

Salud mental y derecho

Derechos Sociales e Intersectorialidad

Andrés Rossetti y
Natalia Monasterolo (Editores)
Solana Yoma (Coordinadora)

Alejandra Arizó · Iván Ase · Soledad Buhlman · Jacinta Burijovich · María Paz Caminada Rossetti · José Daniel Cesano
Sol Victoria del Carpio · Silvia Díaz · Ana Laura Elorza · Horacio Etchichury · Jéssica Ferreyra · Eugenia Fruttero
Mariana Gamboa · Mariana Gandolfo · Analía Giannone · Ana Heredia · María Graciela Iglesias · Natalia Monasterolo
Marta Moreno · Alfonsina Muñiz · Martín Passini · Mirna Ramos · Víctor Manuel Rodríguez · Andrés Rossetti
Macarena Sabin Paz · Eloisa del Valle Sacco · Roxana Serafin · Adriana Vitelli · Solana María Yoma

CENTRO DE
INVESTIGACIONES
JURÍDICAS Y SOCIALES



IIFAP
INSTITUTO DE
INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN
EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

OBSERVATORIO DE
SALUD MENTAL Y
DERECHOS HUMANOS



Salud Mental y Derecho

Derechos Sociales e Intersectorialidad

Andrés Rossetti y Natalia Monasterolo (Editores)
Solana Yoma (Coordinadora)

<i>Alejandra Arizó</i>	<i>Ana Heredia</i>
<i>Iván Ase</i>	<i>María Graciela Iglesias</i>
<i>Soledad Buhlman</i>	<i>Natalia Monasterolo</i>
<i>Jacinta Buriyovich</i>	<i>Marta Moreno</i>
<i>María Paz Caminada Rossetti</i>	<i>Alfonsina Muñiz</i>
<i>José Daniel Cesano</i>	<i>Martín Passini</i>
<i>Sol Victoria del Carpio</i>	<i>Mirna Ramos</i>
<i>Silvia Díaz</i>	<i>Victor Manuel Rodríguez</i>
<i>Ana Laura Elorza</i>	<i>Andrés Rossetti</i>
<i>Horacio Etchichury</i>	<i>Macarena Sabin Paz</i>
<i>Jéssica Ferreyra</i>	<i>Eloisa del Valle Sacco</i>
<i>Eugenia Fruttero</i>	<i>Roxana Serafín</i>
<i>Mariana Gamboa</i>	<i>Adriana Vitelli</i>
<i>Mariana Gandolfo</i>	<i>Solana María Yoma</i>
<i>Analia Giannone</i>	

ROSSETTI, ANDRES

SALUD MENTAL Y DERECHO : Derechos Sociales e Intersectorialidad / Andres Rossetti ; Natalia Monasterolo. - 1a edición. - Córdoba : Espartaco Córdoba, 2018.

355 p. ; 20 x 14 cm.

ISBN 978-987-1277-27-8

1. DERECHO A LA SALUD. I. MONASTEROLO, NATALIA II. TÍTULO CDD 346

©Editorial Espartaco Córdoba, 2018

Dean Funes 80 - Loc. 10 - Gral. Cabildo

(0351) 4215028 - CP 5000 - Córdoba - Argentina

espartaco.cordoba@hotmail.com

Diseño de tapa: Camilo Serra Di Lollo - 87camilos@gmail.com

Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales (Facultad de Derecho U.N.C.);

Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos;

Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (Facultad de Ciencias Sociales. U.N.C)

Libro de edición Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

“Algunos derechos reservados”



Licencia Creative Commons

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Impreso en Córdoba, Argentina

Contenido

Nos volvemos a encontrar. Un poco de historia	5
PRIMERA PARTE: LÍNEAS GENERALES	
Capítulo 1.	
Los derechos sociales como derechos fundamentales. Reflexiones introductorias en un libro sobre derecho a la salud (mental) <i>Andrés Rosetti</i>	17
Capítulo 2.	
Los modelos de la discapacidad y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad <i>Mariana Gandolfo y Martín Passini</i> ...	31
SEGUNDA PARTE:	
Capítulo 3	
Derecho a la tierra y vivienda: una mirada crítica a las políticas públicas en la provincia de Córdoba (2001-2015) <i>Ana Laura Elorza y Mariana Gamboa</i>	55
Capítulo 4.	
Casa de convivencia autogestionada en Córdoba: Una experiencia de externación. <i>Roxana Serafin, Alejandra Arizó y Mirna Ramos</i>	73
TERCERA PARTE: TRABAJO	
Capítulo 5.	
La Salud Mental en el Derecho del Trabajo. <i>Silvia Díaz</i>	87
Capítulo 6.	
Una experiencia de inclusión laboral en salud mental. <i>Adriana Vitelli y Eugenia Fruttero</i>	113
CUARTA PARTE: EDUCACIÓN	
Capítulo 7.	
¿Qué significa tener “derecho a la educación”? <i>Horacio Etchichury</i>	123
Capítulo 8.