a ampliar la cantidad de recursos humanos y revalorizar los existentes en lo atinente a sus remuneraciones.

Así, en la medida en que no asistamos al compromiso presupuestario dirigido a efectivizar las políticas públicas delineadas en las normativas actuales, planteamos el riesgo de que este financiamiento consolide la internación hospitalaria monovalente como abordaje hegemónico en salud mental por sobre la apuesta e inversión en dispositivos que, sustituyendo el modelo asilar, se encaminen a una atención con alcance comunitario, que no solo no restrinjan la autonomía de los/as usuarios/as de salud mental, sino que favorezcan la creación de lazos sociales y la garantía de derechos.

Entre la desinstitucionalización y la desmanicomialización

Avanzar en una transformación del modelo manicomial al modelo comunitario advierte el desafío actual en lo que implica la garantía y exigibilidad de derechos. Los diferentes actores involucrados en el campo de la salud, fundamentan la necesidad de un trabajo en constante debate de saberes, disciplinas y prácticas en función de la construcción de nuevos saberes que tenga en primer plano la autonomía de las personas con padecimiento subjetivo y que incluyan la transformación de un cambio de paradigma que pretenda la superación del aparato y la lógica manicomial que lo subyace.

En este sentido, en la definición del problema acerca de aquello que implica el cambio de paradigma, no puede invisibilizarse lo que se constituye de por sí en un obstáculo que dificulta el avance en la transformación, ligado a la persistencia del imaginario social negativo sobre la locura. El entrecruzamiento de los modos institucionales de operar y el concepto de estigma, se correlacionan en una serie de operaciones articuladas que producen una identificación social de diferencias humanas y que establecen etiquetas, que encierran dentro del mismo encierro; una estigmatización que se inscribe en la subjetividad de las personas con padecimiento mental. En este sentido, las ecuaciones ya nombradas con anterioridad ligadas a la locura, pobreza, delincuente, anormal, enfermos, marginales, etc., refuerzan la doble exclusión que impregna a una doble marginalidad reforzando la segregación y la red del encierro. De esta manera, el imaginario y las representaciones sociales acerca de la locura significada desde esta perspectiva, constituyen barreras y obstáculos en el avance hacia una transformación de modelos y paradigmas.

El desafío está en plantear las transformaciones no solo como una reforma sanitaria, sino como una problemática de DD. HH. apuntando a la transición del sistema asilar/manicomial hacia abordajes comunitarios, se puntualiza en la radicación territorial de los servicios de atención, cambios de estrategias de abordaje: de lo biológico a la salud integral, accesibilidad a los psicofármacos, trabajos en equipos interdisciplinarios, la articulación intersectorial/interjurisdiccional, recursos en el primer nivel de atención, internaciones en hospitales generales, políticas sociales intersectoriales, corpus de derechos formales y normas jurídicas administrativas, la participación de los usuarios, etc. En este punto resulta importante aclarar la necesidad de ampliar las condiciones de acceso, proponiendo la accesibilidad en sus diferentes dimensiones: *geográfica, administrativa, económica, cultural, simbólica*, entendiendo como tal la *posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud, basada principalmente en la construcción de representacio-*

nes acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos (Comes, Y., 2004; c.p.Solitario, R. Garbus, P, Stolkiner, A.)⁷.

Asimismo, no resulta suficiente plantear la desinstitucionalización en cuanto a las acciones llevadas a cabo a los fines de abolir los manicomios y los espacios de encierro, sino que el proceso de trascender los muros implica la ruptura con la lógica manicomial apuntando a un proceso desmanicomializador. Quedaría trunca la transformación en este sentido si la abolición de las instituciones implica la creación de espacios por fuera del manicomio que reproduzcan lógicas y dispositivos manicomializantes. La desmanicomialización como eje transversal en el proceso de transformación, se anuda y solo resulta posible desde la perspectiva de DD. HH., garantizando la ampliación de la ciudadanía, deconstruyendo sentidos desubjetivizantes, dejando atrás la lógica de *personas tuteladas* para ser *sujetos de derechos* ejerciendo la plena ciudadanía y garantía de los mismos.

3. El presupuesto de Salud Mental 2014⁸

El presupuesto asignado para el año 2014 al área de salud mental se mantiene dentro de la tendencia de los últimos años. Es decir, en un contexto de restricciones generales para el sector salud, los recursos asignados se encuentran por debajo de los estándares internacionales (10% del total salud) y de las necesidades propias de un proceso de transformaciones tan exigente y complejo como el que proponen las leyes provinciales y nacionales de salud mental.

7 SOLITARIO, Romina; GARBUS, Pamela y STOLKINER, Alicia. Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anu. investig. [online]. 2008, vol. 15 [citado 2014-12-29], pp. 0-0. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100025&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-1686.

8 El presente apartado ha sido elaborado por Iván Ase.

Las restricciones presupuestarias para el área derivan de una estructura de financiamiento del sector público de la salud que, de no modificarse sustancialmente, difícilmente esté en condiciones de satisfacer los requerimientos del área de salud mental provincial.

Así, desde hace casi veinte años, el presupuesto provincial destinado a la finalidad Salud ronda en torno al 10% del presupuesto total provincial. A través de reiteradas crisis o conflictos de distinta índole, a lo largo de estos años, ha quedado más que en evidencia la insuficiencia de los recursos destinados al sector salud. Insuficiencia que se agrava en los últimos cuatro años a partir del aumento significativo de la tasa de inflación anual y el estancamiento económico. En este contexto, el gobierno provincial ha sostenido la política de priorizar el pago de los salarios de los trabajadores del sector, pero a costa de postergar la asignación de recursos para insumos u obras de infraestructura⁹.

La ejecución presupuestaria del II trimestre de 2014 nos muestra dos claros ejemplos al respecto.

Cuadro 1: Ejecución Presupuestaria II trimestre 2014¹⁰

Rubro	Presupuestado \$	Devengado \$	%
General	45.301.539.000	22.215.443.966	49,04
Finalidad Salud	4.283.761.000	2.165.400.943	50,55
Ministerio de Salud	4.090.557.000	2.115.596.365	51,71

Los datos del cuadro 1 ponen en evidencia que en el presupuesto 2014 existe una diferencia de \$193.204.000 entre lo

9 El Ministerio de Salud viene destinando cada vez mayor proporción de sus recursos al pago de salarios. Al final del II trimestre de 2013 el Ministerio había destinado 72,20% de sus recursos a dicho rubro, mientras que a igual período de 2014 lo había hecho en un 76,14%.

10 Todos los cuadros se elaboran en base a la información suministrada por las ejecuciones presupuestarias producidas por el Ministerio de Finanzas del Gobierno de Córdoba.

asignado para la Finalidad Salud (incluye gastos del Ministerio del área, Ministerio de Justicia y Seguridad, Ministerio de Desarrollo Social y obras de infraestructura a cargo del Ministerio de Infraestructura y del Ministerio de Agua, Ambiente y Servicios Públicos) y lo exclusivamente asignado al Ministerio de Salud. Al analizar lo devengado al 30 de junio de 2014 esa diferencia se reduce a \$49.804.578. A mitad del año, lo devengado por fuera del Ministerio de Salud equivale solo al 25,78% de lo inicialmente presupuestado. Esto significaría que la inversión en infraestructura sanitaria estaría siendo fuertemente postergada.

Cuadro 2: Comparación interanual devengado (II trimestre 2013-2014)

Deven- gado II Trim.	2013	2014	Diferencia	Creci- miento Inte- ranual
General	15.665.152.769	22.215.443.966	6.550.291.197	41,81%
Finalidad Salud	1.647.996.545	2.165.400.943	517.404.398	31,40%
Minis- terio de Salud	1.597.916.484	2.115.596.365	517.679.881	32,40%

Además, en función de los datos expresados en el cuadro 2, es posible observar, también, que el crecimiento interanual de los recursos asignados a la salud se da a un ritmo sustancialmente menor que al que crece el gasto presupuestario total.

Finalmente, el ajuste que sufre el presupuesto destinado al sector salud se puede evidenciar de manera clara al analizar los recursos destinados al rubro Bienes de Consumo, en particular, Productos farmacéuticos y medicinales.

Cuadro 3: Comparación interanual Bienes de consumo (II trimestre 2013-2014)

Bienes de Consumo	2013	2014	Diferencia	Crecimiento Interanual
Presupuestado (\$)	407.805.000	495.785.000	87.980.000	21,57%
Devengado (\$)	234.283.082	219.418.973	-14.864.109	-6,34%

El cuadro 3 nos muestra que, no solamente la previsión presupuestaria interanual para el rubro bienes de consumo implica un incremento del 21,57% (muy por debajo de cualquier índice de inflación anual), sino que, en la ejecución presupuestaria al 30 de junio de 2014 del mismo se está produciendo un ajuste nominal del 6,34%.

Los cuadros 4 y 5 nos muestran que, si la comparación se realiza entre lo informado para los rubros Bienes de consumo y Productos farmacéuticos y medicinales en el I trimestre y en el II trimestre de 2014, es posible detectar un ajuste nominal a la baja en lo presupuestado.

Cuadro 4: Comparación entre trimestres 2014 Bienes de consumo

Bienes de consumo	I trimestre	II trimestre	Diferencia	%
Presupuestado (\$)	533.075.000	495.785.000	-37.290.000	-7,00

Cuadro 5: Comparación entre trimestres 2014 Productos farmacéuticos y medicinales

Productos farmacéuticos y medicinales	I trimestre	II trimestre	Diferencia	%
Presupuestado (\$)	514.775.000	479.180.000	-35.595.000	-6,9

El cuadro 6 nos muestra el ajuste nominal en la comparación interanual del rubro Productos farmacéuticos y medicinales.

Cuadro 6: Comparación interanual devengado 2013-2014 Productos farmacéuticos y medicinales

Productos farmacéuticos y medicinales	2013 (II trim)	2014 (II trim)	Diferencia	%
Devengado (\$)	224.208.777	207.356.221	-16.852.556	-7,52

Los cuadros precedentes nos permiten pensar que, según la información suministrada por el Ministerio de Finanzas de Córdoba, en la comparación interanual de la ejecución presupuestaria de los rubros Bienes de consumo y Productos farmacéuticos y medicinales no se registra la existencia de la inflación en nuestra economía.

En este contexto de restricciones presupuestarias es en el que debe analizarse la evolución anual del presupuesto destinado a salud mental. El presupuesto previsto para dicha área para 2014 tiene algunas características que merecen ser señaladas.

El Presupuesto 2014 de Salud Mental estipula un gasto de \$380.430.000, lo que equivale a un 8,86% del total para salud. Habiéndose cumplido los tres años de la sanción de la Ley 4898 de Salud Mental, y manteniéndose la provincia, como dijimos antes, lejos todavía de los estándares internacionales en la materia, no puede dejar de resaltarse el incremento de los recursos destinados al sector que venían oscilando en torno al 6% del total para salud. Este incremento se hace a partir de la creación en el Presupuesto 2014 de un nuevo subprograma: 461/10 Programa de Funcionamiento Integral de las Actividades Provinciales de Salud Mental, con un gasto autorizado de \$115.722.000 (dos veces el presupuesto del Hospital Santa María y casi tres veces el del Neuropsiquiátrico Provincial) y una planta de personal de 278 cargos,

sin el cual el gasto en salud mental se mantendría en 6,16% del total salud.

Una lectura cuidadosa del presupuesto permite verificar que este nuevo subprograma incluye los “nuevos” recursos asignados luego de la crisis del Hospital de Bell Ville durante el año 2013, pero también “viejos” recursos destinados al área, antes no imputados al Programa 461 Salud Mental en Hospitales Provinciales. Por ejemplo, la comparación de los presupuestos 2013 y 2014 del Hospital Ceballos de Bell Ville muestra que, para el 2014, tiene 87 cargos menos autorizados. Salvo que en este hospital estén por ocurrir despidos masivos, es razonable pensar que el área de salud mental del Hospital Ceballos ha sido incorporada al nuevo subprograma 461/10. Lo mismo sucede con el área de salud mental del Hospital Aurelio Crespo de Cruz del Eje. En definitiva, el presupuesto 2014 para salud mental mejora el nivel de transparencia de los recursos asignados a la misma (se incorporan recursos antes imputados a otros programas) pero implica un aumento real para el área mucho menor que el que en apariencia se muestra.

Estas hipótesis, construidas a la hora de analizar el presupuesto 2014 para salud mental, se corroboran al analizar el proceso de ejecución presupuestaria al 30 de junio de 2014.

La ejecución presupuestaria del II trimestre de 2014 muestra que el presupuesto de salud mental sufrió un recorte nominal sustancial. Pasó de \$380.430.000 a \$288.447.000, sufriendo una reducción nominal de \$91.983.000. Estos recursos pasaron a engrosar, a partir de este momento, el Programa presupuestario 458: Hospitales del Interior. Este tenía un presupuesto en el I trimestre del corriente año de \$1.102.538.000 pasando en el II trimestre a un presupuesto de \$1.197.471.000.

Es decir, los recursos que se sustrajeron del Programa presupuestario correspondiente a hospitales del interior, con el objetivo de engrosar el de Salud mental en hospitales provinciales, al momento de la elaboración del Presupuesto 2014, fueron devueltos al mismo en la ejecución presupuestaria del II trimestre de 2014.

Así, el presupuesto anual para el área quedó fijado al 30 de junio de 2014 en el 6,24% del total para salud en sintonía con la tendencia de los últimos años.

Finalmente, es probable que el Ministerio de Salud destine fondos al área de salud mental que están “invisibilizados” en otros programas presupuestarios. Con el Presupuesto 2014 se intentó iniciar un proceso que apuntaba a transparentar estos recursos, pero que las actuales autoridades ministeriales decidieron, por razones no explicitadas, dejar sin efecto. Sin embargo, más allá de la cifra exacta de recursos destinados al área de salud mental, lo que es evidente es que, con todos los recursos disponibles actualmente, visibles o no, el Ministerio de Salud no está en condiciones de realizar las importantes inversiones iniciales que requiere el proceso de implementación de las leyes provinciales y nacionales de salud mental en todo el territorio provincial.

4. Hacia una nueva institucionalidad en el campo de las políticas públicas de salud mental¹¹

A 4 años de la sanción de las leyes de salud mental y en virtud de los pocos avances alcanzados, es necesario identificar líneas estratégicas que permitan replantearse el cómo seguir. Para contar con una mejor política pública en salud mental, el accionar político de los actores que impulsan una reforma debe orientarse, tanto hacia los procesos sociales y políticos como a la transformación de su institucionalidad.

Al igual que en otras políticas públicas, en la política de salud mental posee especial relevancia la adscripción axiológica de su orientación que tiene particular intensidad. En este campo, la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud —Declaración de Caracas— (OMS/OPS 1990), los Principios para la Protección de

¹¹ El presente apartado ha sido elaborado por Jacinta Buriyovich.

los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (N.U. 1991), la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA 1999), los Principios Rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental en las Américas —Principios de Brasilia— (OMS/OPS 2005), la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (N.U. 2006) y el Consenso de Panamá (OMS/OPS 2010) y las nuevas leyes sancionadas en Argentina y en Córdoba en el 2010, instalan las ideas de desmanicomialización, de inclusión, de no estigmatización, de integración efectiva en las comunidades, de la priorización del entorno no institucional en la atención, entre otras. Este marco consagra un *deber ser* para las políticas de salud mental, cuya omisión constituye una transgresión a los acuerdos normativos internacionales y nacionales.

Históricamente, las políticas de salud mental han llevado adelante intervenciones que han tenido efectos contingentes, efímeros o de poco impacto y otras cuyas manifestaciones han perdurado. Entre estas últimas, las prestaciones en instituciones monovalentes y las prácticas manicomiales tienen una alta capacidad de autopreservación y regeneración.

Por lo anterior, para la transformación institucional se considera necesario en primer lugar, revisar el diseño previsto en la ley provincial 9848, porque este entramado condiciona la agenda en salud mental y sus respuestas estatales.

La ley provincial incorpora un consejo consultivo y un comité interministerial. Si se compara la institucionalidad de la ley nacional con la de la ley provincial se observa en primer lugar que, la local carece de un mecanismo de control básico que es el órgano de revisión y que tampoco cuenta con una unidad de letrados. Para el caso de la autoridad de aplicación que actualmente es la Dirección de Salud Mental, será necesario reforzar su capacidad resolutoria y su legitimidad político-técnica a los fines de ampliar su autoridad sectorial.

Interesa remarcar aquí que el énfasis puesto en las instituciones tiene que ver con la consideración de que las mismas pueden moldear comportamientos en la dirección deseada, desnaturalizar prácticas muy arraigadas con comprobados efectos iatrogénicos y redistribuir poder al interior de organismos donde las relaciones son profundamente asimétricas. Un cambio en la matriz institucional en clave de derechos que implique ampliar la participación de grupos que tradicionalmente han sido excluidos y restringir el margen de decisión de los que hasta ahora han concentrado las decisiones en este sector. Que esto efectivamente ocurra dependerá también de la manera en que los diferentes actores interactúen en ellas.

Coordinación interjurisdiccional Provincia-Municipios

La sanción de la ley provincial de salud mental fue un hito muy importante, pero se asienta en una matriz sanitaria estatal previa que es producto de la descentralización de la mayoría de los efectores de salud desde la provincia hacia los municipios. La casi totalidad de los efectores de salud del primer nivel son de jurisdicción municipal, lo cual hace que persistan en la provincia heterogeneidades en términos de accesibilidad a los servicios entre el conjunto de los municipios y comunas del interior. Esta institucionalidad afecta los márgenes de la acción gubernamental de la autoridad de aplicación definida en la ley y profundiza las desigualdades en términos de capacidades estatales de la gestión local. Para la atención a este problema, el proyecto inicial de la Mesa Permanente de Salud Mental y Derechos Humanos presentado en la legislatura de Córdoba en noviembre de 2009 proponía la creación de un fondo específico de financiamiento a los municipios que no fue incorporado en la redacción final de la ley. A partir del análisis de lo sucedido en los últimos años, se considera fundamental volver a insistir con esta propuesta. Este fondo que podría ser denominado ***Fondo para el fortalecimiento de la atención en salud mental a***

nivel local, tiene que estar destinado exclusivamente para la creación de dispositivos en salud mental según su grado de complejidad. Como ya se afirmaba en el Informe 2013, *“las problemáticas de salud mental no son prioritarias para estas jurisdicciones, por lo cual sin el traspaso de fondos específicos, es difícil poder pensar articular a diferentes niveles una estrategia de abordaje que no implique de manera exclusiva la internación hospitalaria monovalente”*.

La descentralización exige el desarrollo de políticas de coordinación y también intervenciones compensatorias entre las distintas regiones por parte de las autoridades centrales provinciales. Como consecuencia de esta, el Estado debe producir una política provincial de salud —salud mental, que evite la desarticulación y la fragmentación. También se debería inducir (y para esto la creación del Fondo específico es fundamental), la transformación de los modelos de gestión promoviendo la inclusión de los equipos de salud mental de manera integrada en el primer nivel de atención.

En relación a los diferentes niveles de gobierno, si bien la ley establece sus responsabilidades no está claro quién hace qué entre provincia y municipio. Esto coloca en el primer plano el reto de revisar las relaciones intergubernamentales y sus ámbitos de articulación. No hay un espacio de coordinación intermunicipal ni de articulación municipios-provincia. A esta complejidad en el vínculo provincia-municipio se suma, además, la muy desigual capacidad de gestión técnica y el margen fiscal de cada una de las jurisdicciones locales. Se remarca la ausencia de una política de fortalecimiento institucional en este campo centrado en mejorar la capacidad de intervención municipal.

Ampliación de la participación y empoderamiento de las organizaciones de usuarios y familiares

La ampliación de las funciones y la revisión de la conformación del consejo consultivo permitirán atender nudos críticos que has-

ta el momento no han sido incorporados como problemas. Este consejo debe ser permeable a los reclamos, pedidos y propuestas tanto de las organizaciones de usuarios y familiares como así también de los organismos de DD. HH. y de las organizaciones de la sociedad civil. Es necesario crear y fortalecer los mecanismos y canales públicos a los fines de promover la participación social y la veeduría ciudadana, especialmente la de aquellos sectores con dificultades históricas para acceder a los mismos. La existencia y representación efectiva de organizaciones de usuarios y familiares posibilitará la inclusión de opciones, preferencias, áreas prioritarias en el diseño e implementación de las políticas de salud mental. En torno a la participación y el empoderamiento, y para ser reconocidos como sujetos titulares de derechos, es importante que a través del Consejo consultivo se le otorgue la palabra de modo que ellos mismos puedan hacer conocer y salir en defensa de sus puntos de vista. Las decisiones que allí se tomen deben tener incidencia en la política pública de salud mental.

Coordinación intersectorial

El Comité Interministerial es el espacio gubernamental previsto para la coordinación de la política de salud mental. Este espacio debería funcionar como una mesa de diálogo, negociación y monitoreo de lo que ocurre en la cotidianeidad de las instituciones y avanzar en el abordaje multidimensional de los problemas del padecimiento mental. Este ha tenido un pobre desempeño en la función de ordenar a un conjunto amplio de agencias relacionadas con la intervención en el campo de la salud mental. Esta situación puede ser explicada porque su coordinación está a cargo de la autoridad de aplicación que carece de la posibilidad de ejercer un activo rol de articulador entre los diversos ministerios. Muchos de los más graves problemas sociales que implican una visión transversal de la salud mental (consumo problemático, violencia de género, medicalización de la niñez, por citar solo algunos) res-

ponden a múltiples causas y demandan la articulación y sinergia de las diversas áreas del Estado provincial. Intervenir de modo coordinado para generar respuestas integrales es un gran desafío porque las culturas de gestión actuales han consolidado la lógica de compartimentos estancos, muy lejos de la colaboración interorganizacional. El reto estratégico de la política de salud mental debe transitar hacia su integralidad. Para lograr estos objetivos, se deben poner en marcha, entre otros, programas de acompañamiento para la inclusión laboral, para el acceso a una vivienda, programas específicos de provisión de DNI.

Articulación estatal, privado y obras sociales

En materia de salud mental, avanzar hacia la cobertura universal para el conjunto de la población implica lograr una mejor articulación entre los componentes: estatal, de seguridad social y privado, así como la regulación de estos últimos sectores.

Garantía de protección

Otro déficit importante en la institucionalidad para la implementación de la ley de salud mental en Córdoba es la dificultad para, en el caso de las internaciones involuntarias, designar un abogado, o contar con uno designado por el Estado.

A partir de la sanción de la ley 26657 y en virtud de dar cumplimiento al artículo 22, el Ministerio Público de la Defensa crea la “Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657”:

que tiene por objetivo brindar el servicio de defensa técnica para personas mayores de edad, internadas en forma involuntaria por razones de salud mental, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Con la creación de la Unidad se apunta a garantizar a las personas el goce de sus derechos mientras dure la internación, así como la inmediatez en la cobertura del servicio mediante el con-

tacto rápido y directo con la situación, materializando el derecho a ser oído y el acceso a la justicia de estas personas en especial situación de vulnerabilidad.

Para ello, los abogados defensores podrán —respetando la voluntad y las preferencias de la persona, sin conflicto de intereses— oponerse a la internación o solicitar la externación, controlar las actuaciones e impulsar que las internaciones sean lo más breves posible.

Ante la comunicación —ya sea de parte de un juzgado, de una clínica u hospital, o de familiares y allegados— de que una persona mayor de edad ha sido internada sin su consentimiento en la Ciudad de Buenos Aires, por razones de salud mental y en los términos de la ley 26657, y no ha designado un abogado particular, la Unidad le proporciona un abogado defensor gratuito, para que la asista jurídicamente mientras dure el proceso de internación, controlando que este sea lo más breve posible, y haciendo valer sus derechos humanos, pudiendo requerir mejoras en las condiciones de internación o solicitar la externación en cualquier momento, siempre de acuerdo con su voluntad.

Desde que se recibe la notificación de la internación, el objetivo es lograr la primera visita lo más rápido posible, dentro de la primera semana de recibido el aviso. En todos los casos se supervisan las historias clínicas de los defendidos/as, se procura la comunicación personal con los equipos tratantes en la institución, se realizan visitas y entrevistas periódicas de seguimiento y se mantienen contactos con los familiares de las personas internadas.

En el caso de nuestra provincia, si bien el Tribunal Superior de Justicia dictó una Acordada a los fines de acercar el desempeño de los asesores letrados al cumplimiento de esta norma, la misma es insuficiente. Esto es así porque no son defensorías públicas especializadas en salud mental, con recursos humanos suficientes y capacitados. Al contar con pocos recursos, no pueden garantizar su presencia en las instituciones y no cuentan con la experticia ne-

cesaria para evaluar si la internación se ha realizado como medida terapéutica excepcional de mayor beneficio.

*Por el derecho a la salud mental: “Porque hay exclusiones, exigimos derechos”*¹²

Hace algunos años, se formuló la siguiente consigna “*entre los muros y el abandono, una red de dispositivos*”. La puesta en marcha de dicha red implica la concreta efectivización del derecho enunciado en las leyes. El problema de la falta de disponibilidad de estos efectores significa que no hay derecho. La prestación estatal representa su contenido esencial. En el caso de la asistencia sanitaria en salud mental, el derecho tiene lugar en todas y cada una de las veces que es ejecutado, la inexistencia de prestación estatal supone automáticamente la denegación del derecho. En nuestra provincia existe una retórica del derecho a la salud mental que no se corresponde con la disponibilidad de sus satisfactores.

El último 10 de octubre, Día Internacional de la Salud Mental, organizaciones, colectivos y movimientos sociales, así como ciudadanos en general, marcharon por las calles de Córdoba bajo la consigna “Porque hay exclusiones, exigimos derechos”. Se marchó celebrando ese día como una nueva oportunidad para seguir reivindicando la reciente sanción, tanto a nivel nacional como provincial, de las así llamadas Leyes de Salud Mental. Leyes que de manera formal amplían sustancialmente los derechos ciudadanos en este campo, colocan en la ilegalidad a las prácticas manicomiales y discriminatorias y promueven la creación de dispositivos de atención en salud mental de base territorial, comunitaria y participativa, accesibles a todos los ciudadanos y ciudadanas de nuestra provincia.

12 Parte de los párrafos siguientes están extraído del documento elaborado por las organizaciones sociales que convocaron a la Marcha por el Derecho a la salud mental realizada en Córdoba el 10 de octubre de 2014.

Sin embargo, también se marchó para dejar asentado en el espacio público la profunda preocupación por la lentitud y muy limitados avances con que estas leyes son implementadas en la provincia de Córdoba.

Pasados varios años de la sanción de las mismas, la garantía universal al derecho a la salud mental por parte del Estado sigue siendo una promesa para una gran mayoría de habitantes de nuestra provincia. Las escasas iniciativas llevadas adelante por nuestro Estado provincial no dejan de ser más que manifestaciones de buena voluntad al lado de los enormes desafíos que la transformación estructural ordenada por las leyes reclama.

La persistencia de prácticas discriminatorias y manicomiales, la excesiva judicialización de las problemáticas del campo, la psiquiatrización de la pobreza, la ausencia de dispositivos no manicomiales desplegados en la totalidad del territorio provincial, la inexistencia de mecanismos de control autónomos, la carencia de recursos y la vulneración de derechos, siguen siendo marcas de nuestro sistema de salud mental a pesar de los nuevos marcos normativos.

Sabemos que la sanción de las leyes de salud mental no puede ser considerada como un punto de llegada en la lucha por una política de salud mental más inclusiva. Pero también sabemos que son estas mismas leyes las que nos habilitan a denunciar los incumplimientos e ilegalidades en las que incurre el Estado provincial.

Es por todo esto que expresamos que como hay exclusiones, exigimos derechos... y como tenemos derechos, demandamos respuestas.

4. 1. La necesidad de creación de un Órgano de Revisión Local^{13, 14}:

El Órgano de Revisión Nacional se crea en el artículo 38 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657¹⁵. Aun cuando la Ley Provincial 9848¹⁶ de Salud Mental no prevé la creación de este mecanismo de protección de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, la Ley Nacional detalla entre sus funciones la de “promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones”¹⁷. Asimismo, en su Decreto Reglamentario 603 del año 2013 dispone que las funciones de los Órganos de Revisión Locales sean como mínimo las indicadas para el Órgano de Revisión nacional, en su ámbito¹⁸.

Desde el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, se sostiene que las denuncias realizadas en el capítulo de salud mental del informe 2013¹⁹ revelan la *ausencia de vías acordadas*

13 El presente apartado ha sido elaborado por Soledad Buhlman.

14 Este apartado se ha realizado tomando como fuente: Jornada de trabajo con la Lic. Macarena Sabin Paz, coordinadora del área de salud mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) e integrantes del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos. Córdoba, 30 de mayo de 2014; Proyecto de Ley-Adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental creación del Órgano de Revisión Local en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 21 de mayo de 2014; Propuesta de Constitución del Órganos de Revisión Mendoza, Pautas Mínimas para la conformación de los Órganos de Revisión Locales. Secretaría ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional. Buenos Aires, año 2014; Proyecto de Ley Mecanismo para la prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, Inhumanos o Degradantes de la Provincia de Córdoba. Córdoba, 2014; y con la colaboración de Yohana Sosa.

15 Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2011)

16 Argentina, Córdoba. Legislatura de la Provincia de Córdoba. (2011)

17 Artículo 40, inciso j).

18 Inciso j).

19 Capítulo III: La salud mental en Córdoba. Entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. En Mirar tras los Muros: Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba (2013). Córdoba, Argentina.

para canalizar reclamos que atiendan a situaciones de urgencia y gravedad institucional; violatorias no solo de la normativa vigente en el campo, sino también de los derechos más básicos del ser humano. Por esto, se plantea como una tarea perentoria la creación del Órgano de Revisión en la provincia de Córdoba, en tanto se considera que es la vía institucional adecuada para el control, monitoreo y evaluación de las prácticas en el campo de la salud mental.

El mecanismo local de prevención de la tortura y el Órgano de Revisión Local: complementación de funciones

El Órgano de Revisión es un órgano de control que debe monitorear, evaluar e intervenir con el fin de dotar a las instituciones y servicios de salud mental de una adecuada herramienta para la protección y garantía de los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de los usuarios de los servicios de salud mental. A partir de esto, es preciso que tanto sus pronunciamientos como actuaciones vayan en concordancia con los estándares internacionales de DD. HH., la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²⁰ y las disposiciones, que fueren más favorables, contenidas en los ordenamientos jurídicos nacionales y locales.

El ámbito de intervención del Órgano de Revisión Local debe comprender todo abordaje que por motivos de salud mental, sea efectuado en el territorio local. A tales efectos quedarían incluidos todos los servicios y establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su forma jurídica.

Para especificar los alcances de este Órgano, debe considerarse que las leyes 26.657 (art. 27) y 9.848 (art. 37) prohíben la apertura de nuevos manicomios. En relación a esto, la Ley Nacional de Salud Mental establece que las instituciones de internación monovalentes ya existentes deben sustituirse definitivamente por

20 Nueva York, EE. UU. ONU (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

dispositivos alternativos, especificando en su Decreto Reglamentario (603/13) que dicha sustitución deberá cumplir el plazo del año 2020.

En este sentido, el ORL tendría como uno de sus objetivos principales favorecer la externación e inclusión social de los usuarios de los servicios de salud mental y promover la creación de espacios enmarcados en la Ley. Es decir que su ámbito de actuación no se limita al control, monitoreo, evaluación e intervención dentro de las instituciones psiquiátricas de la provincia, ya que estas deben cerrarse definitivamente en el plazo especificado.

Por su parte, la Ley 26827²¹ que sanciona la creación del *Sistema Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes*, y su Reglamentación a partir del Decreto 465/2014, tiene por objetivo monitorear y prevenir la tortura en los contextos de encierro. En su artículo 32 establece que las provincias deben crear sus propios Mecanismos Locales de Prevención de la Tortura para controlar que se garanticen todos los derechos reconocidos tendientes a la prevención y prohibición de la tortura.

Este Mecanismo Provincial se complementarían con las funciones que le corresponden al ORL ya que asegura una vía de monitoreo y control en las instituciones monovalentes, mientras que el proceso de sustitución establecido por la ley se haga efectivo en nuestro país. Dentro de sus funciones le correspondería realizar visitas periódicas o de emergencia con acceso irrestricto a todo espacio edilicio de los lugares de encierro, publicar periódicamente informes en los cuales se releven las condiciones en que se encuentran las personas de dichas instituciones y efectuar evaluaciones de las necesidades y medidas destinadas a fortalecer la protección de las personas que allí se atienden, entre otras.

21 Argentina, Buenos Aires. Senado y Cámara de Diputados de la Nación reunidos en Congreso (2012).

A partir de lo explicitado, desde el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos se considera necesario la creación de ambos mecanismos, comprendiendo que a través de su complementación de funciones se estarían habilitando las vías institucionales necesarias para que se cumpla acabadamente con la ley nacional y provincial de salud mental, situando como premisa ineludible la protección de los DD. HH. de todas las personas usuarias de los servicios de salud mental de nuestra provincia.

Aspectos normativos

La regulación normativa es un aspecto ineludible para la creación del Órgano de Revisión Local. En Córdoba, contamos con la sanción de la Ley provincial 9848 de Salud Mental y aunque no prevé la creación de este mecanismo de protección de los DD. HH. de las personas usuarias de los servicios de salud mental, es imperioso promover una legislación que propicie la creación y delimitación del Órgano de Revisión Local dentro del esquema jurídico que tiene nuestra provincia.

Ámbito de funcionamiento

El Órgano de Revisión deberá establecer líneas de acción tendientes a alcanzar la mayor autonomía posible en su funcionamiento y tener en cuenta, en su implementación, que las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, así como los lineamientos adoptados en su seno, se orienten siempre al cumplimiento de los principios de la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

Para promover la conformación del Órgano de Revisión Local es inevitable atender a las características, organización admi-

nistrativa e idiosincrasia regional. En este sentido, el decreto N° 603/13²² establece que los ORL podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción. Por lo tanto, con el fin de otorgar la mayor previsión y legitimidad a las decisiones adoptadas por dicho órgano, sería preciso evaluar la posibilidad de permanencia en el tiempo de la institución en cuyo ámbito se cree.

Dentro de su ámbito de funcionamiento, se debe propiciar y garantizar la mayor autonomía posible certificando la neutralidad, independencia, objetividad, cooperación, coordinación y transparencia. Es decir que el ORL no debe recibir influencias políticas, ministeriales o de los servicios y dispositivos que serán objeto de su supervisión.

Constitución del ORL

Entendemos también que la constitución de este órgano, debe ser democrática. Es primordial que en la designación de los miembros y diseño propuesto se tenga en consideración el carácter intersectorial, la posibilidad de incorporar los equipos existentes en cada uno de esos ámbitos y el principio de interdisciplina establecido en el art. 13 de la ley 26657 y en el art. 40 de la ley 9848.

Para alcanzar este objetivo, será preciso convocar a diferentes actores de la sociedad civil, organizaciones sociales, representantes de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud, representantes de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud, representantes de organizaciones no gubernamentales y de los organismos de derechos humanos, entre otros.

En este sentido, cabe señalar que además de designar a los miembros del ORL, sería también conveniente construir mecanismos específicos para remover del cargo a aquellos miembros que no cumplan o que se manifiesten públicamente en contra de

22 En su artículo 40 inc. j).

las Leyes de Salud Mental vigentes, que realicen agravios o que lo hayan hecho previamente.

Funciones y facultades del Órgano de Revisión Local

Puntualizamos que el Órgano de Revisión Local debe poseer idénticas funciones que su par Nacional, sin perjuicio de que a futuro pueda dictarse para sí otras funciones mediante la confección de su reglamento interno.

A partir de esto, advertido de los problemas existentes en nuestra provincia, sería tarea del ORL especificar cuáles serán sus funciones amplias, dictar su reglamento interno, contar con un protocolo de funcionamiento donde se establezcan los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención y promover la elaboración de protocolos de actuación específicos para abordar las diferentes situaciones problemáticas en el campo (protocolo de investigación de muertes, malos tratos, torturas, abandono y un protocolo de acción judicial).

En este sentido, le correspondería al Órgano de Revisión Local definir sus dos funciones: *de monitoreo* (de emergencia o planificado) y política.

La *función de monitoreo planificada*, debería discutirse y elaborarse a través de la estructura plenaria que se convoque con una periodicidad mínima con el objetivo de tomar todas las decisiones que le competen a dicho órgano. El fin de la planificación es seleccionar las instituciones o servicios que el equipo ejecutivo deberá visitar en un periodo de tiempo determinado. Para esto, el Órgano de Revisión tendría que organizar un registro actualizado de instituciones que brindan servicios de salud mental y a tales efectos, requerir con carácter de obligatoriedad que las mismas se inscriban y brinden la información que fuera necesaria para conformarlo.

Se considera a la *función de monitoreo como emergente* cuando se constituye en función de la urgencia, es decir cuando particulares, organismos, etc., denuncian de manera formal casos especí-

ficos sobre situaciones graves de incumplimiento del marco legal vigente en Salud Mental. En estos casos, a pedido de alguno de sus miembros y cuando la cuestión urgente así lo requiera, el ORL podría organizarse en asamblea extraordinaria para diseñar los planes de acción pertinentes.

La *planificación de actuación* del ORL debe ser estratégica abarcando toda la agenda, la agenda amplia y la agenda emergente (construida en función de la urgencia), pudiendo realizar todo acto que sea necesario para su mejor funcionamiento de acuerdo a sus fines y objetivos.

En cuanto a su *función política*, el ORL tendría que ser un articulador, es decir quien debe señalar las situaciones de incumplimiento y/o sugerir sistemas de inclusión social a los funcionarios o al ámbito judicial. A través del monitoreo permanente de políticas públicas y creando instrumentos de evaluación para tal fin, es necesario que dicho órgano haga tracción para alcanzar la plena implementación de las Leyes de Salud Mental vigentes.

Por último, señalamos que al ORL le corresponderían las siguientes *facultades*:

- Acceso irrestricto a cualquier establecimiento comprendido en las leyes 26657 y 9848 de SM, a sus instalaciones, documentación y personas usuarias con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada, sin necesidad de aviso o autorización previa, incluso en días y horas inhábiles pudiendo concurrir con peritos, especialistas en la materia, asesores o con quien estime del caso, estando habilitados para registrar la inspección o visita por los medios y con los soportes tecnológicos que estime pertinentes;
- Fijar los plazos para la remisión de informes y antecedentes y para la realización de diligencias;
- Realizar estudios, pericias y la producción de toda otra medida probatoria cuando lo considere necesario para el mejor cumplimiento de sus funciones;

- Promover acciones judiciales y administrativas, así como solicitar la intervención de otros organismos de protección de derechos con el objeto de asegurar el cumplimiento de sus funciones y fines;
- Requerir el auxilio de la fuerza pública para el desempeño de su labor de investigación;
- Asistir a las comisiones y juntas de la Legislatura, en las cuestiones relativas a su incumbencia;
- Celebrar convenios de capacitación y cooperación; entre otras.

5. Problemáticas emergentes

5. 1. *Salud Mental y consumos problemáticos: de la “guerra contra las drogas”, a la promoción de salud en las comunidades*²³

1. *Introducción*

Las drogas aparecen como problemática social creciente en los medios masivos de comunicación. También se mencionan como una de las principales preocupaciones en muchas instituciones educativas, de salud y organizaciones sociales y comunitarias. A pesar de ello, la mayoría de las intervenciones destinadas a abordar los consumos problemáticos de drogas han sido insuficientes o inadecuadas, tanto en Argentina como en otros países de la región. Los resultados de las propuestas realizadas en este sentido han sido magros a pesar de los esfuerzos (gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y otros grupos) y de los recursos invertidos en ellas (Hopenhayn, 2002; Romaní, 2008; Informe del Comité Científico Asesor, 2009; Menéndez, 2012).

Según Kornblit A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F. (2012) podría considerarse que algunos de los aspectos más relevantes

²³ El presente apartado ha sido elaborado por Paola Blanes y Marina Chena.

que pueden haber influido en la escasez de resultados positivos²⁴ son que gran parte de los abordajes continúan sosteniendo la idea de que el consumo de drogas podría ser eliminado, en lugar de aceptar que las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos, y/o mantienen una falsa dicotomía entre drogas “ilícitas” y “legales”. A su vez, muchas de ellas basan sus respuestas solamente en la asistencia a los usuarios en lugar de invertir esfuerzos en las causas de la adopción de las prácticas de consumo problemático; aíslan el consumo de drogas de otras problemáticas sociales; dejan de lado la participación de los usuarios y/o los estigmatizan; han trabajado más en la identificación de los factores de riesgo que conducen al consumo problemático que de los factores protectores en relación con éste.

Lejos de abordar las determinaciones sociales, culturales y económicas que favorecen consumos problemáticos, muchos de estos abordajes contribuyen o se nutren de la llamada “guerra contra las drogas”, confundiendo indiscriminadamente narcotráfico con consumo, consumo con delincuencia, delincuencia con violencias crecientes. Se criminaliza así a ciertos sectores sociales, y se extiende el problema a la sociedad en general solo a través de las que se entienden como sus consecuencias, el delito y la violencia.

En los últimos años, numerosas organizaciones sociales vienen señalando la necesidad de leer esta problemática desde una perspectiva de derechos humanos (DD. HH.). Ejemplo de esto es que en 2014 el CELS, junto con organizaciones del continente americano, solicitó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que inste a los estados nacionales a terminar con la violencia de la “guerra contra las drogas” y a revisar desde una perspectiva de DD. HH. a las dañinas e ineficaces políticas de

24 Para quienes quieran ampliar estos aspectos consultar en Kornblit A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F. (2012). “Cultura y subjetividades: un enfoque alternativo al de conductas de riesgo. Implicancias para intervenciones comunitarias”. En *II Congreso Internacional: Adicciones: un enfoque socio-sanitario*. Ciudad de Salta: Secretaría de Salud Mental y Abordaje Integral de las Adicciones, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Salta.

combate al narcotráfico implementadas en los últimos cincuenta años. *“La invocación a la lucha contra el narcotráfico está justificando políticas de mano dura, y provocando una espiral de violencia que no se detiene. El crescendo incesante que existe en la utilización de las fuerzas de seguridad, las fuerzas armadas, patrullajes terrestres y marítimos, el uso de helicópteros, radares, armamentos más y más sofisticados no ha sido eficaz en el objetivo que estas políticas se fijan, la reducción de la oferta de sustancias prohibidas”*, sostuvo Luciana Pol, coordinadora de Políticas de seguridad y violencia institucional del CELS.

Por su parte, en el Informe *Mirar Tras los muros. La situación de los derechos humanos de las personas privadas de la libertad en Córdoba* del año 2013, se señalan dos cuestiones importantes que vale la pena considerar aquí desde el principio. Por una parte, la permanente y estigmatizante “demonización” de la juventud de sectores populares como portadora de atributos negativos de peligrosidad. Se continúa así, asimilando a los jóvenes, mayoritariamente varones y de los barrios más precarizados de la ciudad, con la peligrosidad, la violencia, la enfermedad, la adicción. Por extensión, son estos jóvenes los que encarnan la idea de lo “indecible, incorregible, incurable, inservible” de nuestras sociedades. Los jóvenes de los sectores más vulnerabilizados se construyen así como estereotipo del cliente del sistema penal, de la mano con una creciente construcción social del miedo al delito y de la inseguridad como percepción frente al delito (Segovia, Valle y otras, 2013).

Por otra parte, y ligado a lo anterior, se señala una creciente judicialización del consumo de drogas. Lejos de ser considerado un problema de salud colectiva, los consumos y en particular, los consumos problemáticos de drogas ilegales, siguen estando en la órbita del derecho penal, y no como un problema principalmente socio-sanitario.

Más allá de los corrimientos discursivos y posicionamientos que se proponen alejarse del discurso jurídico sobre las drogas, los

abordajes de las situaciones de consumos problemáticos de los jóvenes pobres continúa siendo mayoritariamente represivo-punitivo, sin contemplar a su vez, las nuevas normativas, incluidas la Ley Nacional 26657 de Salud Mental, la cual en su Artículo 4 establece 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 establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*.

En este contexto, reconocemos también los esfuerzos de numerosos actores, de llevar adelante iniciativas que se construyen a distancia de estos enfoques represivos punitivos. Nos proponemos aquí compartir algunos ejes claves en la construcción de abordajes comunitarios, surgidos a partir de un trabajo de relevamiento de respuestas socio-comunitarias al consumo problemático de drogas en la provincia de Córdoba²⁵, pensando a su vez, en los desafíos pendientes para la generación de condiciones que permitan avanzar en la implementación de políticas públicas sobre la problemática cada vez más eficaces y fundamentalmente respetuosas de los derechos humanos.

2- Avances y experiencias de abordaje en la provincia de Córdoba

Es necesario reconocer los avances en la formulación de políticas públicas en las que se da cuenta de un intento por reubicar el discurso sobre las drogas en el campo de las políticas sanitarias. Es así que en 2014 desde la Sedronar, organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las adicciones, se retomó públicamente el debate acerca de la necesidad de no

25 El proyecto, denominado “Relevamiento y análisis de las respuestas socio-comunitarias al consumo problemático de drogas en tres distritos del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Partidos del Gran Buenos Aires y Provincia de Córdoba”, se llevó a cabo entre mayo de 2013 y mayo de 2014, en el marco del Programa Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, y fue coordinado por Analía Kornblit, del IGG-UBA. Se realizaron entrevistas a referentes de 14 experiencias de la ciudad y la provincia de Córdoba, y luego un taller donde se debatieron los análisis realizados.

criminalizar el consumo de drogas. A su vez, se aprobó por ley (N° 26.934) el Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos (IACOP)²⁶, que constituye los lineamientos políticos y sanitarios en materia de drogas a nivel nacional y se plantea entre sus objetivos:

- Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado.
- Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático.
- Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.

Para alcanzar estos objetivos se prevé la creación de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, donde se *“promuevan instancias de desarrollo personal y comunitario”*. Forma parte de los lineamientos específicos del plan el énfasis puesto en la dimensión comunitaria, tanto en lo referido a difusión de información, como en la articulación con instituciones del territorio, a fin de realizar un abordaje en red.

Entendemos que estos avances legislativos o en la formulación de políticas públicas, no necesariamente indican o implican un avance en las situaciones que pretenden abordar y en las condiciones de vida de las personas cuyos derechos se proponen promover y proteger. Menos aún en provincias como Córdoba, que presentan profundos y persistentes déficits en las políticas de salud.

En nuestro trabajo de indagación sobre experiencias comunitarias de abordaje de los consumos problemáticos, nos encontramos en un primer mapeo con un escenario que responde a la categorización con la que comenzamos esta comunicación: mayor desarrollo de propuestas asistenciales, ya sea por parte del Estado o de organizaciones sociales, al mismo tiempo que un escaso desarrollo de respuestas específicas sobre el tema por parte de los

26 “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos”. Ley 26.934, sancionada el 30 de abril de 2014, y promulgada de hecho el 28 de mayo de 2014.

equipos de salud dedicados a la APS, principalmente en la ciudad de Córdoba.²⁷

Esta situación fue corroborada luego por las experiencias exploradas y sus referentes, quienes a su vez hacen hincapié en la dispersión o no articulación de los esfuerzos realizados para la prevención y la promoción de derechos, el aislamiento de las experiencias y su alcance limitado (experiencias puntuales, que no llegan a toda la población). De la misma manera, se insiste en la escasa difusión y la falta de información acerca de los recursos estatales con los que se cuenta para abordar la problemática y/o en la saturación o no accesibilidad de instituciones específicas sobre el tema. En todos los casos, la caracterización pone en tensión una escasa/inadecuada respuesta hacia el tema del consumo problemático de drogas, con la omnipresencia de la problemática en el discurso de las comunidades, las instituciones, los agentes públicos y los medios de comunicación.

Existe un consenso en reconocer que las drogas aparecen como algo de lo que todos hablan y que preocupa a todos, pero que sigue estando a nivel del tabú. Sigue generando miedo, sigue asociada con la muerte, con un camino sin retorno, como algo que estigmatiza a quien “porta” el problema. Esto opera socialmente, por lo cual se reconoce que es preciso deconstruirlo al proponer una estrategia de trabajo.

Podría asumirse como materia pendiente, en virtud de las realidades observadas, la necesidad de articulación de las respuestas socio-sanitarias a nivel intersectorial, facilitar la accesibilidad a los recursos específicos existentes, tanto para los usuarios como para los agentes que se encuentran en el primer nivel de atención y el fortalecimiento de los abordajes comunitarios tanto a nivel específico como inespecífico.

27 El mapeo se desarrolló a través de la consulta de diversas fuentes, y de entrevistas a referentes sobre la problemática. Más allá de que no fue, ni pretendió ser exhaustivo, nos permitió tener un panorama general de los recursos locales que abordan la problemática.

3- Hacia la construcción de abordajes comunitarios

Los análisis sobre los efectos nocivos de los enfoques represivo-punitivos, y las miradas estigmatizantes sobre los consumos problemáticos, nos llevaron a identificar elementos clave a la hora de construir abordajes comunitarios.

a) Necesidad de partir de algún diagnóstico o actualización diagnóstica

En un fenómeno complejo, dinámico y construido social, económica y culturalmente, significado y resignificado de manera permanente por los sujetos y los grupos sociales, el diagnóstico/lectura de la realidad aparece como condición para acceder a las particularidades que asume en cada contexto. El diagnóstico permitiría ampliar la mirada, identificar actores, al mismo tiempo que involucrar a la comunidad y construir condiciones para la participación de la misma en la búsqueda de soluciones. Supondría, a su vez, el comienzo de la resignificación del problema, reconociendo la multiplicidad de dimensiones que lo cruzan y apostando a la construcción de una mirada más o menos común sobre la cual realizar acuerdos y sostener la intervención. Supone la necesidad de revisar las propias concepciones y formas de hacer, para construir en conjunto nuevas alternativas. Esto se transforma en un desafío, ya que las condiciones de trabajo de muchas organizaciones e instituciones no son facilitadoras de estas posibilidades.

b) Importancia del trabajo en redes y las articulaciones interinstitucionales

Resulta fundamental complementar el trabajo de diversos actores, en diferentes niveles y con diferentes anclajes, siendo el pensar y el hacer con otros tanto potenciador como necesario. Aquí se pone en relieve también la importancia de difundir, vincular y articular lo que hace el Estado en sus diferentes niveles: municipio, provincia, nación y las organizaciones sociales y comunitarias. Muchas veces estos recursos no se conocen o están inconexos, y

es necesario darlos a conocer. La integración de los espacios y las diferentes experiencias y acciones presentes en un territorio es la clave en la intervención comunitaria. Visibilizar lo que hay, lo que se viene haciendo es un primer paso para reconocer qué es lo que no hay y hace falta, para poder avanzar en su creación.

c) Importancia de promover la participación

Cuando se señala la importancia de promover la participación se hace referencia a la posibilidad de una participación efectiva (Sirvent, 1998)²⁸ de las personas tanto en la instancia de definición del problema como en la de la propuesta de acción en todas sus etapas, esto es diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este compromiso real de la comunidad en las acciones, es lo que vuelve comunitaria una intervención. Aquí se pone en relieve también la importancia de no focalizar en un grupo o sector como portador del problema o de los recursos para la acción, sino de incluir una diversidad de miradas y de perspectivas. Esto supone darle lugar a una diversidad de posturas que a veces entran en tensión.

Creemos importante repensar la participación, problematizarla, en orden a promover procesos que no reproduzcan “*la ilusión de participación*” que contribuye a invisibilizar modos colectivos de construcción de decisiones, acciones y proyectos. Problematizarla para evitar sustituir la voz y la acción de los otros, o entenderla solo desde una lógica de representación delegativa, distanciada de las experiencias de los sujetos involucrados. “*La*

28 “*La participación real no “brotó” por generación espontánea de la población, ni de los docentes. La participación real no es tampoco una concesión de “la autoridad” que la “otorga” o “la retira”; es una necesidad y un derecho que se aprende y se conquista. La participación real supone un proceso de aprendizaje. Un proceso de ruptura de prácticas sociales “aprendidas” que obstaculizan la participación, como la cooptación, el clientelismo o el matonismo. Un proceso de aprendizaje y de construcción colectiva de nuevas formas de organización social.*” (1998: 20). Maria Teresa Sirvent (1998). “Poder, participación y múltiples pobreza: la formación del ciudadano en un contexto de neoconservadurismo, políticas de ajuste y pobreza”. Disponible en <http://blogs.flacso.org.ar/profesorados/files/2014/02/sirvent-participacion.doc>.

participación real, en este sentido, pone en situación a los sujetos comunitarios, se ancla en su cotidianeidad, sustentada en un sentido de pertenecer a un espacio determinado a ejercer su poder para realizar transformaciones, con reflexión de sus realidades y con efectos tanto individuales como colectivas” (Plaza, Barrault, Díaz; 2011: 5)²⁹.

d) Prevención inespecífica, promoción de la salud, promoción de derechos

Las intervenciones preventivas, alejadas de ideas tradicionales como “llegar antes” o “luchar contra”, podrían consistir en respuestas integrales, multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias a problemas socio-comunitarios más que acciones focalizadas sobre un problema específico. En este sentido, la generación de espacios de encuentro, de expresión, de recreación, de reconocimiento y apropiación de derechos son estrategias mencionadas por muchas de las experiencias comunitarias relevadas en Córdoba. También se reconoce la importancia de generar instancias donde poder decir y ser escuchado/a, como estrategias de promoción y prevención inespecífica. La prevención entendida como promoción de salud y de derechos, alienta la construcción de alternativas y protagonismo de los sujetos. Se destaca también la necesidad de construir saberes compartidos acerca del tema, procurando evitar la transmisión vertical y unilineal de un discurso de expertos, que desoye lo que los conjuntos sociales dicen acerca de las realidades que habitan.

e) Disposiciones para el trabajo socio-comunitario

Se sabe que ciertas estrategias preventivas, no resultan eficaces ya que se distancian tanto de la experiencia, sentidos y prácticas de los colectivos a los cuales se dirigen, que resulta difícil identificarse con sus enunciados y recomendaciones. La prevención por el

²⁹ Plaza, Silvia; Barrault, Omar; Díaz, Inés (2011). “Reflexiones sobre el término comunidad en tensión con la participación desde la Psicología Comunitaria”. III Congreso de Psicología. Facultad de Psicología. UNC. Noviembre 2011.

miedo es un ejemplo de esto. En otros casos, la estigmatización que acompaña los paradigmas biomédico y jurídico en materia de drogas, que construyen la imagen del usuario como un sujeto enfermo y delincuente, constituyen una barrera en la accesibilidad a los dispositivos preventivos y asistenciales.

Las experiencias comunitarias relevadas en Córdoba plantean el papel central que ocupa en las intervenciones la disposición “subjetivante” de los equipos y los/as profesionales que trabajan en torno a la problemática. Mencionan como necesaria cierta disposición a la escucha atenta y cierta capacidad para “ponerse en el lugar del otro/a”, poder comprender la manera en la que la otra persona o grupo llega a construir su propia idea sobre el problema. Esto implica atender a la singularidad, al tiempo que involucrarse en pie de igualdad en los procesos con otro/as. La formación de los equipos profesionales junto con condiciones de trabajo propicias para poder hacerlo, son reconocidas como fundamentales para esto. Capacidad de acompañar procesos de manera flexible, capacidad para revisar las propias concepciones, para “ponerle el cuerpo” al encuentro con los otros, para estar atentos a las fisuras que se presenten y habilitar su despliegue, son algunas de las cuestiones que se reconocen comunitarios.

f)) Integralidad

El proceso de construcción de estrategias preventivas y de promoción de derechos, desde una mirada integral, supone una ruptura con concepciones dualistas provenientes del modelo biomédico —salud/enfermedad, cuerpo/mente, individual/colectivo—, buscando definir la salud como un campo problemático, abriendo sus sentidos a un permanente proceso histórico-político-social de crítica, disputa y diálogo entre diversos discursos y prácticas provenientes de múltiples instituciones, organizaciones, saberes, poderes, experiencias y situaciones individuales y colectivas.³⁰ La integralidad, contribuye a la deconstrucción crítica de

30 Para un mayor desarrollo de esta temática se sugiere la lectura de Pinheiro, R. y Mattos. R. A. (2006). Cuidado e Integralidade: Vida, Conhecimento, Saúde

las posiciones hegemónicas que han propuesto discursos y prácticas en prevención, basadas en la asimetría de saber-poder entre los técnicos-especialistas y los destinatarios de sus intervenciones. Se vuelve necesario pasar de aquella concepción de la comunidad como *objeto* de la prevención a un lugar de *sujeto* de prevención, desde el cual promover la autonomía.

Esta posición representa también la oportunidad de operar un deslizamiento desde posiciones dicotómicas a la idea de procesualidad. Ya mencionamos la heterogeneidad de fenómenos que se presentan en relación a los usos de drogas, la pluralidad de sentidos que se le otorgan, la multiplicidad de estrategias de prevención/promoción posibles, la diversidad de enfoques y métodos, entre otros aspectos que hacen a la complejidad del campo problemático.

4- ¿Qué condiciones, para qué abordajes?

Como mencionamos previamente, entendemos que los avances legislativos o en la formulación de políticas públicas, no necesariamente indican o implican un avance en las situaciones que pretenden abordar y en las condiciones de vida de las personas cuyos derechos se proponen promover y proteger. Garantizar las condiciones básicas para que puedan desarrollarse iniciativas respetuosas de los DD. HH. resulta indispensable para que puedan llevarse a cabo. Consideramos este como el mayor desafío para pensar en la posibilidad de una efectiva implementación de políticas públicas eficaces.

De las experiencias relevadas surgen diferentes obstáculos que construyen un escenario en el que, de no revertirse, resulta difícil pensar en la aplicación de las nuevas leyes de salud mental, o iniciativas vinculadas, como es la propuesta de la IACOP. Algunos de estos obstáculos y/o **condiciones para fortalecer el desarrollo de abordajes comunitarios** son:

e Educação. Em R. Pinheiro e R. A. Mattos (org.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO.

Necesidad de contar con **presupuesto adecuado, continuo y creciente** para la construcción de estrategias de trabajo que puedan ir más allá de la “urgencia” y desarrollar intervenciones de mediano plazo que se incluyan en los procesos comunitarios, y eviten la discontinuidad en el tiempo de las acciones.

Necesidad de **articular acciones e iniciativas** que se desarrollan en los territorios de manera dispersa, visibilizando los recursos estatales que muchas veces no resultan accesibles, dado que no se sabe cuáles son ni qué tipo de respuestas ofrecen.

Adeuar **el perfil de los/as profesionales que trabajan en el ámbito comunitario y las condiciones de trabajo de los/as mismos/as**: lo antes mencionado sobre las disposiciones para el trabajo comunitario, se relaciona con un perfil profesional construido en la formación universitaria en la que persiste la tendencia a privilegiar la teoría sobre la práctica en el ámbito académico. La falta de vinculación con los contextos comunitarios y con la intervención durante la formación, puede representar un obstáculo en la lectura de las problemáticas complejas que se presentan en las comunidades y a partir de ello, en la planificación de estrategias eficaces.

Considerar las **afectaciones** que se producen en el cuerpo, **en la subjetividad de los/as trabajadores** en la intervención en contextos de alta conflictividad social. La intervención en realidades conflictivas generan sentimientos de “desgaste” y “desolación”, relacionadas con el trabajo en equipos o instituciones con déficits severos en recursos materiales y humanos, en sectores que han sido olvidados por el Estado, con un alto nivel de desarticulación institucional. Al mismo tiempo, para algunos/as profesionales, se suman condiciones de trabajo precarizado en otro sentido: contratos precarios, las irregularidades en los pagos, ausencia de cobertura social (obra social y A.R.T.). Esto contribuye también a cierta invisibilización del trabajo comunitario profesionalizado siendo asociado muchas veces a una actitud “voluntarista”. Tampoco se cuenta con espacios de análisis crítico donde se puedan abordar

estas sensaciones y preocupaciones de los/as trabajadores/as, lo cual repercute a su vez en la calidad del trabajo que realizan.

Necesidad de **demandar por un mayor reconocimiento del trabajo comunitario, de su aporte y su especificidad**. Esto por parte de las organizaciones e instituciones donde se trabaja, las propias comunidades y fundamentalmente por parte de otros profesionales y actores presentes en los territorios. Ligado a esto, resulta importante repensar el valor que se le da al trabajo comunitario, a los alcances y límites del mismo. Reflexionar sobre la sensación de omnipotencia que a veces se despliega en el proceso de trabajo y su contraparte, la sensación de fracaso al no lograr los objetivos o el impacto imaginado.

Incidencia de los discursos fuertemente instalados sobre las drogas, promovidos desde las políticas de Seguridad de la provincia y replicados por los medios de comunicación. El deslizamiento de sentido entre el consumo, la venta, los jóvenes, la pobreza, la inseguridad, promueve miradas estigmatizantes sobre ciertas poblaciones, contribuye a la construcción social del miedo y abona la idea de que no contamos con muchos recursos para abordar el tema nosotros mismos. La construcción de la problemática de la droga como “espectáculo” genera miedo y rechazo, contribuyendo a que se instale la demanda de intervención frente a una “situación límite” y se exija una solución rápida, que “extirpe” el problema. Estos discursos instalados entran en tensión con la idea de procesos participativos que contribuyan a un abordaje más integral y multidimensional, y la apropiación por parte de las comunidades del problema. Resignificar esas concepciones es, entonces, condición de posibilidad del hacer.

La relación con el narcotráfico, destacándose la influencia del microtráfico en la economía barrial ya que constituye, en algunos casos, una fuente de ingresos para las familias o se utiliza como unidad de intercambio por bienes valiosos para lo/as jóvenes como ropa, zapatillas, etc. Esto vuelve más difíciles las condiciones de trabajo, especialmente cuando se aborda de modo específi-

co la problemática, generando incertidumbre en los trabajadores respecto de cómo incluir esta situación en el proceso, cuál es el rol que deberían asumir como técnicos, etc. En relación a la oferta de drogas, aparece la policía como uno de los actores con mayor presencia en los barrios, paralelamente a la falta de otros actores con los que poder trabajar en las fracturas que produce el tema en los territorios. Este es un aspecto importante, considerando que la policía es casi a lo único a lo que muchas veces los vecinos/as apelan ante la problemática. Situación paradójica, ya que es el mismo actor que impone prácticas estigmatizadoras y que ponen en riesgo a la población amparados en el Código de faltas provincial. En este punto es importante señalar que las acciones en el campo comunitario deberían plantearse como intervenciones sobre la demanda de drogas, quedando el abordaje de la oferta por fuera de las estrategias concretas de intervención, pero formando parte de la lectura de la realidad que las sustentan.

En síntesis y a partir de la experiencia realizada sostenemos la necesidad de reorientar las acciones tanto asistenciales como preventivas en materia de usos problemáticos de drogas, hacia la esfera estrictamente socio-sanitaria, deconstruyendo estereotipos criminalizadores y estigmatizantes, fundamentalmente adjudicados a los jóvenes. Es preciso reconocer que tanto los usuarios de drogas como los no consumidores son sujetos de derechos, que deben poder acceder al sistema de salud desde un abordaje respetuoso de esos derechos. La transformación de la realidad que atañe a la problemática de las drogas y sus consumos, requiere de la plena participación de las comunidades, fortaleciendo y multiplicando las respuestas que ellas mismas produzcan.

5.2. La problemática de la Salud Mental en la cárcel. Apuntes para su discusión³¹

Fragmentos de un relato testigo:

Varón, 34 años, Montecristo.

Acá adentro que alguien te haga una cruz, y después te dicen, andá a pedir algo... sí... Les dije: “no se van a ofender con lo que les voy a responder” No, me dijeron (Estaban haciendo una evaluación un informe). Les dije: “sinceramente en todo este tiempo no me hicieron nada a mí. Yo supe tener una psicóloga que me preguntaba así: ¿cómo estás? // ¿Bien?// Mjjjj (me hacía con la cabecita así, como asintiendo)// ¿Y cómo te están tratando, cómo está tu familia?// Bien, bah, no se sabe qué va a pasar, y uno se enrosca... y ella te dice: mj; ajá, mj, y no sé qué anotaba. Y ahí pregunta: ¿cuál cree usted que sería una solución? Y ahí decía yo: yo pienso yo creo que pppaaapapa... y ella: mj aja mj aja. Bueno E. se me termina la hora porque hay otros que están esperando, pruebe con eso que usted me dijo y la semana que viene lo llamo. ¿Qué opina usted? Yo: Bueno, ¿hasta la semana que viene?” O sea, ¿qué tipo de apoyo te da un psicólogo cuando realmente lo necesitabas?

(...)

Imagínese, una persona que está totalmente nula, que ves todas paredes amarillas en Bouwer, “plamplam” las puertas, que los gritos, que los portones, hasta ahí. Imaginate cuando tenés que ir con la bolsita, con el colchón, todos los pibes en el portón gritándose, llamó a mi primo, a mi tío, está mi abuela... yo llego así y no entiendo nada. Y vos vas a un trabajador, a un profesional: y vos decís, ¡por fin alguien que me va a dar una guía! Y te atienden así: “yo soy trabajadora social, anote este número, a ver si me llama, vaya.” ¿Cómo queda uno? Y después, bueno, ponele que se le afloja el corazón a alguno ahí den-

31 El presente apartado fue elaborado por Mariel Castagno, Ana Correa, Melisa Herranz y José Páez. Integrantes del equipo de investigación “Producción de sentidos y subjetividad en el espacio carceral: acceso, derechos y justicia”, dirigido por Ana M. Correa y Alicia Acín. Proyecto aprobado y subsidiado por Secyt 2014-2015 por Resolución Rectoral N° 1565 /2014.

tro y diga bueno, vení, vamos a tomar unos mates, ¿qué te pasó? Y uno no sabe si lo hacen por picardía, o realmente lo está haciendo con...

(...)

... y todo ese tiempo uno lleva acá adentro una herida abierta, y uno no sabe, entonces ¿cómo hace? Uno solo, en la soledad, tiene que pensar ... siendo que el trabajador social te puede decir, bueno lunes miércoles y viernes, vení, pero los martes y jueves andá a charlar con los de la escuela, con alguien que te dé alguna tarea... y uno podría decir, ¡Ah! estaría bueno ponerme a leer un libro, un libro de leyes...

Si uno no lo busca no lo encuentra (...)

Introducción

Mucho se ha dicho respecto de los efectos desubjetivantes, de la cárcel, en las personas que la habitan, producto tanto de las condiciones materiales como simbólicas del encierro. Esto se encuentra tanto en trabajos realizados como asimismo en denuncias frecuentes, discusiones y en la misma problematización de la institucionalidad de las prácticas en la cárcel, que explican distintivamente dichos efectos en los agentes institucionales (principalmente en el personal de contacto, aunque también en profesionales, administrativos, docentes), así como en las personas privadas de la libertad; sin embargo, poco se analiza la simbolización de la experiencia subjetiva en las situaciones críticas de ruptura psicosocial que afectan la Salud Mental, como son el momento del *ingreso* y la *salida* de la cárcel.

Los relatos considerados testigo incluyen expresiones que muestran el contrasentido que implica el “encierro” en relación a “la salud mental” en tanto aniquila lo social como función relevante en la constitución del sujeto. Estos, han sido extraídos de indagaciones referidas al acceso a los derechos humanos (DD. HH.) en la cárcel³², y mediante los mismos se busca focalizar en este ar-

32 Proyecto 05/F774, Secyt, UNC dirigido por Ana Correa y Jorge Perano y PICTO 2010-0044 “Acceso a la justicia de sectores vulnerables en la Región

título, algunas cuestiones vinculadas al derecho a la salud mental y al sufrimiento psicosocial producido por la lógica impuesta del tratamiento penitenciario a las personas en el encierro.

La posición asumida en las investigaciones referidas, implica apertura para escuchar a quienes sufren, soportan y resisten las condiciones materiales y simbólicas del espacio carcelario, en definitiva a mirar, escuchar, analizar, en el adentro/afuera de la cárcel, los sentidos y la subjetividad producida en esa realidad institucional donde estalla el clamor humano de los sujetos allí detenidos, encerrados y aislados de la vida social.

La institucionalidad de las prácticas de Salud Mental

De acuerdo a lo establecido por la Ley 26.657 respecto de la Salud Mental, se entiende que su “preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (B.O. 26.657 art. 3, 2010). Esta concepción de la salud mental está asociada *a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, que se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos, y solidarios; y en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; junto con la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos* (Custo, 2008). En este sentido, la salud mental se relaciona con el acceso a la titularidad de derechos que a las personas les corresponde, de alguna manera, está vinculada al ejercicio de la ciudadanía.

Sin embargo, en el contexto carcelario la cuestión de la titularidad de los derechos, es decir la “pretensión jurídica de hacer o no hacer algo y a la vez reclamar que hagan o no hagan algo” (Abramovich & Pautassi, 2010) se encuentra obstaculizada por la dinámica de funcionamiento de la organización carcelaria, en

Centro-Cuyo”, en el Área temática Ciencias Sociales, siendo la institución beneficiaria la Universidad Nacional de San Juan y participando la Universidad de San Luis, Cuyo, Río Cuarto y la Universidad Nacional de Córdoba. Directora Daniela Puebla.

la cual *priman lógicas de seguridad entendidas como control de los cuerpos y los movimientos* (Correa et al., 2014).

La cárcel parte de la presunción de peligrosidad de los sujetos, y se encuentra estructurada en función de hacer efectivo el “tratamiento penitenciario”, acorde a lo establecido a partir de la Ley 24660 de “Ejecución de la pena privativa de libertad”. Dentro de este encuadre, el acceso al derecho a la salud mental, entendida en el sentido ya referido, es decir sin reducirse al abordaje de personas con un diagnóstico clínico específico de enfermedad mental, se encuentra bajo la potestad del sistema penal:

(...) en la medida en que se trate a un ser humano como algo meramente peligroso y, por tanto, necesitado de pura contención, se le quita o niega su carácter de persona, aunque se le reconozcan ciertos derechos (...) No es la cantidad de derechos de que se priva a alguien lo que le cancela su condición de persona, sino la razón misma en que se basa esa privación de derechos, cuando se lo priva de algún derecho solo porque se lo considera puramente como ente peligroso” (Zaffaroni, 2006, pp. 4-5).

En las cárceles de la actualidad, pese a nuevas leyes y discusiones acerca de los derechos, perviven lógicas y procedimientos del siglo XIX. La concepción de la *peligrosidad implicada* y desplegada mediáticamente, reclama lo punitivo: revitaliza las estrategias de encierro, aislamiento para “tratar”, normalizar y corregir. Así pues se revaloriza la noción positivista de *tratamiento* que se constituye, legítimamente, al mismo tiempo en una herramienta del control de los cuerpos y disminución de las fuerzas de resistencia (como dimensión política de la subjetividad) mediante coacción psicológica y moral de actitudes y comportamientos (Correa, León Barreto & Pereyra, 2014).

Las lógicas de tratamiento antes referidas impactan y relativizan la posibilidad de los sujetos del ejercicio de su ciudadanía, aun encontrándose en un régimen de movilidad limitada. Las implicancias de esto son significativas debido a que se instauran modos

de relación tendientes a la adaptación al encierro, a la obediencia y a la dependencia que el mismo supone (contrario a la autonomía e independencia necesaria para la vida en libertad).

Justamente la noción de salud mental que se propone no consiste en el bienestar psicológico de carácter individual, sino que se encuentra anclada en la concreción del conjunto de derechos inherentes a todas las personas. Por ejemplo, si una persona privada de libertad accede a un trabajo dentro del contexto carcelario, si bien esto promueve alguna autonomía y posibilita otras relaciones, como son las laborales, aún en un lugar en el que todo está centralizado por la vigilancia, el control y la disciplina; nadie podría negar el impacto subjetivo que ello implica en términos de la salud mental. Al respecto, un interno que había accedido a un trabajo manifestaba *“recuperé mi identidad, he vuelto a sentirme útil”* (Varón, 42 años, ex EP9).

Si bien el ejemplo expuesto constituye una situación puntual, referida a algunos casos aislados que se encuentran excepcionalmente accediendo a derechos en la cárcel de manera más o menos integral; la salud mental no se trata de abordar “casos individuales”, sino de pernear la lógica carcelaria de prácticas integrales de acceso a derechos. Sin embargo, en la práctica prevalece la creencia de que solo algunos son “beneficiados” para acceder a los derechos en la cárcel. Se trata de aquellos que han hecho “mérito” o se han ganado la confianza de quienes toman decisiones en el cotidiano de la institución, es decir, en relación con el personal de seguridad o los agentes de contacto. Al respecto de esta condición de “beneficiario de sus derechos”, que adquieren los sujetos privados de libertad en la cárcel, entendemos que:

En la categoría de beneficiario, el derecho se significa como algo que se da a cambio de algo, una mercancía, un bien de intercambio. Los derechos están condicionados a... una acción... o simplemente a dejar de efectuarla. Como decía un interno *“la estrategia acá es pasar desapercibido”*. El derecho, si está sujeto a diversas condicionalidades, no es entonces tal,

porque pierde su condición de universalidad (Castagno & Páez, 2014, p. 9).

Los relatos de los internos/as que hacen referencia a la idea de *dejar de ser para poder sobrevivir* en la cárcel, ponen en evidencia cómo la institucionalidad de las prácticas ligadas al tratamiento penitenciario y las prácticas de supervivencia van generando sentidos confusos acerca de la concepción de derecho a la salud mental (y a los derechos en general). Las estrategias de silenciamiento que los presos/as refieren —*obedecer, mantenerse en el molde, pasar desapercibido, ser un número*— son favorecidas por la lógica del tratamiento penitenciario bajo la forma de “*hacer conducta*”, lo cual produce sufrimiento y consecuentes defensas para resistirlo, pero sin que esto posibilite construir sentido de acceso a derecho. Es decir, la cárcel aísla a la persona privada de libertad rompiendo todos los vínculos, lo cual promueve un sufrimiento al que denominamos *psicosocial* (Perilleux & Cultiaux, 2009) por tratarse de formas de sufrimiento ante circunstancias y realidades modificables. Un sufrimiento evitable que linda con el sentimiento de injusticia, principalmente porque las condiciones que lo producen podrían cambiarse.

Sufrimiento psicosocial en el encierro

Ante las condiciones materiales y simbólicas del encierro que producen sufrimiento psicosocial, las personas privadas de libertad generan estrategias de supervivencia tendientes principalmente a contrarrestar la inacción, la depresión, el debilitamiento de los músculos por la inmovilidad, el envejecimiento precoz (caída de dientes, afecciones de piel, dificultad para concentrarse, para hablar y expresar lo que se piensa, para pensar y abstraer, simbolizar). Esta modalidad de afrontamiento, resulta de invenciones y sociabilidades individuales, tal como nos dice un preso “yo me hago mi propia trinchera, haciendo gimnasia y de paso... converso... y me

gano el respeto”. Pero también la *obediencia* y el *silencio* operan como mecanismos adaptativos al encierro.

Camino cuando puedo en la rotonda que tengo ahí en la capilla en el especial A. Treinta minutos, cuarenta y cinco. Deporte no hago desde que me pasó lo del patio. Cuando hacía mantenimiento salía... pero ahora me siento un poco abatido. Y nada más son muy pocos los amigos que tengo. Amigos de verdad. (Varón, 46 años, Penal de San Martín).

El aislamiento de los cuerpos de las personas privadas de libertad, produce una confrontación amenazante en cada nueva situación. Situaciones que en la lógica penitenciaria se construyen bajo la modalidad de incertidumbre, llamándose “traslado” “operación”; procedimientos que instalan un lento y eficaz proceso de despersonalización que se inicia con el despojo del nombre por un apodo, sus roles ejercidos en una red de relaciones, la pérdida de la intimidad, de la palabra y de casi todos los vínculos según la temporalidad de la pena. Esto se observa con mayor notoriedad en dos instancias claves de la existencia de toda persona privada de libertad: cuando “*caen presos*” y cuando salen “*y se chocan con la calle*”, cumplimentando entre medio de ambos momentos la temporalidad de una pena que se define subjetivamente desde el merecimiento del castigo. Ambas situaciones incluyen un monto importante de sufrimiento debido a la crisis subjetiva que trae aparejada el *quiebre* en la continuidad del sentido de la vida y la incertidumbre del futuro.

(...) *un cambio para nuestra vida, para reinsertarnos en la sociedad que es algo bastante difícil, bastante duro. Uno sale de una cárcel y chocamos contra una pared, contra un muro ¿viste?* (Mujer, 67 años, ex EP9)

Eso, eso que hace a la sociedad, pensar más en contra de nosotros, si uno cometió un error, ¿por qué lo vamos a tener ejecutado toda su vida?, vamos a hacer un submundo, usted por acá. ¿Querés

reinsertarte? Lo lamento tenés un número en la espalda, tenés un prontuario, es horrible, yo siempre he luchado y lucho para que ninguno de mis hijos ni mis sobrinos tengan un número de prontuario; una vez que uno tiene un número de prontuario, es horrible, más hoy por hoy como está la tecnología, yo salgo a la calle, me para una CAP, me toman las huellas digitales, tengo antecedentes, lo lamento flaco te vamos a tener que llevar a la UCA. ¡Pero me voy a trabajar! Lo lamento flaco... y hacen así... (Varón, 34 años, Montecristo)

Un contexto que promueve la obediencia y/o el silencio como mecanismos adaptativos al encierro, genera confusión, desvinculación y un profundo sentido de *no ser nada*, implicando procesos de *desubjetivación* que afectan particularmente la Salud Mental. Más aún cuando los discursos asistenciales, y hasta algunos discursos de derechos, no posibilitan ninguna reapropiación de su existencia social. La experiencia de ruptura, tanto, cuando “caen presos” como cuando salen produce un sufrimiento psicosocial, doloroso, acallado y, consecuentemente paralizante, anclado en la pérdida de reconocimiento social producida por la estigmatización.

En efecto, afirmamos que más que un re-clamo de salud, existe un *clamor humano* que habla del sufrimiento psicosocial que se pone en evidencia ante la posibilidad de ser escuchado. Como dice Ricoeur “el sufrimiento padecido se encuentra asociado a la alteración de la relación de sí con los otros, que encuentra un agravante ante la disminución de la posibilidad de acción” (Ricoeur, 1994 citado por Perilleux y Cultiaux, 2009).

“Porque los presos, estamos atados de pies y manos, siempre dije que las cárceles son cementerios de seres vivos. Porque vivimos, porque tenemos vida, porque comemos... pero no... no es vivir esto.” (Mujer, 67 años, ex EP9)

El clamor humano se escucha, en la cárcel, sin ninguna investidura ni mediación, quizás por la crudeza que emerge del borramiento de su condición de humanidad. Es un sufrimiento

psico-social, un dolor psíquico y social que designa la acción de soportar, sostenerse, aguantar e incluso resistir. Un dolor, que se torna aún más insoportable por no ser resultado de una fatalidad, sino de problemas históricos o estructurales, condiciones de existencia que se viven como inevitables pero que, en realidad, no lo son. Por ello, nos referimos a esto como “experiencias de injusticia” que se presentan bajo interpretaciones de abandono, rechazo, vergüenza, odio; poniendo de relieve lo social e invisibilizando los sujetos que viven, sienten, desean, esperan, ruegan, lloran, gritan. Voz sin eco que, en el mejor de los casos, se plantea como una queja individual. Lo cual es particularmente evidente en el caso de las mujeres privadas de libertad, pues muchas veces el personal de contacto, los técnicos o docentes, afirman que “*Las mujeres son muy demandantes*”, “*No cortan con el afuera*” (Personal de contacto, Bouwer); mujeres portavoces del malestar que produce el encierro. Así se expresa la clausura de la escucha a la demanda, o al contenido de la misma, registrándola solamente como interrupción a las lógicas propias de la dinámica interna a la cárcel.

El **sufrimiento** aparece a través del “testimonio” de alguien como relato donde se presenta un padecimiento único, una situación de pesar, un acontecimiento insoportable. Un sufrimiento exteriorizado como algo inconmensurable. “Inconmensurable”, como explica Jean Philippe Bouilloud (2007), por la dificultad de comparar, de establecer alguna analogía, de hacer alguna equivalencia con una experiencia similar. No hay posibilidad de representar ese sufrimiento, ni de compartirlo por la ruptura de lazos que previamente implicó. El sufrimiento psicossocial es la persona sola con su experiencia dolorosa de injusticia. Sin duda hablar de ello es algo reparador, pero la palabra libre está condicionada por el *tratamiento penitenciario* que afecta la progresividad de la pena y, en consecuencia, no hay espacio para decir y el dolor se repliega sobre sí y la vergüenza social toma su lugar.

Esto remite a experiencias de falta de reconocimiento de la persona privada de libertad, que ellos manifiestan diciendo “*A na-*

die le importa de nosotros acá” (Varón, 48 años, ex EP9), lo cual involucra diferentes dimensiones de la vida social e incide directamente en el lugar que les es asignado en la estructura social y su participación en la misma: “*Las cárceles son cementerios de seres vivos. Vivimos porque comemos pero no es vivir esto*”; “*Quedamos como leprosos ante la sociedad*” (Varón, 42 años, ex EP9)³³. Se construye así un espacio de exclusión, una vida excluida, que termina por volverse, en palabras de Le Blanc (2007), una *vida invisible*, vidas que no valen *casi nada*, donde “*No ser escuchado significa terminar por no ser visto y no ser visto es ya no poder ser escuchado*” (p. 180).

La Salud Mental en el encierro implica contrasentidos, no solo entre discursos y prácticas, sino principalmente en que la idea de “tratamiento” psicológico y moral está asociada al “tratamiento penitenciario” y produce refuerzo en *rasgos de carácter* y cristalizaciones de defensas que invalidan, rechazan o simplemente niegan, la acción del otro. A nivel de las prácticas se espera que desde las áreas técnicas se encarguen de dar los “aptos psicológicos” que permitan avanzar en la progresividad de la pena. Esta situación, que tiene lugar a partir de la citada ley 24660, produce un sesgo en el tipo de intervenciones que se realizan construyendo, principalmente en las personas privadas de libertad, la representación del psicólogo como “un juez más”:

Depositara la responsabilidad de la reinserción en un saber técnico como el psicológico termina por hacer heredero al psicólogo de las contradicciones propias del sistema penitenciario; ya que el tratamiento penitenciario no responde al sujeto privado de libertad para atender sus demandas sino al sistema penal dado el encuadre bajo el que operan. (Páez, 2014, p. 4).

33 Categoría trabajada en el marco de “referencias lingüísticas” a partir de relatos de experiencias de injusticia en personas privadas de libertad de Córdoba. Artículo: “La Justicia” en los relatos de sujetos privados de libertad en cárceles de Córdoba. Herranz, Silvana Melisa. (2014)

En efecto, desde los relatos de las personas privadas de libertad como asimismo de otros actores institucionales, podemos considerar que en la cárcel, más que un abordaje de la salud (que en general no es pensada a nivel preventivo y menos aún a nivel de promoción de la misma), en el mejor de los casos, se trata la enfermedad. Pero esto tampoco sucede siempre y, ante la falta de respuesta, las personas privadas de libertad llevan a cabo acciones de supervivencia en busca de acomodarse y soportar la realidad. Así, dicho “soportar” resulta un posicionamiento subjetivo recurrente, siendo las referencias más insistentes aquellas asociadas con la tristeza, el sufrimiento, o el dolor ante las condiciones cotidianas de vida y relación vigentes en el encierro (Herranz, 2014, p. 13): *“Yo pienso que todos los días son tristes para un preso, solo pueden ser lindos si lo buscás”*; *“El aislamiento, es algo que me duele”* (Varón, 42 años, ex EP9); *“persona la pasa mal, como sea, psicológica, física, si uno no tiene fuerza de voluntad, no se hace respetar, no conoce los códigos de acá adentro, medio que la pasa muy muy mal”*; *“una persona que está totalmente nula, que ves todas paredes amarillas en Bouwer y todo ese tiempo uno lleva acá adentro una herida abierta (...)”* (Varón, 34 años, Montecristo).

En este sentido encontramos que ante el evitable, pero no evitado sufrimiento, las personas privadas de libertad tienden a soportar, a generar su supervivencia, sobrevivir a la cotidianeidad de la cárcel, un sufrimiento tramitado con adaptación al encierro mediante la pérdida de toda posibilidad de decisión y de vínculos con otro semejante.

Otra forma de posicionarse frente al sufrimiento se expresa en los relatos, a partir de referencias asociadas con sentimientos de rechazo o enfrentamiento ante determinadas condiciones que se imponen en la institución carcelaria. Estas, en algunos casos, evidencian en una iniciativa personal que puede ser terreno fértil para la construcción de posibilidades de resistencia: *“y esa es la bronca que a veces viste... porque (...) hay una justicia para pobres, y una para ricos acá”*; *“No reniego más yo. Si yo sé que tienen que hacer algo,*

y no lo hacen, ya está, voy a la justicia”; “¿Mi pedido ante la justicia no vale? ¡Ehh no seas tan así! ¡Y todo queda así! Se disuelve así. Entonces, es muy duro. Pero bueno, seguimos...”. Esta bronca, da cuenta de que existe registro de los obstáculos para generar condiciones que mermen un sufrimiento que es evitable. Es decir:

(...) hay registros de impedimentos, que sin nombrarse como injusticias, puede identificarse como tales por el sufrimiento que generan y la vulneración que producen a los derechos de estas personas privadas de libertad; existen quienes se interrogan sobre hasta qué punto tienen que sufrir en pos de reparar los daños ocasionados y se animan a cuestionar, al menos para sí, las lógicas de administración del servicio penitenciario. (Herranz, 2014, p.14)

Reflexiones finales

Finalmente, vale interrogarse acerca del sufrimiento que le corresponde al interno en cuanto la pena es fundamentalmente privativa de la libertad de movilidad, en la que se dispone que las personas privadas de libertad están sujetos a una ordenación espacial en la que las dimensiones tiempo-espacio se encuentran reguladas en su totalidad por la institución, y distinguir esta situación de las *experiencias de injusticia* en las que los derechos que le corresponde a todo ser humano (incluso los que se encuentran privados de libertad) son vulnerados con tal sistematicidad que los sujetos terminan por asumir que ese es el castigo que les corresponde por los actos cometidos. Estas condiciones entran en tensión con la generación de acceso a la salud (y dentro de ella, la salud mental), banalizándose las injusticias para pasar a naturalizarlas como propias de las interacciones, como inherente a la institución carcelaria.

Por ello podemos poner en cuestión que el problema de la reinserción en todas sus dimensiones (social, laboral, familiar, educativa, etc.) y de la salud mental de las personas privadas de

libertad en cárceles, no es un tema técnico a resolver mediante ciertos abordajes individuales. Si bien existen factores psicológicos en juego con los que se puede trabajar (y con los que muchas veces se trabaja), existe una creencia muy consensuada a nivel social respecto de patologizar a las personas que se encuentran en situación de cárcel, lo cual lleva a creer que la solución a esto pertenece únicamente al campo de la psicología (Páez, 2014). Sin duda, la apuesta es ir más lejos, hacia una transformación simbólica del sentido y la expresión de “tratamiento”, considerando a la vez, cuál es el papel que juega la cárcel en la estructura social actual. Esta discusión, que podemos llamar sociológica, es la que nos debemos dar primero.

Esto es así debido a que la definición de salud mental que se propone en la ley no consiste en una cuestión de “bienestar psicológico” de carácter individual, sino que se encuentra anclada en la concreción del conjunto de Derechos que son Humanos, y por tanto inherentes a todas las personas, incluso a las que se encuentran privadas de libertad. La salud mental no se trata de abordar “casos particulares” hasta dar con una “solución”, sino que supone permear la lógica carcelaria de dicha noción de salud y de prácticas de seguridad entendida como acceso a derechos. Pero ¿es ello posible? ¿El planteo acaso no implica una contradicción en sí mismo? Si la finalidad última de la cárcel es la reinserción social del interno, ¿por qué las prácticas que se desarrollan dentro de los muros de la institución tienen poco que ver con la finalidad de la misma? ¿Es posible salud mental en encierro?

5.3. Niños, Niñas y Adolescentes en situación de internación: tensiones entre el paradigma de la protección integral y el campo de la salud mental³⁴

1. Introducción

Sabido es que con la Convención de los Derechos del Niño (C.D.N.) adquirió reconocimiento universal en el ámbito normativo una cosmovisión protectora e integral de la infancia. Empero, no fue este el único territorio que resultó alcanzado por la ideología de la protección integral, puesto que otros sectores de la población mundial clásicamente invisibilizados también hallaron respaldo en los postulados de este paradigma; tanto como para germinar allí (al menos literalmente), las profundas raíces del cambio.

¿Qué cambio? El del traspaso de la cosmovisión objetivante (y cosificadora) de la persona al de la admisión como sujeto capaz y con derechos.

Precisamente, el campo de la salud mental ha sido otro de los ámbitos en el que mediante una serie de instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos penetró también jurídicamente el modelo de la protección integral.

Siendo así, y reparando en que el Estado argentino se ha enrolado en el paradigma de mención y los enfoques que este propugna³⁵, no puede ignorarse que las cuestiones que atraviesan al

34 El presente apartado ha sido elaborado por Laura Atala, Sol del Carpio y Natalia Monasterolo.

35 La Argentina ratificó la CDN mediante ley 23.849/90, luego, mediante la reforma constitucional de 1994 le otorgó rango constitucional (art. 75 inc. 22). Lo mismo ocurrió con una serie de Documentos Internacionales sobre Derechos Humanos, a su turno ratificados por el Estado argentino y más tarde, en buena medida, constitucionalizados. Estos últimos, fueron delineando el modelo de abordaje de los padecimientos mentales como una variante del paradigma de la protección integral. Con las leyes nacionales 26.061 (en materia de Infancia/ Adolescencia) y 26.657 (en el específico campo de la salud mental), así como con sus respectivas dictadas en el ámbito de la provincia de Córdoba (Ley N° 9944 y

conjunto de niños, niñas y adolescentes (NNA), o de sujetos con padecimiento subjetivo, no pocas veces inauguran un dinamismo de recíprocas implicancias. Cuando esto sucede, es decir, cuando en una misma persona convergen niñez/adolescencia y padecimiento subjetivo, se torna preciso desentrañar las particularidades de una y otra dimensión, puesto que soslayar a una persona con padecimiento subjetivo en su calidad de niño/a-joven, o ignorar a estos últimos en su situación de padecimiento, implica, a fin de cuentas, invisibilizar a un sujeto *de y con* derechos.

Visibilizar este ámbito de interrelación ha sido el objetivo del trabajo que a continuación se presenta. Con ello, se han pretendido aportar elementos que sumen a la reflexión y desde donde efectivamente puedan apprehenderse a NNA con padecimiento subjetivo como “especiales”³⁶ sujetos de derecho.

II. Proceso de construcción de la información

A los fines de obtener información en el marco de lo anunciado, desde el equipo del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos se decidió tomar como contexto de análisis relativo a situaciones de protección/vulneración de derechos de niños/as que reciben atención en salud mental, el dispositivo de internación por padecimientos subjetivos que funciona en la Sala de Internación Psiquiátrica (SIP 700) del Hospital de Niños de la provincia de Córdoba.

Para ello, se atravesaron una serie de instancias de acercamiento al ámbito de dicha realidad, a saber: visitas institucionales, conversaciones informales con profesionales de la institución y el

Ley N° 9848), nuestro país efectuó las armonizaciones legislativas que exigían los estándares constitucionalizados.

36 La expresión entrecomillada se utiliza en este sentido para reflejar la discriminación positiva que supone la específica calidad de NNA, obligando a reparar en ello a todos/as los operadores que interactúan frente a dicho colectivo humano.

desarrollo de un grupo focal en el que participaron profesionales que se desempeñan en este servicio.

El análisis de dicha información se realizó a partir de indicadores construidos en base a un instrumento de monitoreo y evaluación de políticas públicas en salud mental con enfoque de derechos. Tanto la matriz de indicadores, como su posterior adecuación para el monitoreo de políticas públicas en salud mental destinadas a NNA, fueron desarrollados por las licenciadas Diana Scorza y Mariana Illanes³⁷.

III. Descripción del dispositivo

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, actualmente constituye un centro de atención de tercera complejidad³⁸ de referencia en el país. Se reciben NNA que van desde los 45 días de vida a los 15 años de edad, provenientes tanto de la capital y del interior de la provincia, como de otras provincias.

El área de internación dispone aproximadamente de 240 camas; de estas, 7 pertenecen a la sala de internación psiquiátrica.

La Sala de Internación Psiquiátrica del hospital (SIP 700) recibe a NNA que ingresan por distintas vías. Entre ellos, un porcentaje importante es derivado por SeNAF³⁹.

37 Resultado del Programa de Investigación “Construcción de una matriz de indicadores de salud mental desde el enfoque de derechos humanos. Aportes al monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud mental”, desarrollado en el marco de las acciones del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la ciudad de Córdoba (Convocatoria PID 2010. Ministerio de Ciencia y Técnica de la Provincia de Córdoba).

38 Se entiende como complejidad, el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones con presencia de subespecialidades, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

39 Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba.

IV. Análisis de la información según indicadores

1. Internación

• Diagnóstico interdisciplinario e integral del riesgo cierto e inminente y tratamiento realizados por los equipos intervinientes en cada caso.

La ley N° 26657 fija como dos de los requisitos de toda internación la exigencia de un diagnóstico interdisciplinario e integral de donde surjan los motivos que la justifican y la búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y entorno familiar de la persona (artículo 16).

Por su parte, el artículo 26, regula los supuestos de internación (involuntaria) de personas menores de edad (NNA), y establece que deberá procederse, entre otras cosas, conforme lo establecido por el artículo 20 del mencionado cuerpo legal, es decir ante circunstancias excepcionales y necesarias, siempre que existiere riesgo cierto e inminente valorado integral e interdisciplinaria por un equipo conformado al efecto, más lo previsto por “...*la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos*” (CDN y Ley N° 26.061).

Con esto, se abre paso en la letra de la norma al Sistema de Protección Integral⁴⁰ previsto en el artículo 32 de la Ley N° 26.061, sistema en el cual la actuación de los diversos operadores que intervienen en Infancia/Adolescencia debe articularse en función del Interés Superior del Niño (artículo 3.1 CDN). Con ello, las medidas

40 Organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, tanto en el ámbito nacional, provincial, como municipal, y que se encuentran destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, siendo su objeto principal establece los medios a través de los cuales se asegura el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, demás tratados de derechos humanos ratificados por el Estado argentino, y el ordenamiento jurídico nacional (Conf. artículo 32 Ley Nacional N° 26.061 y casi en idéntico sentido artículo 34 Ley Provincial N° 9944).

excepcionales que se adopten en consecuencia deben representar el último recurso, y nunca implicar institucionalización de NNA para paliar deficiencias de políticas públicas (en cuanto a programas de prevención y atención) o solucionar problemas socio-ambientales (artículos 39/41).

La Ley Provincial N° 9848 se ha pronunciado en sentido semejante a la Ley N° 26.657 respecto a las cuestiones de salud que atraviesan a NNA (art. 12 Ley Prov.)⁴¹.

En este contexto, los profesionales entrevistados reconocieron que los principales obstáculos para la realización de diagnósticos integrales se presentaban respecto a NNA derivados de SeNAF, debido a que en dichas situaciones no cuentan con la mínima información necesaria que les permita realizar una valoración que contemple la integralidad.

“Nos dicen ‘valórenla’ sin ni siquiera poner en un papel qué valoración querés que le haga. No sabemos ni cómo se llama. Algo de rumores, porque los operadores que la/lo traen tampoco saben tanto (...) Pero necesitamos a alguien que nos diga qué está pasando, qué sucede, cuál es la situación, cuál es el motivo por el cual tenemos que valorar (...) Así que hacemos un informe contando lo que pudimos (...) y los relatos de ella fundamentalmente, pero sin entender nunca el por qué”⁴².

41 Debe señalarse, sin embargo que entre las remisiones que esta normativa efectúa a las específicas en materia de Infancia/Adolescencia (abarcando también la Ley Provincial 9944) y la reglamentación dictada en punto a la apertura o sostenimiento de nuevos hospitales monovalentes, las posibilidades de institucionalización de NNA no parecen tan lejanas cuando de razones de salud mental se trata (conf. artículo 41 inc. “g” Ley 9944 y Dec. Reg. 1022/11 art. 37 Ley 9848). Así, la primera de las nombradas reconoce como medida de tercer nivel (excepcional) la internación en centros de salud mental o para el tratamiento de adicciones, en tanto el reglamento de la segunda exceptúa de la mencionada prohibición los establecimientos (o unidades) destinados a NNA.

42 Las citas referidas en este informe fueron enunciadas durante el desarrollo del grupo focal por los distintos profesionales que participaron de esta instancia. Con la intención de resguardar la confidencialidad no se distinguirá a cada uno de ellos/as.

“Les hemos dicho hasta el cansancio (...), les hemos mandado por escrito las condiciones de una valoración. Una valoración psiquiátrica sí o sí tiene que venir primero con un familiar o una persona que pueda dar cuenta de todo lo máximo posible de esa persona, que traiga la documentación, si tiene historia clínica, o si ha tenido consultas previas, cosas básicas y fundamentales”.

Principales problemáticas o padecimientos por los que se interna. Plazos promedio de internación. Mantenimiento/interrupción de vínculos con el entorno afectivo del niño.

Acorde a lo establecido por la normativa específica en materia de salud mental, tanto en el ámbito nacional como provincial, la internación debe ser la última alternativa terapéutica y prolongarse por el menor tiempo posible (artículo 15 ss y cc. Ley 26.657 y artículo 48 inc. “a” y cc. Ley 9848).

Entre las principales problemáticas por las que se determina la internación como estrategia terapéutica, los/as entrevistados identificaron un alto porcentaje de intentos de suicidio, episodios de agitación psicomotriz, episodios psicóticos y situaciones de consumo problemático de drogas.

Señalaron que en general son los familiares de los NNA quienes, ante estas situaciones, deciden recurrir al hospital.

“Los padres siempre llegan por situaciones, digamos de gravedad en general, en donde ya les resulta muy difícil el manejo del niño; y los motivos porque ingresan siempre son situaciones también de extrema gravedad que no ha sido abordada o porque no tuvo posibilidad de abordarse desde otros dispositivos de salud”.

En esta línea destacaron:

“...cuando tienen familia se los quieren llevar, y muchas veces la pauta del hospital es que se queden internados, porque la situación se considera grave (...) no siempre lo podemos lograr, y eso es algo que a nosotros nos preocupa mucho... Con esta

situación de los intentos (de suicidio), hemos tenido muchos reingresos.

El grupo de chicos con intento de suicidio es el que más llega por los familiares y es el que a veces menos tiempo se quedan porque pasan un día, dos días (...) y piden el alta los familiares y se van digamos, y no con todos se consigue que realmente vayan a un tratamiento”.

Asimismo resaltaron que para las situaciones de episodios psicóticos o de consumo problemático de drogas la reacción del grupo familiar frente a la internación era diferente:

“cuando ingresan por episodio psicótico, o por trastornos adictivos (...) inicialmente el familiar no está tan comprometido, lo deja y se va comprometiendo cada vez más con la internación, porque va viendo cambios (...) porque es más difícil de manejar y porque en la casa también agrede, es más disfuncional en ese sentido”.

Por otro lado, en cuanto al sostenimiento de vínculos familiares, diferenciaron el escenario existente con relación a NNA que se encuentran en situación de institucionalización previa.

Los/as entrevistados mencionaron que en dichas circunstancias los NNA que son retirados de su centro de vida por una medida excepcional y por diversos motivos “transitan” reiteradas veces por diversas instituciones, se enfrentan con el obstáculo que ello supone para la construcción y sostenimiento de vínculos afectivos.

“Cuando uno pasa al niño por las distintas instituciones, y lo deja sin un referente, o sea, no hay un referente que lo acompañe, es un chico que va a pasar de un lado al otro casi con el rótulo de que no soy apto para el lugar pero sin nadie que lo cuide, que lo acompañe, que haga un proceso de reemplazar a un cuidador. (...) el cuidado no pasa por darle un plato de comida, o de vestirlo, el cuidado pasa por un montón de aspectos en la vida, y precisamente ese, de sentirse un ser humano y que hay otro ser humano que se preocupa de su bienestar (...) eso me parece que es como la condición más grave que no se está dando”.

• **Instituciones, organismos, servicios que derivan para internación. Articulación, referencia y contrarreferencia.**

Los entrevistados/as señalaron que el 20-25% de los niños/as internados son derivados por SeNAF. Con ello, destacaron que se presentaban dificultades de articulación, principalmente referidas a la falta de comunicación previa a la derivación así como al seguimiento y acompañamiento durante y después de la internación. En este marco, deslizaron como “urgente” la necesidad de generar protocolos que fortalezcan el sistema de referencia y contrarreferencia.

“...no sólo no tienen referentes afectivos, no tienen ni referentes administrativos, o sea no hay nadie que se haga cargo administrativamente de ese chico, o sea, nosotros no tenemos ni la fotocopia del documento, ni las cuestiones de si tiene discapacidad o si no la tiene, si está cobrando alguna pensión o si no la está cobrando (...) Nadie se hace cargo de decirnos: ‘bueno yo estoy a cargo de este chico’, no, [sino que es] ‘yo estoy a cargo de este pedacito de este chico, el otro está a cargo del otro pedacito’...”

“Uno como que insiste siempre en esto de cómo protocolizar la cuestión de cuando llegan de SeNAF (...) esto cada vez que necesitan una valoración (...), porque seguramente alguien ha tenido intervención en la situación de ese niño, desde un área de salud mental, o un informe, o acompañado por gente que conozca o pueda dar cuenta de la historia de vida de ese niño o de esa niña, de por qué llegó a esta situación, de por qué se la ha retirado del hogar, cosas que tienen que ver con lo que está pasando digamos, y eso lo venimos pidiendo hace mucho”.

En consonancia con ello, remarcaron diferencias respecto a la dinámica previa a la sanción de la Ley Provincial N° 9944 y la situación actual:

“Antes a los chicos los traía un referente de salud...”

“Antes, en el Consejo del Menor, teníamos dos o tres psiquiatras, que nosotros los conocíamos, siempre eran los mismos, teníamos nuestras diferencias pero ellos estaban y estaban al tanto de la situación, manejaban la situación (...), y algo te daban cuenta de la historia del chico, ellos tenían conocimiento del niño, no era integral pero aunque sea parcial tenían, y ahora nada (...). No saben qué medicación toman, si toman medicación, no saben si están enfermos, si han estado enfermos, si tienen patologías previas medianamente graves”.

Además, también en el marco de las discordancias entre prácticas tras la implementación de la Ley N° 9944, los entrevistados señalaron sus dificultades con la órbita judicial.

Debe recordarse al respecto, que tanto en la esfera nacional como en el ámbito de nuestra provincia, las medidas excepcionales o de tercer nivel (que eventualmente implican la separación del NNA de su entorno afectivo) deben ser jurisdiccionalmente controladas (artículo 40, segundo párrafo, Ley 26061, y artículo 48, quinto párrafo, Ley 9944).

Igualmente, las internaciones que se dispongan respecto a NNA deben contar con el debido contralor judicial (artículo 26 Ley 26.061 y su Dec. Reg. N° 603/13 y artículo 12 Ley 9848).

Aquí es entonces donde la ausencia de control de legalidad de las medidas excepcionales fue identificada como una problemática más por parte de los profesionales, refiriendo como una respuesta casi automática por parte de la esfera judicial (frente a tales asuntos): *“Nosotros no podemos hacer nada, lo tiene que hacer SeNAF”.*

Contaron además:

“El modo en que están funcionando los Juzgados y la SeNAF, que son quienes tienen que implementar la ley, los tiempos que toma SeNAF para tomar una medida excepcional son bastante largos (...) Para estas situaciones que son chicos que tienen familia, y que lo que [se] requiere es visualizar la necesidad de

internación, si existe un dispositivo legal, está obstaculizado; no existe un sistema articulado...”

• Cumplimiento del derecho del niño a ser oído y dar su opinión. Explicación terapéutica comprensible para niños. Disponibilidad del consentimiento informado adaptado.

Entre los artículos 12 a 15 inclusive la CDN se ocupa de los Derechos de Participación de NNA, especificando allí el derecho a la libre información, a la expresión de ideas y opiniones, así como a la participación de estos en las decisiones relativas a su bienestar, o, en las que se discutan aspectos nodales de su persona (Derecho a ser oído en sentido activo). Tanto la Ley Nacional N° 26.061 como la Ley Provincial N° 9944 legislan sobre este asunto.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental reconoce a los usuarios de servicios de salud mental el derecho a ser informados de manera adecuada y comprensible sobre lo relativo a su salud, así como las alternativas para su atención, y a poder tomar decisiones sobre su tratamiento en la medida de sus posibilidades (Art. 7, ley N° 26657).

También lo hace en idéntico sentido el Decreto Reglamentario 603/13 de la mencionada norma, al regular las internaciones involuntarias de NNA.

Los profesionales participantes enunciaron situaciones en las que aparecían vulnerados estos derechos, destacando, una vez más, aquellas en las que los NNA eran derivados por SeNAF:

“[Llegó una] nena a la entrevista y no sabía, nunca le dijeron ni a dónde iba. Llegó acá al hospital y dijo ‘¿Por qué me traen acá si yo no estoy enferma?’ o sea, nadie le dice nada. Y nunca le explicaron nada. No sabe, ella cree que es porque un vecino denunció al padre porque es alcohólico y es violento con los vecinos, pero eso es lo que ella cree, pero también por qué [la traen] a ella y no a los hermanos que se quedaron todos ahí”.

Asimismo agregaron que en algunos casos la falta de acceso a la información por parte del NNA era acompañada por moda-

lidades de intervención que resultaban violentas, e incluso eventualmente perjudiciales para su estado de salud.

“Uno se da cuenta de estas cuestiones violentas por lo que relatan los chicos... [En el caso de la nena] la vivencia que esa nena tuvo del retiro de su casa fue que ella estaba en la iglesia, le dijeron unos primos que estaba la policía en su casa, cuando sale ve gente que la viene a buscar, entonces se esconde en la iglesia, la llaman y la suben a un auto gris, dos mujeres y dos hombres. Esa es la vivencia que tiene esta nena: ‘A mí me sacaron de mi casa’. Por ahí no sabés qué es más traumático, si el hecho en sí o la forma en que actuaron los que intervinieron”.

Existencia de letrados/as gratuitos especializados/as en NNA y salud mental (art. 26 Ley 26.657)

El artículo 22 de la ley 26.657 determina que toda persona involuntariamente internada tiene derecho a designar un abogado defensor, y de no contar con recursos para ello el Estado deberá proveerle uno gratuitamente.

La existencia de esta defensa resulta de cabal importancia si se repara en que no solo puede oponerse a la internación, sino también solicitar la externación en cualquier momento.

Al mismo tiempo, el Decreto Reglamentario de la mencionada norma (603/13), al regular lo dispuesto en el artículo 26 respecto a NNA, dispone: *“Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061”*.⁴³

Cuando durante la realización del grupo focal se les preguntó a los profesionales acerca de los defensores de niñez, estos señalaron: *“Acá no. Abogados del niño no están todavía y los defensores siguen siendo los asesores letrados dentro del juzgado”*. Sólo se hace referencia a una situación particular de una niña, en la cual se hizo

43 El artículo 27 inciso “c” de la Ley N° 26.061 menciona la existencia de letrados especializados en niñez y adolescencia.

presente una abogada cuando ya habían transcurrido cuatro meses de internación.

Mantenimiento/interrupción de la integración social de los niños

Tal como lo prevé el marco normativo actual, el Sistema de Protección Integral debe contar para el logro de sus objetivos con políticas públicas, planes y programas de protección de derechos. En este marco, se torna vital que los procedimientos y medidas que se implementen con NNA reconozcan el anclaje en procedimientos y medidas protectoras en tal sentido.

Para ser más precisos, todo tipo de abordaje (y el de salud no supone la excepción) debe serlo en función de los Derechos de Protección, Provisión, Participación y Prevención (las cuatro “P” del Paradigma que conglomerara la CDN), y estar permeado por el aseguramiento del Interés Superior del Niño.

En este sentido, la intervención estatal en procura del bienestar (para el caso, en salud) nunca debe suponer la interrupción del lazo social (o al menos, en casos excepcionales, mitigarla).

A partir de un caso relatado durante el grupo focal, fueron señaladas como situaciones frecuentes aquellas en que los NNA por estar en situación de internación en el marco de una medida excepcional, no continuaban con su escolaridad.

Así, ejemplificaron con los dichos de una niña derivada para valoración:

“No, desde que estoy con SeNAF no voy a la escuela (...) no, porque al pase la SeNAF lo perdió”.

En función de esta problemática agregaron:

“...los chicos que entran a SeNAF quedan sin escolaridad durante muchísimo tiempo, en el mejor de los casos, alguien se los gestiona alguna vez, pero (...) generalmente nadie...”

- **Aumento/disminución de internaciones desde la promulgación de las leyes.**

En atención a este indicador, los/as profesionales entrevistados identificaron nuevamente dificultades en la modalidad de actuación del órgano del poder administrativo provincial y en las deficiencias de funcionamiento del sistema a partir, eminentemente, de la nueva legislación provincial en materia de Infancia/Adolescencia.

Con ello, remarcaron un cúmulo de problemáticas todas convergentes en este indicador.

Así contaron:

“Desde SeNAF las cosas no funcionan según ley, ni según la vieja ni según la nueva. Ellos funcionan al margen de la ley, y eso queda claro en un montón de situaciones. Ellos han tomado medidas excepcionales y las han levantado dos días después sin avisarle al juzgado de esa situación (...) Ponen chicos, sacan chicos, retiran chicos, los devuelven. Si ellos no lo informan, el juzgado no se anoticia de esa situación...”

Siguiendo con ello, rememoraron un caso al que tomaron para ejemplificar situaciones no poco comunes, en que se ven obligados a internar por orden de la superioridad:

“[Recibimos] la orden (...) diciendo: ‘Por favor intérnalo (...) hay que internar a esa paciente’. Vas a valorar a la paciente y la paciente está semi sedada, porque la madre ya le dio la medicación, entonces le decís: ‘a ver señora, ¿le dijeron que se tiene que quedar acá las 24 horas? (...), o usted se queda o se lo lleva. Yo la tengo que internar porque me obligan a internarla por el lío que hizo usted’. [Y] se la llevó y la trajo al día siguiente cuando ya había ordenado las cosas en la casa. Si esa es la urgencia, evidentemente no es una urgencia, pero estamos obligados a internarla, no nos queda otra. Así queda registrado también en la historia, ¿no?, vamos registrando así: ‘paciente internada por orden de dirección’”.

• **Internaciones o prolongación de internaciones por causas sociales. Obstáculos para resolver estas situaciones.**

Tanto en el ámbito nacional como en el de la provincia de Córdoba, las normativas en materia de salud mental puntualizan la prohibición de que una internación se encuentre motivada o sostenida en paliar carencias de tipo socioeconómico (conf. art. 15 Ley 26.657 y art. 48 inc. “h” Ley 9848).

Esto, en el específico ámbito que nuclea a NNA, requiere ser conjugado con la articulación que debería existir entre los diferentes operadores del Sistema de Protección Integral (conf. Ley Nacional N° 26.061 y Ley Provincial N° 9944), a efectos de evitar institucionalizaciones de cualquier tipo.

Atendiendo a ello, los/as entrevistados contaron diversas situaciones en las que identificaron internaciones por motivos socioeconómicos, en particular, en aquellos NNA derivados por SeNAF:

“Hay una problemática social muy grande y creciente, y cada vez nos presionan más para que tengamos intervención dando solución a cosas para las que no tenemos herramientas (...). [Nos piden] dejarlo un tiempo acá hasta que le encuentren un lugar, que después nunca buscan”.

Reconocieron entonces como causas más frecuentes de internaciones prolongadas —mayores al tiempo promedio de internación de 20 días— a aquellas vinculadas con aspectos socioambientales, tales como condiciones de vida, situaciones de “hogarización” de NNA, falta de accesibilidad a servicios de salud, fallas en la administración de recursos por parte de los organismos estatales, entre otras. Recalaron así que dichas situaciones congeneran muchas veces para que se prolonguen los tiempos de internación de NNA, independientemente de su padecimiento psíquico y al margen de las indicaciones terapéuticas en tal sentido.

“Tenemos pacientes que se van en veinticuatro horas con alta voluntaria y tenemos pacientes que se quedan ciento sesenta días, pero tienen que ver con la cuestión social. Lo social pesa mucho más, son los pacientes más complicados, sin escolaridad, con familias totalmente desmembradas o viviendo en institutos, con reinternaciones, con más tiempo de estar acá...”

“Hemos tenido pedidos de: ‘Tenémelo por el fin de semana, hasta que le consigamos un lugar’, [y son] chicos que no tienen ningún criterio de internación psiquiátrica, [y te contestan] ‘Lo que pasa es que sabemos que ahí van a estar bien, que los van a cuidar, no tenemos a dónde dejarlo’”.

2. Proceso de externación

• Red de servicios infanto-juveniles con base en la comunidad para el abordaje terapéutico específico e inclusión.

La Ley Nacional de Salud Mental (art. 11) establece que deben promoverse políticas intersectoriales que implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. En este sentido, se reconoce una serie de dispositivos y prestaciones tales como atención domiciliaria, apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, hospitales de día, entre otros.

Al respecto, los profesionales consultados enunciaron la necesidad de que el Estado garantice la existencia de dichos servicios con base en la comunidad que posibiliten fortalecer los procesos de externación.

“El Estado no se hace cargo de todo lo que necesitan, medicación, hospital de día, acompañante terapéutico, maestra integradora o lo que fuera; lo gestiona AProSS. Entonces AProSS, que en realidad es una obra social que pagamos los empleados, está subvencionando la salud pública”.

A su vez, evidenciaron una falta de accesibilidad respecto a los escasos dispositivos alternativos existentes. En este sentido, se

identifica que las gestiones que se realizan con las obras sociales para posibilitar la inclusión de estos dispositivos en una estrategia terapéutica implican tiempos demasiado extensos y en ocasiones, no garantizan su acceso. Por su parte, respecto a los NNA que no cuentan con una obra social, se vuelve prácticamente inaccesible la posibilidad de contar con dichos servicios.

“Recién ahora, que estamos cuatro o cinco meses después (...) ha ido el chico, el acompañante terapéutico, que lo buscamos nosotros”.

“[AProSS] tampoco garantiza que tengan un lugar. Porque AProSS, como todas las obras sociales, en todos los centros de día, los centros educativos terapéuticos, lo que sea, tiene un cupo y no pueden tener diez chicos de AProSS, entonces tampoco garantiza un lugar para la rehabilitación”.

Principales dificultades para la externación y seguimientos de los NNA.

Los integrantes del equipo de salud mencionan que las principales dificultades ligadas al proceso de externación se presentan a los NNA que se encuentran institucionalizados. Esto se debe a que no cuentan con información certera que les permita abordar terapéuticamente junto a los NNA su proceso de externación, ni brindarles asesoramiento e información sobre su salud.

“Cuando están acá internados, a nosotros se nos dificulta mucho poder darles alguna devolución a los chicos: ‘Bueno estás acá por esto, vas a estar acá tanto tiempo y te vas a ir a tal lugar’. Esas tres cosas no se las podemos decir, porque si nosotros le decimos: ‘nos dijeron que la semana que viene vos te vas a Santa Cruz’, la semana que viene no se va, y resulta que cinco meses después se fue y vaya a saber uno a qué lugar. A veces nos quedamos sin saber a dónde se fueron”.

A su vez, la falta de espacios y servicios de salud con base en las comunidades, especialmente para los niños/as y adolescentes que provienen del interior de la provincia, se presenta como un obstáculo para la articulación e implementación de abordajes terapéuticos en comunidad. Ante esto, se implementa un consultorio de seguimiento, para aquellos niños/as en los que se presentan mayores dificultades en la accesibilidad a servicios como para aquellos/as que por la gravedad de su situación de salud lo requieren.

V. Reflexiones finales

Haciendo un recorrido por los puntos centrales de discusión que se desarrollaron se presentan una serie de reflexiones.

Se observa la existencia de numerosos obstáculos institucionales, entre los que se destacan la ausencia de respuestas por parte de distintos organismos del Estado, la escasez de recursos humanos y materiales y una deficitaria administración de los mismos, así como diversas fallas en los dispositivos de intervención, en particular en lo relativo a los procesos de externación y de seguimiento de la situación de salud de los NNA. En general, se prioriza un abordaje hospitalocéntrico, debido en alguna medida a la distancia con las redes de servicios con base en la comunidad.

Resultan significativas las escasas referencias a articulaciones con otros servicios del campo de la salud al interior de la institución. Sin embargo, cabe señalar que en un contexto permeado por la falta de coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial, se tornan dificultosos o remotos los abordajes a partir de dispositivos externos o basados en una interdisciplina real.

Como correlato de ello, cuestiones socioambientales que debieran ser resueltas por los órganos administrativos del Estado creados al efecto (por ejemplo SeNAF), son consideradas erróneamente como problemáticas de salud mental y terminan por reforzar el sostenimiento de las lógicas psiquiátricas en hospitales

generales, prolongando o forzando internaciones cuando no son realmente necesarias.

Se presentan en forma reiterada dificultades de articulación con otros operadores del Sistema de Protección, dando cuenta de la fragilidad de dicha red, no solo entre quienes accionan clásicamente en el campo de la salud, sino también por aquellos que operan desde otras órbitas (administración, justicia).

En lugar de considerar a los NNA holísticamente, pareciera fragmentarse según el “área” o pertenencia institucional más acorde a cada aspecto aislado, soslayando un abordaje basado en la complejidad. Así, se advierte una dificultad para superar la visión del NNA como *menor en riesgo*, lo cual obtura la capacidad para posicionarse a partir de una concepción de los niños/as como personas con padecimientos subjetivos y verdaderos sujetos de derecho.

Si bien los técnicos y profesionales que trabajan con NNA conocen las premisas fundamentales para el cumplimiento de las normativas en juego; en las prácticas, los distintos organismos encargados de garantizar estos derechos, inhabilitan con su accionar la posibilidad del NNA de participar activamente sobre su situación, de ser oído considerando el principio de la autonomía progresiva, de decidir sobre su salud.

Con esto, se revela la necesidad de fortalecer la comprensión y acción coordinada desde el paradigma de protección integral de derechos en pos de avanzar hacia un abordaje integral e intersectorial de las problemáticas de salud de los NNA.

5.4 Salud Mental y Perspectiva de Diversidad de Género^{44 45}

“En mi práctica profesional, muchas veces me he encontrado con personas que tenían “identidades peculiares”, que no están descritas en ningún manual de psicología y de psiquiatría. No son masculinas ni femeninas en el sentido estricto de la palabra. Personas únicas que quizás en alguna otra cultura, hubieran sido consideradas deidades, pero que en la nuestra se consideran “diferentes” o trastornadas”.

Silvia Morell Capel (1)

La propuesta de este artículo es tratar de interpelar las construcciones sociales de diversidad de Género, reflexionar de qué hablamos cuando hablamos de Género y visibilizar qué sucede con los grupos de personas que quedan fuera de esta lógica binaria: lo masculino y lo femenino. Particularmente, se propone identificar los obstáculos y facilitadores de accesibilidad en los Servicios Salud Mental —de ahora en más SSM— para este grupo de personas.

Las identidades L.G.B.T.I.-Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales, plantean actualmente importantes desafíos a las Políticas Públicas de Salud Mental a la forma en que tradicionalmente se concibe el género y el sexo. De manera particular, estas identidades cuestionan y llaman a revisión la forma en que los abordajes psicológicos, sociales y de las ciencias de la salud se aproximan al estudio y la definición de las prácticas sexogenéricas y de la identidad de género.

En décadas recientes, Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género —de ahora en más OSPDG—, han rebatido

44 El presente apartado ha sido elaborado por Cecilia Carrizo Villalobos.

45 Este artículo intenta ser una síntesis de una tesis de investigación en el marco del proceso de tesis de Maestría en Salud Mental de la UNC, cohorte 2011-2013, el título de dicho proyecto es: *“Accesibilidad en Salud Mental con Perspectiva de Diversidad de Género en el Primer y Segundo Nivel de Atención en la localidad de Alta Gracia-Córdoba. Año 2014”.*

la consideración (un extendido sentido común en el ámbito de las llamadas ciencias psi) de las identidades transgénero⁴⁶ y transexuales como una expresión patológica del género y la sexualidad. Este cuestionamiento aboga además por construir nuevas formas de concebir y abordar las identidades trans —y, de manera más amplia, la disidencia de género— que no pasen por el estigma de la patología y pongan en marcha ejercicios de evaluación crítica con respecto a los presupuestos de género que guían las aproximaciones médica y psicosocial dominantes.(2)

1. Obstáculos y Facilitadores de Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental desde una perspectiva de Diversidad de Género.

De acuerdo al marco referencial que orientó el análisis de dicha investigación se analizó, entre otros, los obstáculos y facilitadores de accesibilidad en su dimensión cultural, entendida como la diferencia de usos y costumbres entre los equipos de salud y la población. En este caso en particular, las diferencias en los lenguajes y discursos atribuidos a las orientaciones de sexo, género y prácticas eróticas y amoratorias, residiría en la “relación” entre lxs⁴⁷ profesionales y las personas LGBTI.

46 El término transgénero se utiliza para designar, de modo inclusivo, a todas aquellas personas que se identifican y/o expresan un género diferente al que se les ha asignado, involucre o no modificaciones corporales de reasignación sexual.

El término transexual tiene sus orígenes en la perspectiva biomédica y se refiere a la persona que tiene una discordancia entre cuerpo e identidad y en consecuencia busca vivir como miembro del sexo “contrario” al asignado, típicamente recurriendo a terapia hormonal o cirugía de reasignación sexual. En este artículo utilizaremos ambos términos distintivamente para enfatizar uno u otro matiz. También utilizaremos el término trans para englobar de manera general e inclusiva a transexuales, transgéneros y travestis al margen de las divisiones que estos términos generan (Missé y Coll- Planas, 2010; citado en Martínez Guzmán, A; 2012).

47 Se usará “lx”, “lxs”, como una forma de escritura que escapa al discurso binario (hombre/mujer; masculino/femenino), para referirse a personas que no se sienten identificadas con ella, con excepción de las citas originales de algunos de lxs autorxs.

La falta de reconocimiento de la identidad de género como una de las primeras barreras de acceso a la atención cristaliza la existencia de una lógica de visibilización/invisibilización según orientación sexual o identidad de género que indica que muchas veces se generan experiencias expulsivas. El encomillado de la llamada “Mesa de Entradas”, adquiere sentido en esta investigación, porque precisamente por las personas que trabajan allí muchas veces es el primer obstáculo que opera como “Mesa de Salida”: “*(en el hospital) En Mesa de Entradas, que te atienden de mala forma y con ironía, irónicamente, te miran y se rien*” (Persona que se autodefine trans) o también por algunxs de lxs integrantes de los equipos de salud mental: “*porque por ejemplo esta persona vino acá —persona trans—... —Esto te lo digo muy por abajo [Habla despacio], esa persona vino acá un par de veces, pero acá hay profesionales que tienen preconceptos, son muy prejuiciosos... y bueno yo tuve un prejuicio inicial pero desde una cuestión teórica, digamos, no un prejuicio de decir, éste por esta condición no lo quiero ni cerca o me genera rechazo*” (Profesional del Primer Nivel de Atención).

Otra barrera que se manifestó en unx de lxs referentes de las Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género tiene que ver con la **presunción de heterosexualidad** por parte de algunxs profesionales. Las representaciones de heteronormatividad como así también las personas que concurren a los Centros de Salud, se podrían denominar como lo expresa Ana María Fernández (3), son binarias, atributivas y jerárquicas, en el sentido de que atribuyen a las disidencias sexuales y de género como lo anormal, lo enfermo, lo diferente.

Otro de los obstáculos que se contraponen con las nuevas reglamentaciones de Salud Mental es la baja calidad de la atención y la consecuente autoexclusión por los posibles usarixs, en relación al derecho a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su salud/enfermedad. En general,

las personas entrevistadas no se sienten conformes con la forma en que lxs profesionales manejan la intimidad de los tratamientos provocando una doble estigmatización.

2. Obstáculos y facilitadores sobre las Perspectivas teóricas del género y la Diversidad de Género

En la mayoría de lxs profesionales de Salud Mental entrevistadxs la teoría predominante de pensar las prácticas de abordaje está relacionada con las primeras teorías feministas de distinción sexo-género para estudiar la variabilidad cultural e histórica del género como argumento contra el esencialismo en la definición de la identidad de género y el determinismo biológico de los roles, tal como lo plantea Patricia Soley Beltrán. (4)

Específicamente ante la pregunta a los equipos de salud mental, que si desde su lugar trabajaban el tema de Género, Diversidades de Géneros, con algún programa o cómo lo abordan; consecuentemente las respuestas están orientadas a las diferencias de los roles sociales, históricos y culturales entre los hombres y las mujeres, por ende las violencias también estarían, únicamente, relacionadas a este binomio. También se encuentra asociada la palabra Género con abordajes que tengan que ver con la Salud Sexual y Reproductiva.

Sin embargo, muchos pasos más adelante parecen estar las lecturas, discusiones y estrategias de visibilización del tema ante la sociedad de las Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género. En este sentido la mayoría de lxs referentes entrevistados conocían desde las primeras iniciativas de organización como el F.L.H. —Frente de Liberación Homosexual— en Argentina con Néstor Perlonguer⁴⁸ hasta las teorías posfeminista y posestructu-

48 Poeta y ensayista argentino que tuvo mucha influencia en la década del 70 a partir de sus intervenciones ideológicas y políticas en el Frente de Liberación Homosexual.

ralista como la teoría de la performatividad de Judith Butler y las perspectivas de la teoría queer.

3. *Obstáculos y facilitadores en el vínculo profesional-personas LGBTI*

Es importante reconocer que las caracterizaciones de los vínculos profesionales no pueden ser extendidas a la totalidad de lxs profesionales de los SSM e independientemente de la profesión aparecieron con frecuencia argumentos universalistas de atención: *“No, yo creo que depende de cómo es la persona que va a recibir a esa persona, por esa cuestión o por esa problemática, porque como decía Pichon-Rivière, la única manera para transformar es transformándose a uno primero, entonces si yo no me transformo frente a lo que tengo como novedad yo no puedo hacer nada con la novedad” (Profesional del Segundo Nivel de Atención).*

La idea subyacente radicó en que la presencia de alguna diferencia o cuestión particular implicaría proceder de un modo no profesional, como una cuestión que no tiene que ver con un profesional de las ciencias psi. No obstante, un análisis más amplio y enfocado a la reflexión sobre las prácticas mostró que los argumentos universalistas se combinaban con otros de tipo particularista. Por ejemplo: *“Sí, yo creo que lo principal es tener apertura de criterio, y poder entender primero al paciente en su condición más importante de ser humano, son individuos o mujeres que vienen con un monto de —yo te marcaría dos situaciones polares— desde el sufrimiento, por no poder expresarse en sentido amplio y por otro lado, el resentimiento que conlleva sentirse de una condición diferente. Pero te repito, si vos te ubicás en este escenario, fundamentalmente desde la condición humana, yo creo que se te facilitan mucho las cosas” (Profesional del Primer Nivel de Atención).*

Para seguir tensionando el discurso que lxs profesionales tienen en relación a los vínculos que establecen con las personas

LGBTI, escondidos entre otras preguntas, se encontraron atribuciones referidas a dos tipos de relaciones:

La relación entre personas trans y discapacidad: *“Yo creo que es por la estigmatización, con las rotulaciones negativas que se le hacen a cualquier persona por ser diferente, lo mismo con las discapacidades”*. (Profesional del Primer Nivel de Atención).

La relación entre personas trans y prostitución: Es de destacar que varias de las respuestas se orientaban a esta asociación y sobre todo al estereotipo de travestis o personas trans femeninas-prostitución; en general en el discurso de lxs profesionales no aluden a personas trans masculinas. No obstante, como no es el objetivo analizar dicha relación, no se pudo indagar más profundamente.

En relación a las investigaciones realizadas por Lohana Berkins (5) los porcentajes de personas transgénero que trabajan en la prostitución son muy altos por las características de exclusión ya expuestas y estarían condicionadas por dos elementos principales: la condición de personas que construyen su identidad diferente a la heteronormada y la condición de vulnerabilidad socioeconómica. Es decir, no estarían determinadas por decisiones individuales o particularistas de “desear” ser trabajadorx sexual, inyectarse siliconas líquidas de manera clandestina o que lo realizaran sin saber sobre los riesgos que tienen esas prácticas de transformación corporal, como lo expresó unx de lxs profesionales del Segundo Nivel de Atención.

En relación a estos relatos también se puede leer la **invisibilización de las personas trans masculinas**. Todxs lxs profesionales al hablar de las personas Transgénero aludían a las personas trans femeninas, no hay enunciaciones de las problemáticas sociales o de salud de las personas trans masculinas, como así también hubo dos profesionales que en el momento de la entrevista preguntaron quiénes son las personas intersexuales.

4. Obstáculos y facilitadores en la formación académica de lxs profesionales de los equipos de Salud Mental

En relación a esta dimensión se preguntó a lxs profesionales si en la formación de grado o posgrado habían tenido alguna materia o si la formación en la universidad sobre el tema había sido suficiente. Es necesario aclarar que todxs habían hecho su formación de grado en la Universidad Nacional de Córdoba, algunxs hace décadas y otros más recientes, pero el común denominador son los escasos docentes o materias que abordaron el tema y por ende la precaria formación que han tenido.

En relación a las **Operaciones de Reasignación Sexual** se pudo constatar el desconocimiento en la orientación del proceso, es decir, dónde y qué instituciones lo hacen, qué discusiones hay al respecto, qué plantean las organizaciones Socio-políticas de Diversidad de Género sobre el tema, y cuáles son los criterios de diagnóstico del DSM IV (6) y el recientemente publicado DSM V (7) y del CIE 10 (8), etc.

El desconocimiento de los criterios diagnósticos sobre “Trastorno de la Identidad Sexual” o “de Desórdenes de la Identidad de Género” de los manuales quizás tenga que ver con que los procedimientos para comenzar un proceso de hormonización o inscribirse en un hospital público —en lista de espera— para la operación de Reasignación Sexual, no es obligatorio un diagnóstico o pericia psicológica en Argentina. Antes de la ley de Identidad de Género había protocolos más estrictos en donde se tenía que comprobar quiénes eran “lxs verdaderos transexuales”. Además, en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (9) en su artículo 3 prohíbe diagnosticar en el campo de la salud mental ningún tipo de dolencia basada exclusivamente en la elección o identidad sexual.

Unx de lxs referentes de Hombres Trans Argentinos expresa que desde el año 2013 empezó a trabajar una psicóloga en el Hos-

pital Rawson, exclusivamente para la atención de personas que quieran comenzar con el proceso de hormonización y en el caso que lo quisiera la posterior Operación de Reasignación Sexual. Agrega que esta persona no sabía nada sobre el tema y que está aprendiendo conjuntamente con las personas que asisten, como así también la endocrinóloga, ambas con muy buena predisposición de realizarlo.

Consideraciones finales. Discusiones

Las Políticas de Salud Mental en el Primer y Segundo Nivel de Atención en Alta Gracia no difieren en sus características de abordaje, ambas configuran sus estrategias al modelo clínico asistencial centrado en la patología, lo que cambia son los equipos y los lugares de atención. Lo cual plantea dos desafíos: por un lado, se hace necesario hacer una revisión de las significaciones y las prácticas del vínculo profesionales-personas LGBTI. Específicamente para caracterizar esta dimensión se constatan los relatos de profesionales que por sus significaciones y escasa sensibilización y capacitación en esta temática hay cierta tendencia a dirimir la calidad de atención, escucha y empatía hacia las personas LGBTI cuestión que también, se hace extensivo a otras áreas de salud. Poder sintonizar empáticamente, con presencia plena, será decisivo para escuchar, ver y luego actuar dentro lo que se podría llamar “buena clínica”.

Solo quedan como factores a tener en cuenta si la escasa demanda espontánea por las personas que se autodefinen como LGBTI obedece a: las características personales y/o profesionales, la escasa formación en Perspectiva de Diversidad de Género y Derechos, la nula presencia en la agenda de las políticas públicas de Salud o a las características de la comunidad de Alta Gracia que excluye a las disidencias sexuales y de género y favorece la

homo-lesbo-trans-fobia internalizada o es un mix de algunas o todas ellas.

El otro desafío es provocar un proceso de transformación hacia la promoción de la salud mental, abordajes por fuera de las instituciones, que consideren a las personas con capacidad para decidir, de participar y de ejercer los derechos de salud, en esto se hace necesario incorporar a las personas que estén o no organizadas en algún Colectivo Socio-Político. Desde el Primer Nivel de Atención, por ejemplo, los pocos abordajes que se hacen en las escuelas, están basados en la visibilización de las violencias de los hombres hacia las mujeres, invisibilizando las otras expresiones de violencias —bulling— hacia las personas que no cumplen con ninguno de estos binomios. De este modo, las características de las Políticas Públicas en ambos niveles se podrían denominar como excluyentes de las personas de disidencias sexuales y de género considerando además los cruces con otras variables intrínsecas a la pertenencia o no de otros grupos sociales: clase social, lugar de procedencia, grupo etario, etc., no direccionadas en función de necesidades y proyecto de alcance general ya que *“lo público de la política significa incorporar la participación de toda la ciudadanía en igualdad de oportunidades”*. Ase, Buriyovich y La Serna (10)

Con este panorama de las políticas públicas se hace difícil poder identificar cuáles han sido los facilitadores de Accesibilidad a los SSM; pareciera que todavía los “espacios amigables” están relacionados con las experiencias de trabajo en la prevención del VIH, que quizás tenga que ver con la capacitación específica y sensibilización de los equipos de profesionales para trabajar con las personas LGBTI. Otro de los facilitadores que se observó en todos los profesionales es que manifestaron su conformidad con las leyes de “Matrimonio Igualitario” (11) y Ley de Identidad de Género (12) y en ningún caso dijeron que podrían atenerse a la objeción de conciencia.

En relación a la reconstrucción de los obstáculos y facilitadores de las Personas LGBTI en la accesibilidad a los SSM las dos personas entrevistadas que integraban la muestra e indirectamente las personas que integraban Colectivo Diversx, no concurren para asistencia psicológica y/o psiquiátrica en cualquiera de estas dos instituciones por diferentes motivos personales —que podrían tener su raigambre en lo político—. Sin embargo, si se extiende hacia las otras áreas de salud, las mismas se caracterizarían por los obstáculos de presunción de heterosexualidad, de relacionar a las personas trans a la prostitución —con carga peyorativa— la invisibilización de las personas trans masculinos y el escaso conocimiento de la complejidad de discursos y orientaciones de las operaciones de Reasignación Sexual.

Según la teoría fundamentada, desde el marco teórico referencial inicial se propuso como categoría a las Organizaciones Sociales de Diversidad de Género, pero luego con la discusión del material de datos se le agregó lo “político” que tienen, precisamente por su (in) capacidad de incidir en las políticas públicas. En esta investigación solo se analizaron la repercusión social que tuvieron dos leyes con la propuesta de transformar las políticas instituidas hasta ese momento en el país impulsadas fuertemente por estas organizaciones de diferentes provincias.

Por lo tanto, para esta pesquisa se transformaron en Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género.

Lamentablemente en Alta Gracia, se demostró más el desencuentro y/o invisibilización entre estas y los SSM en la posibilidad de articular actividades para que las representaciones, discursos y prácticas de la población LGBTI sean necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad.

5.4.1 *La Salud Mental a partir y desde la ley de identidad de género: ¿avances o estancamientos? La gravedad de la situación trans*⁴⁹

De cómo se perpetúan las formas de exclusión

Tras años de lucha y activismo por parte de distintas organizaciones de la diversidad y como respuesta a la invisibilidad sistemática, a la opresión y a la violencia padecida por el colectivo transexual/travesti/transgénero, el 9 de mayo de 2012 se sanciona en la República Argentina la Ley 26.743, Ley Nacional de Identidad de Género. Esta Ley constituye uno de los grandes avances del movimiento Trans hacia la integración social y al reconocimiento de la identidad autopercebida. En este último sentido, y en torno a la discusión sobre salud mental, esta ley supone un diálogo central con los nuevos enfoques desmanicomializantes, ya que propone una mirada despatologizante de la identidad de género que atraviesa a las personas trans, largamente estigmatizadas por los discursos normativizantes psiquiátricos, psicológicos, médicos y heteronormativos. Este nuevo horizonte legal plantea y sostiene la despatologización trans, llamándonos a entender la experiencia trans no como una patología o un problema, sino como un conjunto de construcciones y elecciones personalísimas, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes, actualmente consideradas por la ley.

Entendido así, el reconocimiento del derecho al propio cuerpo y, en consecuencia, a una libre identidad y expresión de género como derechos fundamentales, vuelve necesaria la revisión de los límites éticos y del rol de las instituciones estatales y privadas, especialmente las médicas, las psiquiátricas y las psicológicas, en la *construcción de la subjetividad de los ciudadanos*. Por esto mismo se hace urgente poner en cuestionamiento las estrechas dicotomías varón/mujer, salud/enfermedad, normal/anormal, etc., propio de la lógica que constituye al sistema heteronormativo patriar-

⁴⁹ El presente apartado ha sido elaborado por Ariana Folcco y Magdalena Arnao.

cal capitalista y “avanzar en construir e implementar categorías conceptuales y metodológicas que puedan captar las lógicas de la diversidad en las que se despliegan estos modos de subjetivación contemporáneos”⁵⁰.

Sin embargo, la situación actual de la vida concreta de miles de personas trans argentinas sigue enmarcada en la exclusión, la estigmatización y la marginalidad, empujándolxs a las *afueras* de la vida social con consecuencias tangibles y dolorosas que reflejan la continuidad con modos de abordar la problemática de la segregación de las así llamadas minorías, en general, y de la cuestión trans en particular, que no pretende, aún, desarticular las lógicas heterodoxas y dominantes del *heteropoder*, que no busca desnaturalizar los mecanismos que posibilitan y dan lugar a la regulación de los cuerpos y las emociones bajo una mirada que fija condiciones de naturalidad, normatividad, valoración (en general de bien de consumo) y disciplinamiento; y que advierte como *peligro* para la estabilidad de las prácticas hegemónicas, cualquier desviación de las reglas, criterios y formas en que se prefiguran axiológicamente los cuerpos, las subjetividades, los sexos, las personas.

La alarmante realidad de las personas trans lxs ubican en un lugar de entrecruzamientos y sumatorias de violencias sociales que vulneran sus derechos y sus vidas, y que habla de una continuidad que, pese a las batallas felizmente ganadas, no parece ceder paso a una consideración de la sexualidad como una experiencia histórica y, por otro lado, a la visibilidad de la sumatoria de razones que explican la realidad alarmante de las personas trans: la sumatoria de motivos para su exclusión vuelven a las personas trans altamente vulnerables.

50 Fernández Ana María, *La diferencia Desquiciada*, Ed. Biblos, Bs. As., pág. 34.

Salud Mental y realidad trans: marginalidad, exclusión y padecimiento subjetivo como deudas sociales crecientes

Si bien el colectivo LGTBIQ en su conjunto sigue siendo víctima de estas formas de desigualdad y violencias sociales pese a los avances en materia de ampliación de derechos civiles, la situación se recrudece para las personas trans, particularmente para las feminidades trans, que no solo son violentadas por su identidad autopercibida, sino que además son atravesadas por la violencia machista y la misoginia propias de nuestras sociedades patriarcales.

El VIH y las enfermedades de transmisión sexual, la violencia policial, los crímenes de odio, las intervenciones quirúrgicas clandestinas, la prostitución y la vida en la calle, producto de una expulsión temprana de la vida familiar y del sistema escolar, coloca a las feminidades trans en condición de extrema vulnerabilidad, afectando sus posibilidades de desarrollo personal y social. La ignorancia, la violencia y la transfobia que permean a nuestra sociedad empujan al colectivo trans a enfrentarse a un promedio de vida que no supera los 35 años.

En el caso de las masculinidades trans, la precarización laboral materializa una de las formas de exclusión sistemática de las personas trans en materia de acceso al trabajo, dejando en evidencia que la prostitución constituye prácticamente la única forma de subsistencia de las feminidades, subrayando enfáticamente, de este modo, la marginalidad como forma de condena social y doble moral que oculta, invisibiliza y empuja a los márgenes para hacer uso y usufructo de estos cuerpos e identidades femeninas.

¿Cuál es la situación actual? Entre la invisibilización y el sufrimiento hecho dato

A la par del cuestionamiento por los modos patologizantes (y criminalizantes) en los que la ciencia (medicina, psiquiatría, psicología) había “descrito” dichas identidades y, en concordancia, las

prácticas “morales” y legales que juzgan a quienes escapan a las dicotomías sexuales imperantes, se pone en cuestión la visibilización como camino inevitable hacia la construcción de una sociedad que asuma, para alcanzar la salud social, los mecanismos por los cuales ha invisibilizado sistemáticamente otras construcciones de identidad, otros modos de ser, percibir, vivir.

Hablar de *visibilización* es central en este contexto porque las formas de ocultamiento han sido posibles mediante la sistemática violencia social, institucional, familiar, etc., que conlleva al padecimiento subjetivo, que produce vidas avasalladas, que condena al sufrimiento y a la muerte a quienes eligen la verdad de sí mismos como único modo de verdad y salud mental.

No obstante, la ausencia de estudios, censos, estadísticas o informes que arrojen luz sobre la situación del colectivo trans en nuestro país, sumado a la ausencia de políticas de sensibilización y concientización sobre la problemática trans, perpetúa de un modo significativo, los modos de invisibilización. Por otro lado, los pocos datos obtenidos hasta el momento, son escasos, no son muestras representativas de todo el territorio nacional y contrastan, en algunos puntos centrales, con la percepción cotidiana de las personas trans en tanto, muchas veces, dichas muestras se centran en personas que han logrado cierta presencia en su militancia y, desde allí, han sido incorporados a espacios relevantes, pero en ningún caso representativos de la situación del colectivo trans.

En la capital provincial, durante el año 2009, se llevó a cabo un censo sobre población de mujeres trans (travestis y transexuales). Este trabajo hecho en base a 340 personas encuestadas, arrojó como resultado que la mayoría de las entrevistadas no tenía cobertura de salud, ni estaban insertas en el mercado laboral. A partir de estos datos, la Administración Provincial del Seguro de Salud (APROSS), extendió su cobertura a personas trans portadoras de HIV, a la vez que incluyó en atención sanitaria dos operaciones relacionadas con la identidad de género, sentando antecedentes

en Córdoba con los casos de Naty, una joven de Villa Dolores y la docente Verónica Giordano de San Francisco.

En mayo de 2014, la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de la Argentina (ATTTA) y la Fundación Huésped publicaron un estudio cualitativo acerca del impacto de la ley de Identidad de Género y otro cuantitativo vinculado con las condiciones de vida de las personas trans. En el mismo se analiza el acceso a la salud, la vivienda, la educación y el trabajo. De este estudio se desprenden estadísticas alarmantes:

- La expectativa de vida promedio de las personas trans no supera los 35 años.
- La mayoría de las mujeres trans (78,6%) no tienen ningún tipo de cobertura médica adicional que no sea la garantizada por el Estado. Por su parte, 7 de cada 10 hombres trans (70,8%) declararon no tener una cobertura de salud adicional.
- Más de la mitad de las mujeres trans sexualmente activas han sido diagnosticadas con alguna ETS. Los diagnósticos más frecuentes han sido sífilis (27,3%) y VIH (21,8%). En el caso de los varones, 2 de cada 10 (24,7%) varones trans sexualmente activos han sido diagnosticados con alguna ITS.
- A diferencia de las mujeres trans donde el 82,7% de ellas tuvieron relaciones a cambio de dinero, protección y/o bienes, solo el 13,9% de los hombres trans entrevistados mencionan haber tenido este tipo de relaciones y han sido en similar proporción tanto con hombres como con mujeres.
- La mayoría de las personas diagnosticadas con VIH han reportado experiencias de discriminación en un hospital o centro privado por tener el virus.
- Las mujeres trans han reportado ser víctimas de discriminación en el ámbito de la salud pública. Quienes han ejercido discriminación han sido personal administrativo (44,3%), médicos (38,3%), enfermeros (35,9%), otros profesionales

como psicólogos y trabajadores sociales (24,5 %), y por último, otros pacientes (23,7%). En el caso de los varones trans, el 45% de los entrevistados ha sido discriminado por médicos, seguido por personal administrativo (40,1%), enfermeras (28%) y otros profesionales como psicólogos (24,4%). 1 de cada 10 varones trans ha sido discriminado por otros pacientes.

- El 34,4% afirmó haber sido discriminado por otra persona trans debido a su estatus serológico frente al VIH.

- En cuanto a los actos de violencia policial, el 62,1% de las mujeres trans que fueron detenidas reportó abuso verbal; el 48,3% maltrato físico; y un 43% abuso sexual. 7 de cada 10 mujeres trans fueron demoradas por la policía o tuvieron una pesquisa realizada por un varón y el 58,5% ha sido privada de algún derecho como llamar a un abogado. El 37,8% de los hombres trans ha sido detenido por las fuerzas de seguridad en algún momento de su vida. De estos, el 41,1% de los casos fue por averiguación de antecedentes; el 16,4% por delitos relacionados con drogas y un 11,6% por estar ejerciendo trabajo sexual.

- 97% de las mujeres trans reportaron haber vivido alguna situación de discriminación o estigma de parte de las fuerzas policiales. La mitad de los varones trans han sufrido algún tipo de violencia psicológica como amenaza, insulto o humillación por parte de un policía y un 22,4% ha sufrido violencia física por parte de un policía. Asimismo, el 40,9% de los varones tuvo una pesquisa realizada por una mujer policía.

- En el ámbito de las relaciones afectivas, el 42% de las personas trans reconoce haber sido rechazado debido a su identidad trans. El 39,6% mencionó haber sufrido violencia de género (psicológica, física, sexual) por parte de su pareja y un 36,6% por parte de clientes sexuales.

- 6 de cada 10 personas trans vivieron alguna de las situaciones de discriminación o violencia descritas anteriormente.

- En materia de educación, entre los mayores de 18 años, 6 de cada 10 mujeres y 7 de cada 10 hombres trans abandonaron en el nivel secundario, sin completarlo. La discriminación entre pares o bulling es sufrida por 7 de cada 10 casos. 4 de cada 10 personas trans refieren haber sido discriminadas por directivos y docentes.
- El 28,7% de las mujeres trans experimentó pensamientos o ideas suicidas. El 31,5% ha realizado algún intento de suicidio a lo largo de sus vidas. La edad modal al momento del intento fue de 16 años. En el caso de los varones, 5 de cada 10 hombres trans han tenido ideaciones suicidas y 4 de cada 10 de ellos han realizado algún intento de suicidio. La edad modal fue de 13 años.
- En relación al nivel de ingresos económicos de esta población se observa que en general 1 de cada 3 personas trans vive en hogares pobres por ingreso, con mayor concentración en el NOA.
- Sólo 1 de cada 10 hombres y mujeres trans reportó tener aportes jubilatorios.

A dos años de sancionada la Ley Nacional de Identidad de Género, los avances en materia de salud integral, educación formal, acceso al trabajo calificado y la inclusión social en general han sido mínimos.

Uno de los datos más alarmantes, y que resume quizás las razones por las cuales dedicar un lugar especial en torno a la reflexión salud mental/colectivo LGTTB a la población trans, es el que conjuga discriminación/violencia/marginalidad/prostitución e índice de suicidio. En el momento que redactamos este informe, el gobierno nacional impulsa un proyecto de apoyo económico para personas trans que, pese a ser un paliativo relevante para muchas personas trans en situación de riesgo (en realidad, casi la totalidad del colectivo, según datos anunciados), perpetúa que las mismas circulen sus vidas por fuera de los espacios sociales que

les pertenecen por derecho propio (como personas de derechos, como ciudadanxs), como lo son el acceso legítimo al trabajo. Lo que ha dejado lamentablemente en evidencia es la reacción homo/trans fóbica de muchísimos ciudadanos, muchos más de lo que sería esperable de una sociedad que se dice dispuesta a cambiar sus cimientos para convertirse, finalmente, en una sociedad donde quepamos todxs. Hacia una sociedad donde las formas de la exclusión no extiendan sus sombras a miles de vidas que eligen el camino de la verdad de su propia subjetividad. Sólo una sociedad que celebre la diversidad y que señale como verdadera enfermedad la discriminación, la desigualdad, la violencia, la heteronormatividad y el odio, podrá ser candidata a una sociedad que goce de salud mental. Por el momento, miles de personas trans, y en particular, miles de mujeres trans, pagan con el padecimiento de sus cuerpos, sus almas, sus mentes, el vivir en una sociedad urgida de desmanicomialización.

5.5. Salud mental y discapacidad: aproximación contextual en relación al abordaje de la discapacidad y salud mental⁵¹

Los derechos humanos tienen en la actualidad un papel expansivo, lo que ha incido en la forma de concebir la discapacidad.

En este contexto se entiende a la discapacidad como un concepto relativo, que varía según los diferentes contextos históricos y sociales.

Desde una visión progresista se sabe que la discapacidad no está en la persona, sino en la sociedad.

Los marcos legales que a la actualidad nos guían en esta temática son la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006*; Argentina aprobó la Convención y su Protocolo median-

51 El presente apartado ha sido elaborado por Ana Heredia y Agustina Gómez.

te la Ley 26.378, sancionada el 21/5/2008 y publicada en el Boletín Oficial el 9/6/2008. Esta, en su *Artículo 1º dice*:

“El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

No se puede pensar un sujeto-cuerpo-ambiente-comunidad por separado, estos interactúan, se retroalimentan, estas son condiciones que deben estar presentes en el abordaje integral de la persona en situación de discapacidad, el impacto del estigma y la discriminación es el mayor obstáculo para la recuperación y el ejercicio de derecho.

La salud mental nos atraviesa a todos como sujetos de derecho, es un concepto amplio cuya cosmovisión tiene que ver con cada uno de nosotros como sujeto que vivimos en comunidad.

Pensar discapacidad y salud mental nos invita a partir de una doble premisa: la persona en situación de discapacidad experimenta una serie de cambios y comportamientos singulares, influenciados por el contexto físico, social y cultural en el cual se desenvuelve, así como de las experiencias personales y de su estado emocional y psicológico; pero a su vez la diferencia de manifestarse en él, se visibiliza, sui géneris, para el resto de la sociedad. Esto provoca que la percepción/interpretación de la discapacidad esté sujeta a una episteme social determinada, y por lo tanto ligada a un tiempo y lugar. *Egea y Sarabia* expresan al respecto “cuando vemos el aspecto de las actitudes sociales hacia la discapacidad y las personas con discapacidad, incluyendo el modo en que la gente

informa sobre la discapacidad y su severidad, con lo que parece ser nos encontramos con una enorme variación según las culturas”.

¿Qué pasa en Córdoba respecto a la situación Salud Mental y Discapacidad?

Hoy nos encontramos con Políticas Sociales que, lamentablemente, han llevado a generar mayor discriminación, segregación y vulnerabilidad. Resta mucho por hacer en este aspecto sobre las personas, la sociedad y las comunidades.

Son muchos los problemas, interrogantes y realidades, sin embargo, existe uno que todavía no ha sido visibilizado en su magnitud, el abordaje de la discapacidad y su relación con la “salud mental”.

Las obras sociales, programas de salud y la administración pública tienen una visión de esto como problemas “diferenciados”. Ejemplo de esto es que el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba tiene una Dirección de Inclusión Sanitaria y Dirección de Salud Mental, y el Ministerio de Desarrollo Social la Dirección de Discapacidad, sin interrelación entre sí.

Sin mencionar la inexistencia de una política pública que promueva la inclusión y evite segregación de personas que, dentro de sus problemáticas, se incluya la combinación de esto. Las instituciones, con argumentos relacionados a las “visiones, que dejen entrever, de peligrosidad”, no “arriesgan” su trabajo.

Los centros de atención de la salud en todas sus escalas, presentan deficiencias para la atención y sostén de problemas que vinculen ambas condiciones.

Esto, nos lleva a una realidad careciente de recursos institucionales para personas con un nivel de semidependencia o dependencia total, sin mencionar si además se suma una problemática familiar y social. Mientras más compleja es la realidad de las personas que atraviesan estas situaciones, menores posibilidades de respuesta existen.

El problema de la accesibilidad de respuestas a necesidades complejas, como se viene relatando, contribuye no solo a que la

persona se demore en la búsqueda de atención, sino también al desarrollo personal, interfiere en la búsqueda y el mantenimiento de empleo, incapacidad para continuar o finalizar los estudios, lograr metas técnicas o profesionales, tener una vivienda adecuada, además carencia de apoyo social y comunitario. La discriminación y la falta de accesibilidad al derecho de recibir un abordaje integral, hace más difícil las relaciones sociales.

En línea general es posible pensar que los difíciles recorridos por las cuales deben atravesar las personas en situación de discapacidad, los han dotado de capacidades para la búsqueda, encontrando siempre nuevas formas de ir resolviendo los conflictos que imponen las barreras sociales en el acceso a la salud.

Diariamente se presentan innumerables situaciones que vulneran los derechos de quienes atraviesan por alguna situación y pone en juego la capacidad de autonomía.

La autonomía se adquiere ejerciendo derecho, es necesario repensar la política pública, que tiene el deber de generar estrategias de empoderamiento de la comunidad y no de segregación, marginalización y precarización de sus servicios.

No se puede pensar la salud mental y la discapacidad como cosas distintas, ambas convergen.

La salud mental debe ser abordada y cuidada con especial atención en las situaciones particulares que pueden interferir en el desempeño diario y que ponga en riesgo el desarrollo ocupacional y un rol social activo.

Es interesante hacer un paréntesis y analizar la situación de la discapacidad y salud mental, con el único objetivo de ampliar la mirada sobre el acceso a la salud integral.

Es necesario evaluar qué pasa con todas aquellas personas que viven su situación en los grises que quedan por la falta de interrelación entre ambas esferas que, vista desde un aspecto legal, quedan en el ir y venir de las leyes de discapacidad (Leyes Nacionales N° 22.431 y N° 24.091, Leyes Provinciales N° 8.811 y N° 8.624, entre otras) y Leyes de Salud Mental (Ley Nacional de

Salud Mental, N° 26.657, decreto 603/13 y Ley Provincial 9848, Reglamento 1022/2012).

6. Salud Mental y Comunidad ⁵²

La ley Nacional N° 26.657 y la Provincial N° 9.848 dan cuenta del compromiso asumido por el Estado de establecer como paradigma rector en el campo de la Salud Mental⁵³ al Enfoque de Derechos. A partir de ello, las nuevas normativas se proponen la transformación del modelo de atención manicomial, avanzando hacia abordajes comunitarios articulados en una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Para alcanzar este objetivo, resulta necesario promover una red de servicios de salud mental con base en la comunidad, que se encuentre integrada al sistema general de salud y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Dicha red no debería ser considerada como complementaria al Hospital Monovalente sino sustitutiva del mismo, implementando acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria.

En este marco, se vuelve indispensable avanzar en la puesta en marcha de dispositivos alternativos territoriales e intervenciones comunitarias que permitan paulatinamente sustituir el sistema manicomial. El territorio toma especial relevancia por la comple-

52 El presente apartado fue elaborado por Solana Yoma, Paola Blanes y Jeremías Miretti. Se contó con la colaboración y los aportes sustanciales de Omar Barrault, Elizabeth Nahum, Liliana Moreno, Federico Fonseca y Graciela Bocco.

53 Se retomará la noción de “Salud Mental” en tanto denominación adoptada por los nuevos marcos normativos en esta materia, pero reconociendo que no es posible pensar en una salud fragmentada en mente-cuerpo-sociedad. Tal como plantea Stolkiner (2013), se considerará más bien que *“se trata de un subcampo dentro del de la salud, que se define por las instituciones y los actores que lo configuran, y también por las formas particulares de producción de sentido que le son propias.”* (p. 1). Así, se conservará el adjetivo “mental” en tanto dimensión de análisis que rescata esta especificidad, pero en todo momento este apartado se enmarcará en una perspectiva de Salud Integral.

alidad de su abordaje, así como por los procesos comunitarios que acontecen allí. Darle esta relevancia aporta tanto al sostenimiento regular de servicios con base comunitaria como a la atención en situaciones disruptivas, como pueden ser situaciones de desastres o catástrofes, entre otras.

Considerando lo anterior es que procuramos aquí esbozar un mapa de situación de los equipos de salud que abordan problemáticas vinculadas a la salud mental, y que se encuentran actualmente interviniendo en diferentes comunidades de la ciudad de Córdoba. Pretendemos, a partir de eso, identificar algunos de los obstáculos y desafíos clave para pensar en las condiciones de posibilidad para una plena implementación de las leyes de salud mental en nuestra provincia.

*Salud Mental en los dispositivos del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Córdoba*⁵⁴

La Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba, junto con los Equipos de Atención Comunitaria (EAC) y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia, son la base institucional del primer nivel de atención de salud de la ciudad de Córdoba. ¿Cuál es la situación de Salud Mental en los barrios de Córdoba, y cuál es su

⁵⁴ Nos centramos en este apartado en los dispositivos estatales de Atención Primaria de la Salud, sin desconocer otras iniciativas de organizaciones sociales que vienen trabajando en prevención y promoción de la salud. Existen en la ciudad distintas organizaciones/instituciones (grupos comunitarios, ONG, entre otros) con trabajo de carácter territorial y comunitario, que abordan ejes como la organización comunitaria, la participación, el arte, la cultura, y que comparten problemáticas como la precarización laboral de sus trabajadores/as, la necesidad de búsqueda constante de financiamiento, y otras dificultades relacionadas al mapa de situación que se delinearán a continuación. El trabajo de estas organizaciones de la sociedad civil, si bien se considera central en materia de APS y de las nuevas leyes de salud mental, no será abordado en este apartado debido a cuestiones expositivas que exceden el marco de esta presentación.

abordaje en el primer nivel de atención?, ¿qué transformaciones, ajustes, continuidades son necesarias para avanzar en la efectiva implementación de las leyes de salud mental desde el primer nivel? Con esas preguntas de referencia debatimos con referentes de los servicios de la DAPS y de los EAC, con el objetivo de analizar la situación en el escenario actual y los desafíos a futuro.

1- La escasez de recursos y la regresividad en la atención en Salud Mental

La Ley Provincial 9.848 considera que la base de atención en salud mental se debe llevar adelante en el primer nivel de atención, y en concordancia con ello, otorga a los municipios amplias funciones en lo que hace a la atención de los ciudadanos de la provincia. Sin embargo, uno de los artículos del proyecto de ley provincial presentado por la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos que ha sido deliberadamente suprimido al momento de su sanción, es aquel que hacía referencia a la necesidad de destinar un fondo específico para los municipios que acompañe esta transformación. Esta delegación de funciones, de la provincia hacia los municipios, realizada sin la correspondiente transferencia de recursos, establece serias dificultades para los gobiernos locales que se ven en la tarea de llevar adelante las transformaciones necesarias para adecuar y garantizar las prestaciones en salud mental, sin contar con el financiamiento necesario para hacerlo.

Con una población de 1.330.000 habitantes, la ciudad de Córdoba cuenta con 98 centros de salud municipales, de los cuales 27 cuentan con psicólogos/as⁵⁵ y solo 20 con trabajadores/as sociales. Los Equipos de Atención Comunitaria, pensados para abordar específicamente problemáticas de salud mental en el primer nivel de atención, son actualmente 19 con un equipo base de 3 disciplinas (medicina, trabajo social, psicología), que no se com-

55 De los cuales, uno se encuentra cumpliendo funciones de coordinación, tres destinados al Acompañamiento a Testigos en los Juicios de Crímenes de Lesa Humanidad, y los 23 restantes en centros de salud.

pleta en todos los casos, y coexisten territorialmente con algunos equipos de salud municipales. Por último, la ciudad cuenta también con 16 Centros de Atención Primaria, distribuidos principalmente en las llamadas ciudades-barrio de la periferia cordobesa.

Algunas de las principales demandas en SM que son receptadas por el primer nivel de atención son el consumo problemático de drogas, referido principalmente por las escuelas secundarias, pedidos de tratamiento y medicación para niños/as por problemas de violencia, situaciones de violencia de género, muchas de ellas judicializadas, y consultas para la certificación de discapacidad.

Estos primeros datos muestran a grandes rasgos que el recurso humano en salud mental, para la atención en el primer nivel resulta escaso, siendo esta una situación que no muestra una tendencia a revertirse en los últimos años. Por ejemplo, se menciona que el ingreso de psicólogos/as en la Dirección de Atención Primaria en Salud es de un promedio de 1 por año desde los últimos 5 años, y en los que muchas veces las jubilaciones o renunciaciones de cargos de personal permanente no son reemplazados en iguales condiciones. Ante esta configuración, siguen habiendo más de 70 Centros de Salud que no cuentan con esta disciplina, y más de 80 sin trabajadores/as sociales.

Esta situación repercute directamente sobre la atención en los centros de salud que cuentan con estas disciplinas: *“desde Psicología fácilmente a 4 o 5 personas por día les digo que no tengo turno, o sea que hay una demanda increíble”* (Psicóloga DAPS). Al no contar con esta prestación en los centros de salud de referencia, algunas personas concurren a otros servicios buscando atención: *“nos pasa que por ahí que en el trabajo diario terminamos atendiendo gente que no pertenece al área programática, sino que viene de otros lados”*. (Psicólogo EAC).

La referencia que insiste sobre esta situación es la de servicios desbordados, lo cual supone también centrar los esfuerzos y el trabajo en la atención a esta demanda, muchas veces en detrimento de otras acciones de prevención y promoción: *“Aquellos compañeros*

que hacen esfuerzo por trabajar lo comunitario, por articular redes, están siendo desbordados por la cuestión clínica. Entonces han implementado metodología por ejemplo de turneros, de turnos en espera, listas de espera, ese es un registro diferente de otras épocas, resulta cada vez más complicado trabajar en esas condiciones” (Psicólogo DAPS).

La demanda que excede a la oferta de atención en Salud Mental en APS se produce también ante la ausencia de servicios que atiendan situaciones específicas que requieren un nivel de complejidad particular, con el que no se cuenta en el primer nivel. Las problemáticas psiquiátricas de mujeres embarazadas, los problemas de psicomotricidad de niños/as y psicopedagógicos en adultos, entre otros, son ejemplos concretos de situaciones que, según se menciona, están quedando sin atención específica en los servicios públicos de la ciudad. Frente a la imposibilidad de derivación, se intenta absorber esa demanda desde el primer nivel cuando es posible, desbordando la capacidad de respuesta del mismo, al mismo tiempo que se disminuye la calidad de atención que se brinda.

“Vemos mucha regresividad en la atención de los niños en la zona sur, no hay donde derivarlos. El Misericordia dejó de atender niños por consultorio externo hace mucho tiempo, el equipo de Inaudi⁵⁶ del EAC no atiende niños, el psicólogo que estaba en el centro de salud de B° Comercial ya no está más, el Asturias⁵⁷ tiene una psicóloga que atiende solamente adultos. También nos ha pasado de derivar pacientes a nuestro hospital general de referencia, por ejemplo embarazadas con problemáticas psiquiátricas, y es toda una temática porque ningún servicio quiere tomar, ginecología no quiere tomar por ser una paciente psiquiátrica, clínica médica por estar embarazada... entonces queda sin atención.” (Psicóloga DAPS).

Otra situación que preocupa a los/as profesionales del primer nivel, gira en torno a los pedidos de certificados de discapacidad

56 Barrio urbano marginal del sector sur de la ciudad de Córdoba, colindante con la Avenida de Circunvalación.

57 Hospital Príncipe de Asturias, dependiente de la Municipalidad de Córdoba, ubicado en Villa Libertador, al sur de la ciudad.

y la regresividad de las prestaciones que brinda al Ministerio de Salud al respecto. Frente a situaciones de restricción en los servicios de atención, el certificado de discapacidad termina transformándose en una precondition para acceder a derechos. *“Este es un punto gravísimo de violación de la ley de salud mental. Esto por parte de las obras sociales o de cualquier estamento. Se ha banalizado, ha pasado a ser un trámite para que te den una prestación y la gente se engancha en esa “bueno es más fácil que le den el certificado de discapacidad así logra todos los servicios que necesita”.* (Psicóloga EAC).

Un aspecto sensible que muestra la regresividad de la atención y la calidad de la prestación a situaciones de discapacidad es el cambio en la gestión de las llamadas “maestras integradoras”: *“Antes cada familia gestionaba el recurso, ahora no, cada escuela especial tiene destinadas ciertas escuelas comunes digamos y asignan dos integradoras por escuela. Entonces la integradora puede tener tres niños, cuatro niños... entonces la atención es menos y de menor calidad”.* (Psicóloga DAPS).

Aún en estas condiciones continúan sosteniéndose diversos dispositivos que aportan a la salud mental de los vecinos: dispositivos grupales, individuales, acompañamiento a procesos organizativos de la gente, espacios culturales y recreativos, entre otros. Pero son, a toda luz, escasos para los requerimientos poblacionales.

2- Dificultades en el sistema referencia-contrarreferencia⁵⁸

Otra situación que se desprende de lo mencionado anteriormente e íntimamente ligado a la falta de recursos humanos gira en torno a las dificultades en el sistema de referencia y contrarreferencia del sistema local de salud. Estas dificultades son mencionadas como de larga data, siendo aún en la actualidad persistentes y recurrentes. En el primer nivel de atención en la ciudad de Córdoba, insis-

58 Para Ase (2014), los sistemas de referencia y contrarreferencia implican la construcción de una red de complejidad creciente de efectores, cuyo funcionamiento se encuentra regido por los principios de universalidad y gratuidad, y al interior de los cuales solo la lógica sanitaria determina la aceptación o no de un paciente a la institución. Es decir, un principio jerárquico es el que garantiza el correcto funcionamiento de la red.

te la mención de que, frente a servicios “desbordados”, el criterio territorial está siendo el más utilizado a la hora de referir a un servicio de atención de salud: “vaya allá que está más cerca”. Este criterio, lejos de garantizar una mayor accesibilidad y una atención de calidad a todas las personas, da cuenta de los obstáculos de un sistema que contribuye a una sistemática violación de los derechos básicos a la salud de la población.

No es el grado de complejidad el que se tiene en cuenta como criterio de derivación, sino la necesidad de no “saturar” los servicios, sin mayores consideraciones acerca de los problemas que este ir y venir genera a los ciudadanos que requieren atención. *“Ante una realidad de escasez de recursos lo que se ofrece a los vecinos es escaso, no se puede derivar, y esa decisión le pesa a los trabajadores, de no poder atender, no poder derivar”*. (Psicólogo DAPS).

La falta de una definición clara, de mecanismos claros de derivación, y la saturación de los servicios en todos los niveles, hace que los ciudadanos queden “atrapados” en el sistema, muchas veces sin la atención que necesitan.

“Eso se ve en qué población debe atender cada uno... Existen ciertas articulaciones poco claras entre los diferentes lugares de atención: ellos no quieren atender personas de ciertos barrios, entonces terminamos atendiendo todo y no terminamos atendiendo bien lo que nos corresponde, son articulaciones que deberían tener un marco institucional más claro, para el trabajador y para la gente, para optimizar recursos, para que la gente no vaya y venga, para que no ocurran situaciones de riesgo... en la práctica uno termina resolviendo de distintas maneras”. (Psicóloga DAPS).

A las situaciones específicas de atención al padecimiento mental se suma la resistencia o falta de condiciones para absorber estas situaciones dentro de servicios generales.

“Por ejemplo en el [Hospital] Asturias hay 20 camas pero no hay previstas para salud mental, ellos atienden muchas urgencias de crisis sobre todo vinculadas a violencia y a adicciones sobre todo los fines de semana que hacen atención de la crisis de la gente que llega, pero

claramente que no hay condiciones ni edilicias ni de profesionales. No hay psiquiatra en ese hospital”. (Psicóloga DAPS).

Contrario a uno de los ejes centrales de las nuevas leyes de salud mental, que prevé que las internaciones deben realizarse en hospitales generales y que los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios para ello, aquí se hace referencia a la existencia de hospitales que no solo no están preparados para receptor esta demanda, sino que la rechazan de manera explícita por el solo hecho de tratarse de problemáticas de salud mental, lo cual es considerado como un acto discriminatorio en los términos de la Ley Antidiscriminatoria 23.592 y Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

“Hay mucha resistencia también en estas condiciones de incluir pacientes psiquiátricos dentro del hospital, sobre todo los pacientes alcohólicos o adictos y que el argumento es que no quieren que se transforme en un nuevo IPAD⁵⁹”. (Psicóloga EAC).

3- Déficit en la coordinación interjurisdiccional y en la distribución de recursos

A la escasez de recursos humanos en salud y en salud mental se le suma una distribución y redistribución de estos recursos que escapan a lógicas estratégicas basadas en criterios sanitarios. Se mencionan irregularidades en la conformación de los equipos, las cuales dificultan pensar en planificaciones a mediano plazo y requieren también un esfuerzo extra para actualizar permanentemente el mapa de profesionales y servicios para poder referenciar y articular con los mismos. La especificidad de la atención en APS también es algo que se menciona no suele primar a la hora de tomar decisiones sobre el recurso humano.

“Al equipo lo iban rellorando con recursos que eran de otros lados, como recursos eventuales de Nación⁶⁰”. (Psicóloga EAC).

59 Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción.

60 Por ejemplo, a través del Programa Médicos Comunitarios dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

“Se peleó por mucho tiempo que cada profesional estuviera en un solo centro de salud, porque como van cambiando las gestiones y algunas gestiones lo que querían es que los psicólogos estuvieran en dos centros, (...) porque como que hay un desconocimiento de la función del psicólogo en la atención primaria, entonces ellos pretendían dividir el recurso en dos”. (Psicóloga DAPS).

La articulación entre las diferentes jurisdicciones es también una de las grandes dificultades mencionadas, que obstaculiza la atención, y que muchas veces es vista como un “desperdicio de recursos”. La articulación interjurisdiccional se basa, en este sentido, no en un criterio sanitario o territorial, sino simplemente en la co-presencia o co-existencia en las comunidades de los diferentes equipos que responden a dependencias, programas y niveles del Estado diferentes.

Estas articulaciones, por otra parte, no se sustentan en acuerdos formales ni en lineamientos de las políticas públicas de salud de la Municipalidad, la Provincia y la Nación, sino básicamente en relaciones y estrategias personales de los integrantes de los diferentes equipos de salud. *“No hay una articulación formal, cada uno lo va arreglando...”* (Psicólogo EAC), *“La verdad es que hay un enjambre de recursos, de programas, de idiosincrasias diferentes en el territorio, nos une la posibilidad personal de articular, la posibilidad de hacer relaciones con el otro, que se las arreglan los efectores ahí en el terreno, o no se la arreglan y terminan siendo un desperdicio, a lo mejor, de recursos.”* (Psicóloga EAC). Estas formas de articulación son persistentes en el tiempo, lo cual indica el grado de dificultad que existe en los sistemas implementados, además de visualizar las prácticas que no han podido transformarse.

Se reconoce la importancia de avanzar en garantizar la accesibilidad real a los servicios territoriales en Salud Mental con lo cual la distribución de recursos humanos y materiales se vuelve un tema fundamental. *“Al haber una disparidad presupuestaria tan abismal, me parece que también se puede decir que los recursos van a parar mayoritariamente a otros, no van a parar a salud mental, salud*

mental siempre es la pata floja de cualquier presupuesto en salud, de donde lo miremos”. (Psicóloga EAC).

4- La interdisciplina y el perfil de los profesionales

Como mencionamos anteriormente, el perfil de los profesionales, cuya formación hace hincapié en las funciones clínico-asistenciales, se considera inadecuado, poco específico, o insuficiente para abordar la complejidad propia del trabajo en territorio, en el primer nivel de atención. Las acciones de prevención y promoción de la salud, junto con las actividades y estrategias que buscan favorecer e incentivar procesos de participación en las comunidades, son vistas muchas veces como secundarias, complementarias, y se realizan si el tiempo es suficiente luego de realizar las tareas asistenciales.

“A todo esto se le suma el perfil, el perfil de ingreso y de lineamientos para sostener eso [las acciones comunitarias]. Después tenés trabajadores que entienden que participar en una red barrial no les toca porque no es su función. Y su función es solo atender dentro del centro de salud (...) para muchos no está claro el trabajo en el territorio. Algunos dicen que si te vas o dejás de atender dentro del centro y te vas al barrio, tenés que dejar a alguien cubriendo porque lo más importante es la atención dentro del centro” (Psicólogo DAPS).

En relación al trabajo comunitario, se menciona que los profesionales que integran los equipos de atención primaria de la salud parten de definiciones distintas —y a veces contrapuestas— de lo que se entiende por comunidad y de lo que implica el trabajo en comunidades desde la promoción de la salud. No se comparten principios comunes que orienten el trabajo en este sentido, por lo que las acciones en las comunidades dependen en gran medida de cómo cada equipo logre definir y encarar el trabajo comunitario. Por lo general, al mismo tiempo, se manifiestan diferencias importantes al interior de los equipos sobre este punto, que muchas veces implican su retraimiento hacia el interior de los centros de salud y a las tareas estrictamente de asistencia.

“Ahora ese meollo ahí, lo que uno identifica como algunas cosas que son diferenciales por las historias disciplinarias en el sistema de salud y entonces uno habla de equipos más abiertos y equipos más cerrados en salud, que hacen más trabajo en territorio y menos trabajo en territorio que bueno... a mí me parece que muchos están muy cerrados”. (Psicólogo DAPS).

A la inadecuación de los perfiles profesionales se le suma también la complejidad del trabajo interdisciplinario, que más allá de ser reconocido como necesario y primordial para el primer nivel de atención, conlleva tensiones constantes que dejan entrever concepciones diferenciales respecto de cómo trabajar en esta dirección, así como disputas de poder entre las distintas disciplinas.

“En relación a la interdisciplina, sucede a veces el clásico ‘te derivo’ al profesional que atiende al lado en el mismo centro de salud, el trabajar con... lo relacionan solo a que ‘te paso a tal paciente’”. (Psicólogo DAPS).

Psicología y trabajo social son disciplinas que se ven desvalorizadas, y el trabajo comunitario es reconocido, muchas veces, como responsabilidad exclusiva de estos profesionales. Además, la desproporción numérica de profesionales de estas disciplinas en relación con otras en los equipos de salud da también cuenta de la menor valoración social y sanitaria que se hace de sus aportes específicos.

“En el relato institucional, los psicólogos no tenemos lugar, no existimos, funcionamos de hecho. Estas son debilidades institucionales que muestra el lugar que se nos otorga. (...) en las estructuras organizativas y de decisión hay dificultad para incorporar psicólogos, esto de poder tener encargaturas de centros de salud, no hay una noción de que un psicólogo pueda hacerse cargo”. (Psicólogo DAPS).

La formación y el perfil de los profesionales de salud es uno de los desafíos más importantes a la hora de pensar en las condiciones para la plena implementación de las leyes de Salud Mental.

Resulta dificultoso pensar en la construcción de dispositivos alternativos y de atención comunitaria de los padecimientos mentales si no se cuenta con profesionales críticos que puedan cuestionar la lógica manicomial, de poder y de sometimiento que no se encuentra solo presente en los hospitales monovalentes, sino que también impregna las prácticas asistenciales en las comunidades. El anclaje territorial de la atención a la salud mental, en este sentido, es condición necesaria pero no suficiente para avanzar en dismantelar la lógica de los manicomios. Jordi Foix (2004) acierta al considerar que *“El lugar no determina per se una práctica determinada”* y que no debe confundirse lo comunitario —una práctica—, con lo extrahospitalario —una ubicación determinada, física, en la comunidad— lo cual puede llevar a reproducir prácticas hospitalarias y de custodia, de segregación y de aislamiento, aún en y de la propia comunidad.

5- La participación ciudadana en salud

La participación, como proceso inclusivo y activo de las comunidades, es uno de los elementos esenciales del derecho a la salud y se constituye en una de las directrices básicas de la estrategia de APS⁶¹, en el marco del derecho a un sistema de atención eficaz e integrado, accesible para todos y todas.

La realidad de los territorios en la ciudad de Córdoba, se aleja bastante de estos planteos. Salvo excepciones, se mencionó como escenario generalizado la “escasa” participación de los/as vecinos/as en las acciones de los centros de salud en torno a problemáticas de salud y de salud mental. Esto se relaciona por una parte con una representación que los vecinos sostienen sobre los centros de salud como espacios donde demandar y de los cuales esperar sólo acciones ligadas a la asistencia de determinadas problemáticas —y no de otras—, reforzada por una oferta de atención que mu-

61 La estrategia de APS “exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud.” (Declaración de Alma-Ata, 1978, s/p).

chas veces va solo en esta línea. La participación, en este sentido, es un eje que distintos profesionales, integrantes de los equipos de salud, promueven pero aun dista mucho de ser una política instalada. Tampoco es demandada como derecho ciudadano. Las condiciones de trabajo, al mismo tiempo que los perfiles poco adecuados de los profesionales para el trabajo en comunidad, van a contramano de los tiempos y las lógicas que requiere el trabajo comunitario, la articulación en redes, la promoción de salud desde procesos participativos.

“El trabajo comunitario en nuestro equipo siempre se planteó en función de la necesidad del grupo de mujeres, (...) se trabajó en base a los horarios que ellas necesitaban, se planteó trabajar los sábados porque era el único día hábil que tenían ellas y era a la siesta. Y bueno... nadie estaba dispuesto a ir el sábado a la siesta, y los que iban eran muy boicoteados porque era: ‘¿cómo vas a trabajar en esos horarios fuera del horario de la Muni!’ . Esto porque esas horas no son reconocidas, por lo que entonces nadie quería participar”. (Psicóloga DAPS).

En relación a la participación, se abren tres líneas de sentido diferenciales pero intrínsecamente vinculadas: por un lado, la necesaria y muchas veces ausente inclusión de los profesionales en los espacios y procesos participativos comunitarios; por otro lado, la concepción que tienen los profesionales acerca de la participación de los vecinos —subvalorada o entendida en términos de “colaboración”— que se sustenta en la ausencia de mecanismos formales o informales que promuevan el involucramiento de los pobladores en cuestiones de salud; y por último, una potencialidad de participar que no es demandada ni exigida por la comunidad, acostumbrada a una lógica asistencialista y no de derechos.⁶²

En este escenario, se destaca la importancia de favorecer una participación real de los vecinos y vecinas en las políticas de salud

62 Entendiendo el Enfoque de Derechos, en tanto marco conceptual y de acción que apunta a dejar de considerar a las personas como población con necesidades a ser satisfechas y propone su consideración como sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas, en tanto titulares de derechos que obligan al Estado (Ase, 2009).

y en los centros de atención primaria de sus propios barrios, en todas las instancias que hacen a la planificación, diseño, ejecución, discusión sobre problemáticas y estrategias a llevar a cabo. De la mano de esto, se vuelve imprescindible promover la generación de espacios institucionales y comunitarios democráticos, con una lógica flexible, que permita la inclusión de todos los actores y promueva condiciones para que los miembros de la comunidad no sean solo pacientes, sino protagonistas activos en los procesos sanitarios comunitarios.

La participación en salud, en este sentido, se plantea como uno de los grandes desafíos: *“también tenemos que crecer como ciudadanía, tenemos derechos a tener atención en cualquier barrio, desde una perspectiva más amplia, los derechos como derechos de todos. Si todos tenemos derechos y está la ley que lo dice, bueno, ahí podemos demandar, eso es ciudadanía, hay dificultades de participación de la ciudadanía en general para exigir esas cosas”*. (Psicólogo DAPS).

Desafíos y agenda pendiente

La discusión sobre las posibilidades de implementación efectiva de las leyes de Salud Mental se ve atravesada por una compleja trama de situaciones, problemáticas y condiciones inherentes al campo de la Salud,⁶³ que la atraviesa, al mismo tiempo que la invisibiliza.

Existe consenso en que las nuevas leyes de Salud Mental resultan fundamentales para pensar transformaciones sustanciales para la salud y en la salud. Esto en tanto su capacidad simbólica y de exigibilidad permite avanzar en la instalación de nuevos horizontes de posibilidad. Si bien se reconoce la importancia de la normativa, al mismo tiempo se sostiene que en las prácticas concretas no se han producido transformaciones sustanciales hasta el momento. Las situaciones que se han mencionado a lo largo de este artículo se presentan como aspectos que o bien no han impulsado las transformaciones que las normativas plantean, o bien

63 Ver “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, Hugo Spinelli, 2010.

las han obstaculizado. Estos factores se vinculan fuertemente en el análisis, con déficits estructurales y con la necesidad de otras transformaciones que acompañen y faciliten la implementación de las nuevas leyes.

Frente a este panorama, se presentan como puntos críticos y desafíos algunas cuestiones que resultan clave para avanzar en las transformaciones necesarias:

- Adecuación presupuestaria y de recursos materiales y humanos.
- Formación de recursos humanos que puedan llevar adelante las transformaciones establecidas por la normativa, desde una perspectiva de derechos.
- Valorización de la dimensión subjetiva en las políticas de Salud y Salud Mental.
- Avanzar más en la participación comunitaria en las políticas de Salud y Salud Mental.
- Constitución de un Órgano de revisión local, que pueda monitorear los avances e identificar obstáculos.

El emergente más acuciante y característico para muchos de los profesionales que trabajan en la Atención Primaria resulta ser la “falta o carencia de recursos tanto materiales, económicos como humanos”, lo cual no puede ser tomado como un punto de partida que exima al Estado en sus diferentes niveles de la obligación de garantizar el acceso a la salud igualitario, gratuito y de calidad. Por el contrario, debe tomarse como la base para pensar en una administración estratégica de los mismos, que tienda al desarrollo del más alto nivel de satisfacción de los derechos a través del tiempo. La adecuación presupuestaria es una de las condiciones básicas y de los requisitos mínimos para la implementación de los compromisos asumidos por el Estado nacional y el Estado provincial en materia de Salud Mental.

La adecuación de los perfiles profesionales es también otro de los desafíos pendientes, a partir de lo cual, resulta indispensable

la revisión de los planes de estudio y programas de formación en las universidades.

También resulta importante la valorización de la dimensión subjetiva de las políticas en salud y en salud Mental. El abordaje de diversas problemáticas de salud y salud mental en los barrios requiere de miradas complejas que consideren a las personas en su integralidad. Esto implica ir más allá del cuerpo fisiológico y detenerse en lo que esa persona siente, cómo lo piensa, qué decide, qué relaciones puede establecer o no. Para ello, se necesitan dispositivos heterogéneos que acompañen en los territorios la promoción de la salud de manera integral, lo cual requiere de tiempos y recursos necesarios para hacerle lugar a la dimensión subjetiva en esta complejidad.

Es importante, además, proseguir en acciones que promuevan la participación comunitaria en lo que refiere a salud mental. Para ello, es central la inserción de los profesionales en procesos participativos de los barrios y el hecho de promover espacios que faciliten la participación real de los vecinos en los aspectos decisivos de la vida comunitaria.

Finalmente, resulta de suma importancia y urgencia, la constitución y puesta en marcha de un Órgano de Revisión Local que pueda monitorear la implementación de las nuevas normativas en la provincia de Córdoba, ya que se acuerda con Ase (2014) en que *“Un derecho que no cuente con mecanismos que hagan posible su ejercicio y exigible su protección es un derecho incompleto”*.

Entendemos que la sociedad civil, debe jugar el rol de contraloría ciudadana, fundamental para que se cumplan las políticas del Estado. Sus acciones pueden estar dirigidas a recoger las denuncias de casos de violaciones a los derechos humanos, para alertar respecto de lo que el Estado no debe hacer a fin de evitar vulneraciones, pero también y fundamentalmente, a la promoción e incidencia respecto de lo que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales, entre ellos, el derecho a la salud.

7. El caso paradigmático: Caso ME: crónica de una internación voluntaria que deviene en privación ilegítima de la libertad⁶⁴

Motiva la escritura de este artículo la conciencia de que a cuatro años de la promulgación de la nueva legislación en salud mental, tanto nacional (N° 26.657) como provincial (N° 9848), persisten prácticas que vulneran derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud mental, al sostenerse circunstancias que atentan contra el pleno ejercicio de la autonomía y ante la falta de reconocimiento de la condición ciudadana de estos sujetos. Aún a tres años de la reglamentación de la ley provincial y a un año de la reglamentación de la ley nacional, de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y de la puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión Nacional, se destaca la importancia de contar con un mecanismo de control local para detectar y denunciar las graves violaciones a los derechos humanos de las personas alojadas en instituciones de encierro.

Desde esta perspectiva cabe preguntarse cuando la norma escrita no alcanza, ¿será suficiente la creación de organismos que controlen su efectivo cumplimiento, si aún subsiste la lógica manicomial como fundante del tratamiento de la locura? En ese marco, como actores involucrados en un ámbito de formación como la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, consideramos que en los espacios de formación corresponde renovar el compromiso de trabajar para desnaturalizar las representaciones que circulan en relación a la locura, despatologizar el sufrimiento psíquico e incorporar los principios fundantes del modelo psicosocial de la discapacidad como contenidos transversales.

Desde distintos espacios, se vienen desarrollando acciones de sensibilización y puesta en conocimiento del nuevo marco normativo, con sus correspondientes reglamentaciones, sin embargo, no es una excepción que sucedan situaciones como la que a conti-

⁶⁴ El presente apartado ha sido elaborado por Maricel Costa, Liz Lesta y Virginia Merlo.

nuación se relata en la misma clave de denuncia propuesta por el Informe 2013 del CELS, que en su Capítulo V, reseña casos que se ubican entre el reconocimiento de la norma y la insuficiencia de prácticas transformadoras.

La vinculación con esta realidad, por medio de una práctica como estudiante o en el acompañamiento de la misma como docente, y de la participación en instancias como las propuestas por el Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Córdoba, favorece la toma de conciencia y nos confronta con la brecha existente entre normas y prácticas. En un contexto en el que el modelo social de la discapacidad colisiona con los viejos modelos tutelar y biomédico que, a pesar de ser incompatibles con la nueva legislación, continúan siendo eficaces en prácticas institucionales sustentadas en representaciones sociales dominantes que inciden en el comportamiento de quienes participan en el modelo de atención, como usuarios, familiares y/o profesionales.

La centralidad de los conceptos de dignidad, respeto por la voluntad de la persona, autonomía, igualdad de oportunidades y no discriminación en el modelo social de discapacidad permiten comprender esta problemática como una cuestión de derechos humanos (CELS, 2013).

A continuación se presenta el caso ME, en el que se identifican una serie de sistemáticas violaciones a los derechos de una joven de 22 años, detectadas durante su proceso de internación en una institución monovalente de gestión privada que comenzó en julio de 2013 y se extendió hasta octubre del mismo año. La intención es hacerle lugar a las voces implicadas a través de la presentación simultánea de dos relatos, uno que refiere el curso legal del proceso de internación de ME según la secuencia de actuaciones que figuran en el expediente de la causa, y el otro relato se reconstruye a partir de fragmentos de una carta que el denunciante, pareja de ME y usuario del sistema de salud mental, dirigiera a organismos de derechos humanos durante dicho pro-

ceso. Para facilitar la lectura, la voz del denunciante se presenta en un recuadro.

Es así como el caso, uno entre tantos, pone en evidencia la falta de controles eficaces por no disponer de un mecanismo de denuncia en lugares de “detención psiquiátrica” en los que se producen graves violaciones a los derechos humanos.

La historia comienza cuando ME **decide internarse voluntariamente** el 14 de julio de 2013 en la Clínica Privada SM, alegando sentirse estresada y con necesidad de disponer de un tiempo y un espacio para descansar; siendo oportuno aclarar que esta medida es respetada por el equipo terapéutico al que la paciente había consultado en el último mes, pese a no ser recomendada por el mismo.

A días de su internación, **la madre de la usuaria decide imponerle a su médico psiquiatra**, el Dr. RM, pese a la reiterada negativa de la joven a ser tratada por él. Esta decisión es avalada por el psiquiatra, primera violación a la ley N° 26.657 que en el Cap. 4, Art. 7° inc. k) plantea: *“El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”*.

Se destaca que M.E **recién fue diagnosticada el 31 de julio, a los 16 días de su internación, informe presentado bajo la sola firma del médico psiquiatra impuesto**, quien aduce entre las razones de internación la “disfuncionalidad de la familia”, sin embargo, otorga a la madre la plena potestad para decidir sobre el destino de la paciente, mencionando como un agravante de su situación que era “su cuarta internación en la clínica”, pasando por alto que la paciente tiene *“derecho a no ser identificada ni discriminada por un padecimiento mental actual o pasado”* (Cap. 4, Art. 7°, inc. i).

En el diagnóstico también se destaca que se detectaban “riesgos psíquicos para sí”, sin mencionar indicadores que den cuenta de ello; que M.E se presentaba “sin conciencia de enfermedad”, aspecto que entra en clara contradicción con el hecho de que la

paciente se internó voluntariamente; ”falta de adherencia al tratamiento”, ¿acaso negarse a ser tratada por él implica falta de adherencia al tratamiento?; “contacto con grupo de riesgo”, en función de lo referido por la madre, habiéndose negado sistemáticamente a entrevistar a la pareja (MF), pese a la insistencia de esta.

Además de la sola firma del médico psiquiatra en el diagnóstico, lo cual contradice lo que la ley plantea, al indicar la elaboración interdisciplinaria del mismo; no se le hace firmar a ME, en tiempo y forma, el correspondiente consentimiento informado, tal como lo plantea la ley nacional en el Cap. 7, Art. 16º, inc. a) y c): *“Toda disposición de internación dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifiquen la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Solo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria”*.

Si bien, en el marco de esta presentación se opta por referenciar las violaciones a los derechos según la norma nacional por considerarla ampliatoria en materia de derechos, en algunos aspectos se mencionará también lo que la ley provincial sanciona. En lo que respecta a las internaciones la ley provincial N° 9.848, en el Cap. II Art. 48º, en los incisos b) y k) coincide plenamente con lo sostenido por la ley nacional: *“b) Será precedida por la correspondiente evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivación justificatoria, con la firma de por lo menos dos (2) profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, los que necesariamente deberán ser un médico y un psicólogo; k) La internación deberá contar con el Consentimiento Informado del paciente o*

del representante legal cuando corresponda. Solo se considerará válido el consentimiento cuando el paciente manifieste lucidez y comprensión de la situación. No se considerará válido si dicho estado no se conserva durante la internación, ya sea por el estado de salud como por el tratamiento; en ese caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria”.

A partir de allí se le niega a M.E contactarse con su pareja, medida que se opone con lo previsto en el Art. 14° del Cap. 7 de la ley nacional: *“Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.”* O, en términos de la ley provincial, que en el Cap. II Art. 48°, inc. e) sostiene: *“Durante su término, deberá facilitarse el mantenimiento de los vínculos del paciente con familiares o personas que compongan su entorno”.* La única razón con la que el médico a cargo del tratamiento justifica esta restricción es que la pareja de M.E ha tenido internaciones psiquiátricas previas en esa clínica, lo cual atenta contra otro derecho de cualquier usuario del sistema, estipulado en el Art. 7°, inc. i) del Cap. 4: *“a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación”.* En este sentido, la ley provincial, en el Art. 45° plantea: *“en ningún caso debe presumirse la existencia de padecimiento mental en base a: diagnósticos, tratamientos e internaciones previas o por demandas familiares, laborales o por instituciones, no basadas en criterios científicos pertinentes a la salud mental”.*

Además, en el Art. 46° indica, entre las premisas a las que debe ajustarse todo diagnóstico en salud mental: a) El padecimiento mental no debe ser considerado un estado inmodificable; b) La existencia de diagnóstico relacionado a la salud mental no autoriza a presumir peligrosidad para sí o para terceros; c) La posibilidad de riesgo de daño para sí o para terceros debe ser eva-

luada profesionalmente; d) La incapacidad será determinada por evaluaciones profesionales, y e) Ninguna persona con diagnóstico de padecimiento mental será objeto de injerencia arbitraria en su vida privada y dignidad personal.

Según el relato de MF, la única vía de comunicación fueron mensajes (algunos escritos), enviados a través de usuarios durante los días en que estos tenían permiso de salida o cuando eran externados, así lo expresa en su carta:

Durante el fin de semana del 27 de agosto recibo un llamado de una paciente (F) que se había hecho amiga de ME, quien tenía permiso para salidas diarias de la clínica y ella la mandaba de mensajera, para que hable conmigo.

Esa semana ni siquiera se me permite dejarle cigarrillos y golosinas y ella ni siquiera está al tanto de esa situación, o sea, podría haber pensado que no fui más porque no tenía ganas.

F me dice: *“ME está mal, quiere cambiar de médico y no la dejan, yo le ofrecí minutos con mi médico a ver si le daban lugar a su pedido, el Dr. S pudo hablar con ella, pero estate al tanto que parece que no va a cambiar la cosa. Otra cosa, seguí llevándole golosinas, cigarrillos que se pone de re buen ánimo”*.

Fui a la clínica a hablar con el Dr. S (médico al que hace referencia F), quien me ha tratado en internaciones en la misma clínica S.M. y me confirmó todo lo sucedido, pero me respondió: *“No puedo hacer nada al respecto, ella tiene su terapeuta, no me puedo meter”*.

Las conversaciones con el Dr. S se prolongaron por un par de días, yo le decía que estaba al tanto de la ley vigente que defiende los derechos de los usuarios y que si no me dejaban alternativa los iba a denunciar.

A la vez fui consultando en la Asesoría Letrada del Poder Judicial de la calle 27 de Abril, donde me dijeron que ellos no podían intervenir dado que la internación de ME era voluntaria. Me sugirieron hacer directamente la denuncia en el Palacio de Justicia 2.

Quiero aclarar además que el Dr. RM (médico impuesto a ME) nunca se comunicó conmigo, ni para aclarar por qué la incomunicación, ni para decirme por cuánto tiempo, etc., tampoco me quisieron dar su teléfono en la clínica. Fácilmente deduzco que se trata de un pedido de la madre, el incomunicarme, o sea, le imponen un médico que es funcional a la madre.

Un jueves (1 de agosto) voy a hablar con el Dr. S y me encuentro en el hall de la clínica a ME, la veo, muy flaca, débil, bastante dopada, resumiendo, la veo mal, la abrazo y le pregunto personalmente: “¿voy a la justicia?” A lo que me responde: “Sí, anda, después te mando un mensaje con F”.

Esa misma tarde me llama F (la amiga) que por favor haga la denuncia, que ME sigue mal.

El viernes (2 de agosto) a la mañana hago la denuncia penal, evitando mencionar a la familia, quería evitar todo tipo de problemas con ellos, sí en cambio pongo el énfasis en el Dr. RM y la clínica como cómplice de esto, mi denuncia se realiza en distrito 4 turno 6 y sale sorteada a la fiscalía distrito 1 turno 3. Agrego el dato de que el Dr. RM es perito judicial, o sea, un psiquiatra que está violando la ley y la ética es perito judicial.

El domingo siguiente recibo el llamado de F diciendo que la justicia había intervenido el sábado, así que me quedé tranquilo.

El martes ya le habían dado de alta a F y me dice que todavía la atiende el Dr. RM., que ME insiste que me quiere ver y dice que el psiquiatra le contesta: “*Le voy a preguntar a tu mamá si podés verlo*”.

Queda clarísima la funcionalidad del Dr. RM. a la madre y no al paciente, una locura, ¿cómo el médico no va a ser funcional al paciente? y sí funcional a la persona con quien el paciente tiene conflicto, realmente increíble.

Por recomendación de la Asesoría, el 1° de agosto la pareja de ME gestionó el certificado de convivencia otorgado por el Distrito

Policial 3, Comisaría 20 de la Policía de la Provincia de Córdoba. Siendo uno de los objetivos legalizar una legítima convivencia de aproximadamente 1 año y poder constituirse en denunciante, en caso de ser necesario.

A partir de la insistencia de MF para ver a ME, **los padres lo denuncian en Violencia Familiar lo que restringe toda posibilidad de contacto o comunicación** y, en respuesta al manifiesto deseo de ella de externarse amparado por el Art. 18º, Cap. 7: *“la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación”*, **el 2 de agosto de 2013 los padres solicitan la internación involuntaria**, consignando los siguientes antecedentes:

- El diagnóstico de trastorno bipolar mixto y esquizoafectivo.
- **El agravamiento de su condición a pesar del tratamiento**, lo cual consideran que ha justificado *“la desafortunada necesidad de procurar su internación”* al menos una vez al año, en 2010, en 2011 y en 2012, todas bajo la lógica de internaciones menores a un mes, seguidas de externaciones y reiterados abandonos de tratamiento. **Encuadrando en esta misma lógica este último pedido de internación, de julio de 2013, desestimando que la internación había sido voluntaria.**
- El deseo manifestado por ME de abandonar la institución y el tratamiento médico, desconociendo el derecho de la usuaria de que *“en cualquier momento puede decidir por sí misma el abandono de la internación”* (Art. 18º, Cap. 7). Desestimando que la paciente manifestó en reiteradas ocasiones su deseo de retomar el tratamiento con el equipo interdisciplinario con el que había consultado días antes de internarse.

Y entre los fundamentos de procedencia, se afirma que:

- **El abandono de la institución y del tratamiento redundaría en un agravamiento de su condición, suponiendo un grave y potencialmente irreversible riesgo para su salud y para su grupo familiar;** ya que *“las personas que sufren de*

cuadros esquizoafectivos son normalmente propensas al abuso de sustancias tóxicas, sumado a la frecuente experimentación de alucinaciones auditivas e incluso delirios paranoides”.

Se le da lugar al pedido de internación de los padres y la Asesora Letrada Civil del Sexto turno 1° circunscripción judicial, LV, **solicita la intervención del Servicio de Emergencia Psiquiátrica a los efectos de que practique evaluación interdisciplinaria tendiente a determinar necesidad o no de internación.**

El 3 de agosto se presenta un informe, firmado por el Dr. IC (Médico Psiquiatra) y el Dr. SM (Médico Cirujano), quienes consignan lo siguiente: que se encuentra tranquila, por momentos perseverante, de buen ánimo, que acepta el tratamiento y que tiene parcial conciencia de enfermedad; agregando que NO PRESENTA RIESGOS PARA SÍ O PARA TERCEROS, sugiriendo INTERNACIÓN VOLUNTARIA.

A los 3 días se requiere una nueva evaluación, pedido en el que no se explicita quién la solicita. La Asesora Letrada LV, informa que se requiere una nueva valoración atento a que se comunica, sin mencionar quién lo hace, que estaría por abandonar el tratamiento de su cuadro de base por su poca conciencia de enfermedad. Es decir que, en 48 h su conciencia de enfermedad pasó de PARCIAL a POCA; cabe preguntarse ¿según quién “ha disminuido la conciencia de enfermedad de ME”? ¿qué parámetros se utilizaron para “medirla”? ¿cómo se valora a una paciente sin tener contacto con ella?

El 6 de agosto, el mismo psiquiatra, Dr. IC, sin entrevistar a ME y luego de una simple comunicación telefónica con el médico tratante, indica una INTERNACIÓN INVOLUNTARIA, advirtiendo que *el estado del causante permite inferir que puede producir daño en su persona o en terceros o perturbar la tranquilidad pública, considerándose ineludible de internación.*

El 8 de agosto, **la Sra. Asesora Letrada del 6° Turno solicita la judicialización y mantenimiento de la internación** considerando que del oficio del Equipo Interdisciplinario luego de comu-

nicarse con el médico tratante, quien informó los aspectos patobiográficos ha diagnosticado que la misma requiere tratamiento continuado y prolongado y por eso la Asesora requiere mantener su internación involuntaria. Podríamos decir que **en este acto se hace efectiva la privación ilegítima de la libertad de ME**. El mismo día se procede a comunicar al Asesor letrado de la Oficina de Derechos Humanos y al Sr. Director de Salud Mental que se ha procedido mantener por orden judicial la internación de ME.

La judicialización de ME en el Juzgado 1A de Instrucción Civil y Comercial, bajo la jurisdicción de la Jueza AM, puede pensarse como una medida tomada bajo la lógica del modelo tutelar, sustentado en la peligrosidad del loco, por el cual la protección se hace efectiva mediante el encierro, en tanto estrategia útil a los fines de sostener la idea de cuidar a los “incapaces”. La peligrosidad se constituye en una categoría que no describe la singularidad del caso sino su “capacidad potencial” de dañarse o dañar a otros, la cual es inherente a toda persona. Se toman medidas en función de atribuciones basadas en comportamientos pasados y se castiga con el encierro acciones que no se han cometido.

Es así como el procedimiento desestima uno de los principios en los que se fundan las nuevas legislaciones, a saber, que **la internación involuntaria debe ser justificada exclusivamente por una precisa definición del riesgo grave de daño cierto e inminente, y no solamente por un diagnóstico de enfermedad mental**, lo que supone una nueva manera de llevar adelante, comprender y valorar las pericias. Más aún cuando la internación involuntaria ha sido una de las puertas de entrada privilegiada al encierro, generador de graves y extendidas violaciones a los derechos humanos. Estos requerimientos crean un escenario sin precedentes, tanto para la ampliación en el ejercicio de los derechos por parte de los usuarios como para detener graves violaciones a los derechos humanos que se han hecho habituales, en especial cuando atraviesan situaciones de vulnerabilidad.

El 9 de agosto toma intervención como defensora especial la Asesora Letrada Civil del Octavo turno, M de E, en los térmi-

nos del Art. 22° de la ley 26657: *la persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.* Y, en términos de la ley provincial 9848 Art. 13°: Principio 18 inc. 1 del Anexo 1: *El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.*

En esta intervención, la letrada M de E, en base a los dos informes periciales mencionados anteriormente, realizados por el mismo médico psiquiatra, y que se contradicen entre sí con solo 3 días de diferencia, **solicita la realización urgente de un nuevo informe por parte del equipo de atención psiquiátrica prejudicial que explicita el estado actual de salud mental de ME y se expida especialmente en relación al carácter voluntario o involuntario de la internación.**

El mismo día, 9 de agosto, se realiza un nuevo informe psiquiátrico a cargo de la Dra. AZ y el Dr. AF, en el cual exponen que ME se encuentra “lúcida, vigil, orientada globalmente, verborragica, sin conciencia de enfermedad, y que quiere irse de la institución ya que su médico y psicóloga están manejados por su madre”. A partir de esto, se le indica internación INVOLUNTARIA.

El 14 de agosto, la asesora letrada defensora de ME solicita se libre oficio a los profesionales del Equipo Técnico dependiente del área de servicios judiciales que efectúen un examen a ME y dictaminen si se encuentra en condiciones de decidir sobre su tratamiento y sus médicos tratantes. Esto es acorde a lo planteado por la Ley Nacional capítulo 4, art. 7 inc. k): *“derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”.*

El día 20 de agosto se realiza el nuevo informe del equipo técnico del área de servicios judiciales a través de una entrevista médica y psicológica a ME y a su médico tratante Dr. RM. La valoración fue: “paciente con conciencia vigil, lúcida y conectada con el medio, juicio de realidad con perturbaciones provocadas por la patología de base. Se comunica mediante lenguaje normal, gnosias y praxias preservadas, atención y memoria conservadas, ubicada en tiempo y espacio, funciones ejecutivas con severos déficits. Carácter con tendencia a oponerse y manipular, fragilidad yoica intensa, labilidad emocional. Puede describir la patología que presenta y sabe los medicamentos que recibe aunque no evidencia adherencia al tratamiento. Actitud refractaria al actual proceso terapéutico, historia vital con conflictos familiares severos. Medicada con valcote, nozinam y risperidona.”

De acuerdo a esto el médico tratante propone un tratamiento socioterapéutico llevado a cabo en un centro de día, y posteriormente vivir en un hogar de medio camino y contar con acompañante terapéutico, y el tratamiento farmacológico indicado. La conclusión fue que ME, **en el momento de la entrevista, no se encontraba en condiciones de decidir sobre las condiciones de su tratamiento, por lo que no consideran beneficioso que se le otorgue el poder de decidir sobre el mismo.**

Un paréntesis necesario, al releer los sucesivos informes, siempre firmados solo por médicos, no siempre psiquiatras, cabe preguntarse si es que el tratamiento agrava progresivamente la salud de la paciente o bien, la cada vez más florida sumatoria de síntomas que se citan en los mismos persiguen el objetivo de justificar, ante la insistencia de la defensa, la prolongación del secuestro.

El 27 de agosto se dispone la judicialización de ME, y se elabora el registro de internación correspondiente.

Según el relato de MF:

Hoy miércoles 28 de agosto contacto a un abogado, me aconseja ir a la asesoría a ver si me dan alguna información más. Me dirijo a la asesoría, hablo con una colega de la asesora directa de ME, persona que me atiende a mí y a mi madre

muy bien (ya toda mi familia toma cartas en el asunto por el afecto que le tienen a ME y su indignación).

Me dice: *Sería difícil que vos puedas hacerte responsable de ME, porque ¿quién es responsable de vos?*

A lo que contesto: *¿cómo quién es responsable de mí?*

—Sí—me dice— *vos estás a cargo de tu mamá.*

—¿¿¿¿Qué???? ¿¿¿¿y eso????, disculpáme, ¿¿¿¿quién lo dice????

No me contesta, se hace un silencio.

—*Responsable ¿en qué sentido?*—le pregunto.

No me contesta.

Le respondo: *yo soy mayor de edad, he trabajado, trabajo, tengo dos títulos, uno de ellos universitario, otro terciario, he viajado, todas las decisiones de mi vida las tomo yo, no entiendo el planteo de la responsabilidad, ¿¿¿qué documento dice eso???, ¿¿quién dijo semejante barbaridad??, qué quiere decir, ¿que por mis problemas de salud yo no podría ser padre por ejemplo? es una barbaridad ese planteo.*

Después me dice: *la incomunicación entre vos y ME es también porque ustedes se conocieron ahí.*

Ahí reflexiono un poco y pienso, ¿tendrá algo que ver eso? Si por ejemplo yo fuese obeso y ME fuese obesa y los dos nos conociéramos en un programa de rehabilitación de sobrepeso, ¿¿¿¿no podríamos ser novios, compañeros, buenos amigos etc.???? Si yo como obeso viese que se la maltrata a una obesa, ¿¿¿no podría denunciar porque soy obeso??? ¿quién mejor que yo para saber los posibles maltratos?

No voy a juzgar los planteos de la abogada asesora de ME que nos está ayudando como puede, es abogada, y no sabe del tema lógicamente (aunque debiera saberlo), y seguro desconoce que hay personas con trastorno bipolar que son psiquiatras y no

sé en la Argentina, pero hay otros países donde incluso hay diputados esquizofrénicos.

Evidentemente la estaban informando mal, tal vez le pidieron los informes míos al Dr. S. que me atendió solo en las internaciones en esa clínica, y al que había mencionado en mi denuncia penal.

De hecho, a lo que ella se refería es que cuando me dan el alta mi madre o padre firman en la clínica, a eso se refería.

Le comento a la asesora que las internaciones duran 20 días promedio, y que ME ya está hace un mes y medio y que si no mejora entonces será que algo estará mal en el tratamiento.

Me contesta: *Bueno ME está hace mes y medio, tal vez tarde un poco más en evolucionar, pensá que hay pacientes que no evolucionan nunca y se quedan ahí.*

Le respondo: *¿¿Cómo que no evolucionan y se quedan ahí??*

Me dice: *vos pensá que cuando estuviste internado tenías a tu familia que te contenía y ella no.*

Respondo: *Justamente, ella no solo no la tiene sino que además, se le está impidiendo que la visiten las personas que funcionaron como su familia en este último tiempo, ¿cómo va a mejorar?*

Pienso, supongamos que internamos a alguna persona en una institución psiquiátrica, hagamos de cuenta que dicha persona no tiene ningún problema de salud mental, la internamos, le obliguemos un tratamiento con un médico en el que no confía y la aislamos de los seres queridos, la obligamos por los primeros días de internación a verse con una persona con la que tiene conflictos, ¿¿¿acaso no empeoraría?? ponganse ustedes mismos en esta situación que les estoy relatando, ¿¿no empeorarían a medida que pasa el tiempo??

Insisto, la asesora nos atiende muy bien y entiende nuestra preocupación, evidentemente no sabe mucho del tema y aparte la están asesorando muy mal.

A todo esto, personalmente, al hablar con asesores tengo que mostrarme muy tranquilo, porque si cualquier persona sin estos problemas de salud se mostrase tranquilo, incluso sería sospechoso, se preguntarían: ¿¿cómo puede estar tan tranquilo??, se ve que no le importa esta chica. Pero, en mi caso, como tengo problemas de salud y alguna internación, si muestro preocupación se me puede interpretar como que estoy desbordado, desequilibrado, en crisis etc., es decir que estas emociones que cualquiera tendría, mejor no manifestarlas, ¿por qué? porque tengo un cartel en la frente que dice “maniaco-depresivo” “bipolar” “loco”.

El 30 de agosto, la asesora letrada defensora de ME, solicita oficio dirigido al médico tratante, Dr. RM para que dé cuenta de:

- Diagnóstico preciso de la paciente.
- Evolución del cuadro.
- Estado actual de salud.
- Si ME reviste peligrosidad para sí o para terceros en forma actual.
- Pronóstico y alternativas terapéuticas sugeridas.
- Y si la paciente está en condiciones de ser dada de alta o eventualmente de ser derivada a una casa de medio camino.

El 2 de septiembre, desde el juzgado de primera instancia civil se da lugar al pedido.

El 3 de septiembre, el Dr. RM presenta el informe diagnóstico solicitado, en el cual el diagnóstico, según DSM-III TR, de ME es trastorno bipolar con psicoticismo, ciclotímica, impulsiva con deterioro psiconeurocognitivo, anorexia relativa, familia disfuncional (40 puntos). Acerca de la evolución, plantea que se ha logrado una lenta recuperación de su estado psíquico y social crítico. Se recomienda de acuerdo a su evolución, 15 o 20 días más de internación a partir de la fecha.

El plan terapéutico propuesto es: psicofarmacoterapia, psicoterapia individual, acompañamiento terapéutico diario, salidas te-

rapéuticas 3 veces por semana, rehabilitación psiconeurocognitiva en un Centro de Rehabilitación, dirigido por el médico tratante, todos los días 3 h, casa de medio camino, convivencia supervisada y psicoeducación familiar en una ONG, coordinada por el mismo profesional.

La abogada defensora de la asesoría civil 8vo turno, encomienda a una abogada de la misma Asesoría, el día 9 de septiembre a entrevistar a ME, quien elabora el siguiente informe: la paciente se encuentra en buen estado general de salud, con buen ánimo, lúcida y totalmente coherente en su discurso, conoce y acepta que debe continuar el tratamiento para “curarse”, manteniendo su postura de que sea otro profesional quien la trate. Todos los días tiene una salida permitida con un acompañante terapéutico diferente. ME reitera que la internación fue voluntaria, y que está angustiada por no tener contacto con su conviviente y la familia de él. Cuando la asesora entrevistó al médico de guardia, este le comunicó que había sospecha de embarazo ya que ME tuvo su última menstruación el 5/06/2013, pero que el Dr. RM no había realizado el pedido del análisis bioquímico, por lo que se solicita que la directora de la clínica arbitre los medios para realizar el análisis correspondiente.

En dicho informe, **se lo emplaza al Dr. a expedirse sobre el punto referido a si la paciente reviste peligrosidad para sí o para terceros, que justifique la intervención judicial y que la internación sea de carácter involuntaria.** Se le da plazo de un día para que responda a este pedido.

La respuesta de este al pedido es informar que el equipo tratante procedió a la externación de ME, el día 23 de septiembre quien continuará un tratamiento ambulatorio con controles médicos-psiquiátricos, agregando que esta estrategia fue consensuada con la madre. En ningún momento refiere si fue consensuada con ME.

El 3 de octubre la asesora letrada civil de 8vo turno se anota vía fax, enviado por la clínica privada SM, del alta de la pa-

ciente comunicándose al juez la asesora letrada civil del 10mo turno, por ausencia de esta. El 7 de octubre la jueza resuelve tomar razón de la externación ordenando que se cursen las notificaciones correspondientes y la comunicación de la presente resolución al Registro de Internados dependiente de la Dirección de Servicios Judiciales del Tribunal Superior de Justicia de Córdoba, al Director de Salud Mental de la Provincia de Córdoba y a las Oficinas de Derechos Humanos dependientes del Poder Ejecutivo y del TSJ.

Siendo el 7 de octubre la asesora letrada civil, M de E, notifica que luego de la externación de ME, **el 23 de septiembre se remitió citación desde esa asesoría en reiteradas ocasiones para que ME concorra a notificarse de la externación, sin que eso haya ocurrido hasta la fecha. Se plantea que dado que ME es mayor de edad y capaz, la internación en la casa de medio camino con las restricciones señaladas implica la privación de su libertad.**

El 10 de octubre la pareja de ME solicita participación, constituye domicilio y medidas urgentes ante el Juez. En la misma pone en conocimiento que si bien el 23 de septiembre se procedió a la externación de ME y se encuentra recibiendo tratamiento ambulatorio con controles médico-psiquiátricos, ella **se encuentra en realidad alojada en una “casa de medio camino” en donde se le restringió aún más las visitas, además de la comunicación** y solo puede ver a su madre y hermanas. Él destaca que la madre de ME se opone a la relación que mantienen entre ellos llegando al extremo de formular falsas denuncias de violencia familiar a fin de conseguir una restricción de acercamiento entre ambos. Esta “casa de medio camino” no se encontraría habilitada como tal por la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, y ME solo sale de ella acompañada para ir al Centro de Rehabilitación.

Adjunta a esta declaratoria dos cartas enviadas por ME a través de pacientes externados y que confirman la relación afectiva mantenida entre ella y MF. Se solicita que se tomen las siguientes medidas urgentes: que se cite a ME a fin de que sea entrevistada

personalmente por el juez, se libre oficio a la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba a fin de que informe si la internación fue puesta en conocimiento de las autoridades de dicha repartición y si se encuentra habilitada por esa Dirección la Casa de Medio Camino, y por último, se disponga la realización de una pericia psiquiátrica para determinar el real estado de salud mental de ME disponiendo el sorteo de un perito psiquiatra oficial a tal fin.

ME nunca se entera de esta citación. No figura en el expediente respuesta alguna a este pedido.

Lo cierto es que para “la justicia” la intervención aquí termina, el lector probablemente se preguntará ¿qué fue de ME?, o ¿qué pasaba con ME mientras sus defensores cumplían los procedimientos?

Entre el 23 de septiembre y mediados de octubre lo único que MF y sus familiares y amigos saben de ME es que estaba en una casa de medio camino. Recién a mediados de octubre, ME se las ingenió para conseguir que otro “usuario” con quien convivía en la casa, le prestara su celular para comunicarse con MF diciéndole que tenía planeado escaparse, precisando día, horario y dirección del lugar.

MF se contacta con su abogado, quien le recomienda que vaya otra persona a la cita, ya que sobre él recae una restricción de acercamiento y comunicación. Se dispone que vaya una pareja de amigos. Llegan, esperan, evaden la mirada sospechosa de un par de guardias expectantes ubicados en sus respectivas garitas de control, pasan varias veces por la puerta de la casa, está todo oscuro, no hay rastros de ME. Al celular no responde nadie, temen ser detenidos por merodeo, y regresan desconcertados, pero ya con otro dato: una dirección.

Vale recordar que una casa de medio camino es un dispositivo que la ley promueve como sustitutivo a la internación, pero que bajo la lógica manicomial puede ser desvirtuado en sus propósitos al punto tal de funcionar como un lugar de alojamiento

alternativo a la institución total; en este caso, para perpetuar una internación involuntaria que no puede justificarse bajo la normativa vigente. ME allí fue derivada y allí siguió secuestrada, en el marco de lo que se informó a la justicia como un tratamiento ambulatorio. Entonces, en este caso, la casa funcionaba como ¿medio camino a qué...? De esta casa solo podía salir bajo estricta supervisión del acompañante terapéutico de turno a realizar actividades de laborterapia en un Centro de Rehabilitación, dirigido por el médico tratante. De la casa al centro de rehabilitación, todos los días, en los mismos horarios, durante unos 20 días.

Es oportuno aclarar que la dirección de la casa de medio camino no figura en la notificación que la clínica hace al juez y dado que ME está tanto o más incomunicada que antes, cabe preguntarse: si mientras estaba en la clínica privada existía la posibilidad de apelar a la justicia y cuando la externan “desaparece”, entonces, ¿no sería la casa de medio camino a la clínica privada lo que, en tiempos de dictadura, los centros clandestinos de detención a la cárcel legal?

Cuando se averigua la dirección del Centro de Rehabilitación los padres de la pareja de ME deciden ir a visitarla, al ser identificados por la encargada de turno, quien se niega a dar su nombre, se procede a encerrar a ME en dicho centro, se comunican inmediatamente con el Dr. RM, quien se presenta junto a la madre de ME y llaman a la policía. Los oficiales ingresan a ver a ME y salen recomendándole a los padres de MF que se vayan, aduciendo que la madre está muy alterada, la paciente sigue judicializada, que ellos tienen restricción para acercarse, agregando, además, que si bien les impidieron hablar con ME, se la veía muy dopada. Los padres aclaran que están mintiendo y sugieren ir todos a declarar, incluida la víctima, a la unidad judicial más cercana. Ante la negativa del médico y de la madre, los oficiales piden la intervención de un comisario, al que se le pide al menos poder saludarla. Este ingresa al centro y sale a los 15 minutos diciendo que no se lo permiten porque: *“la madre teme que se quiera ir con ustedes”*.

Ante esto, los padres acuden solos a la unidad judicial, los reciben diciéndoles que la justicia no puede intervenir porque se encuentra en el marco de un tratamiento psiquiátrico, otorgándole así plena potestad al médico para decidir por ME. En los próximos días a ambos padres se los notifica que recae sobre ellos una restricción de acercamiento y comunicación gestionada, también por la madre de la víctima, a través de violencia familiar.

Ante lo que se interpreta como un progresivo agravamiento de la situación, MF introduce una nueva denuncia penal, asesorado por el abogado defensor, reconocido por intervenir en causas de lesa humanidad, esta vez por “privación ilegítima de la libertad”. Lo cierto es que la justicia no interviene, cabe preguntarse si estar internada en el marco de un tratamiento psiquiátrico los induce a pensar que no se trataría de un delito, pese a denunciar la situación de ME como secuestro, o por una actitud corporativa del fiscal con el médico tratante por ser este perito judicial.

Paradojalmente, esta rutina desubjetivante, propia de un espacio de reclusión, operó en beneficio de rescatar a ME del secuestro, montando un operativo que implicó activar una red de contactos y afectos, esos que por indicación médica no podían acercarse: se averiguaron los horarios de entrada y salida al centro de rehabilitación ubicado a unas 10 cuadras de la casa, se siguió al taxi que los trasladaba de vuelta todos los días a la misma hora.

Un día de esos, todos iguales, en que ME regresaba a la casa de medio camino custodiada por su acompañante terapéutico y otros internos, ante la mirada desconcertada de todos, incluida la de ME, un par de amigos, profesional de la salud mental uno de ellos y asesorados por el abogado defensor, la interceptan y le preguntan si quiere irse, si quiere ver a MF, pese a los evidentes efectos del exceso de medicación ME manifiesta su alegría, y dice: *“hace rato que me quiero ir pero no puedo porque estoy bajo la orden de un juez”*. En ese mismo momento, el acompañante terapéutico muy nervioso los invita a ingresar a la casa, mientras comienza a llamar, suponen que al Dr. o a los padres de la paciente. Vuelven a

preguntarle a ME si se quiere ir, asegurándole que no está judicializada, y asegurándose de no contrariar su voluntad, a lo que sin vacilar responde: “*vamos*”.

Previo a esto, se hicieron las averiguaciones para que al día siguiente, en compañía de su abogado y previa presentación en la justicia, pudiera ser alojada en otro lugar, en la casa de medio camino en la que operaba el equipo terapéutico que ella consultara antes de internarse (70 días antes), conscientes de los efectos adversos que podría provocar en su salud la suspensión abrupta de tanta medicación.

Un par de horas después del rescate, la policía se dirige a la casa de MF por una denuncia que hace la madre acusándolo como principal sospechoso del secuestro de ME; él niega estar al tanto de lo sucedido, asegura no saber dónde está. Los oficiales le piden que si llega a saber algo le recomiende que se comunique para tranquilizar a la familia. Así lo hace, desde donde está alojada, en la casa de otros amigos, llama a la madre y le dice: “*estoy bien, necesito que me dejen en paz, no quiero estar ahí... te quiero mucho*”. Corta, temblando, pero aliviada...

Así termina... o comienza una nueva oportunidad para ME, que a un año de esta experiencia, sigue conviviendo con su pareja, visita a su madre muy esporádicamente y continúa su tratamiento ambulatorio con la terapeuta que la atendió antes de internarse.

A modo de conclusión

Consideramos que la transformación implica un proceso, siendo la sanción de las leyes apenas un punto de partida, que en principio se contrapone a las sistemáticas vulneraciones cotidianas de los derechos de los sujetos con padecimiento psíquico de las que somos testigos. Además, requiere seguir avanzando en articulaciones pendientes entre salud y justicia.

En este sentido, coincidimos en que el reconocimiento de las personas con discapacidad psicosocial como un colectivo con reivindicaciones pendientes en términos de derechos fundamentales

configura la oportunidad de intervenir para reparar esas graves faltas en un contexto propicio de ampliación de derechos en nuestro país (Informe CELS, 2013).

El compromiso asumido es seguir orientando la formación hacia la incorporación del modelo social de la discapacidad como fundamento de los abordajes en salud mental, ya que las prácticas de los profesionales pueden operar también como barreras sociales que impidan al sujeto padeciente el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad, reforzando la estigmatización que el modelo biomédico conlleva.

En ese marco, es necesario que los actores involucrados en la formación de los futuros profesionales asuman el compromiso social de participar en la gestión de la transformación del sistema de salud mental.

Referencias bibliográficas

Abramovich, V. & Pautassi, L. (2010) Comp. *La medición de derechos en las políticas sociales*. Ediciones del Puerto. Buenos Aires, Argentina.

APA. American Psychiatric Association. DSM-4. Development <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>

APA, American Psychiatric Association. DSM-5 Development. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>, [accesado el 18 ene 2013].

Ase, I; Burijovich, J y La Serna, C. (2007). *Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud*. Unidad Temática 1. Políticas Públicas. Córdoba, Argentina.

Ase, I. (2009). *Algunas reflexiones sobre "el retorno del Estado": Un nuevo Estado para más democracia*. Ponencia presentada en el V Coloquio Regional del IIFAP. *Entre el intervencionismo y el mercado: ¿Qué tipo de Estado abonaron las transformaciones del nuevo siglo?* Córdoba, Argentina, 2 y 3 de julio de 2009.

Beltran-Soley P. (2009) *¿Citaciones Perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones en Sexualidades Migrantes: Género y Transgénero*. 2º ed. Buenos Aires. Librería de las Mujeres Editoras.

Berkins, Lohana (2007) *Cumbia, copeteo y lágrimas*, Buenos Aires, A.L.I.T.T., Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transsexual.

Bouilloud J.P. (2009) *Devenir Sociologue. Histoires de vie et choix théoriques*. Sociologie Clinique. Eres. Paris-France.

Castagno, M. & Páez, J., (2014) “Acceso a Derechos y producción de subjetividad en cárceles de Córdoba”. Ponencia presentada en el XV Congreso Nacional y Latinoamericano de Sociología Jurídica. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Rosario.

Correa, A., León Barreto, I. & Pereyra, T. (2014) “Imaginario punitivo: mitos y representaciones en la cárcel”. Ponencia presentada en III Jornadas de Debate y Actualización en Temas de Antropología Jurídica. Universidad Nacional de San Martín.

Correa A. Castagno, M., León Barreto, I., Pereyra, T., Herranz, M & Páez, J., (2014) Cap II “Barreras visibles e invisibles en el acceso a derechos. Una mirada desde los discursos y las prácticas en cárceles de Córdoba (capital)”. En *Mirar tras los Muros. La situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad*. Informe de la Comisión Provincial de la Memoria Córdoba. Ed. Unir, Universidad Nacional de Córdoba. Universidad Nacional de Río Cuarto.

Custo, E. (2008) *Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el trabajo social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Fernández A.M (2013); Siqueira Peres W. *La Diferencia Desquiciada*. 1º ed. Buenos Aires. Biblos.

Herranz, S.M. (2014) “La Justicia en los relatos de sujetos privadas de libertad en cárceles de Córdoba”. Ponencia presentada en III Jornadas de Debate y Actualización en Temas de Antropología Jurídica. Universidad Nacional de San Martín.

Jordi Foix, R. (2004) Inserción, Salud Mental Comunitaria y Complejidad. Reflexiones de una experiencia. *Revista de Educación Social*, 3, S/P.

Le Blanc, G. (2007) *Vidas ordinarias, Vidas precarias. Sobre la exclusión social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Morell Capel, S. (2010) Reflexiones sobre la transgresión del transgénero. En *El Género Desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona. Egales.

Organización Panamericana de la Salud. (1978) *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Páez, J. (2014) “El psicólogo en el dispositivo penitenciario”. Trabajo presentado en el marco del curso de posgrado: La peligrosidad del criminal: vacilaciones de la responsabilidad en las prácticas del sistema penal. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

Perilleux, T. & Cultiaux, J. (2009) *Destin Politique de la souffrance. Intervention sociales, justice, travail*. ERES. Paris.

Plaza, S; Barrault, O; Díaz, I (2011). “Reflexiones sobre el término comunidad en tensión con la participación desde la Psicología Comunitaria”. III Congreso de Psicología. Facultad de Psicología. UNC.

Sirvent, M. T., (1984), Estilos participativos: ¿Sueños o realidades? *Revista Argentina de Educación*, 3(5), 45-63. Bs. As., Argentina.

Solitario, R; Garbus, P; Stolkiner, A (2008). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anu. investig.* [online]. vol.15 [citado 2014-12-29], pp. 0-0. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100025&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-1686.

Stolkiner, A (2013) “Las formas de transitar la adolescencia y la salud/ salud mental”, *Novedades Educativas* n.º 268, Año 25, Buenos Aires.

Whittle, S. (1996). Gender fucking or fucking gender? Current cultural contributions to theories of gender blending. En Ekins, K. y King, D. (Eds.), *Blending genders: Social aspects of cross-dressing and sex-changing* (pp. 196-214). London: Routledge. Citado por Martínez-Guzmán, A. (2012). Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: Contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. *Psicoperspec-*

tivas, 12(2), 164-184. Recuperado el 11 de enero de 2014 desde <http://www.psicoperspectivas.cl>
World Health Organization. International classification of diseases. 10º ed. Ginebra. WHO; 1992. (trad. Cast.: Madrid. Meditor, 1992).

Zaffaroni, E. (2006) *El enemigo en el Derecho Penal*. Departamento de Derecho Penal y Criminología, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Documentos

Congreso de la Nación. (1996, junio) Ejecución de la pena privativa de libertad *Ley 24.660* Recuperado de <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle>

Congreso de la Nación. (2010, diciembre) *Salud Pública. Ley 26.657*. Recuperado de <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/Index.castle>

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Matrimonio Civil *Ley 26.618*. Código Civil. Modificación. Sancionada: 15 de julio de 2010. Promulgada: 21 de julio de 2010.

Senado de la Nación Argentina. La ley Nº 26.743 de Identidad de Género y atención integral de la salud de las personas trans aprobada el 9 de mayo de 2012.

Senado de la Nación Argentina. Ley Nº 26.934 “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos” sancionada el 30 de abril de 2014, y promulgada de hecho el 28 de mayo de 2014.

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Publicada en Boletín Oficial Nº 32.041 el 3 de diciembre de 2010. Reglamentada el 28 de mayo de 2013 según Decreto 603/2013 en Defensoría General de la Nación <http://www.mpd.gov.ar>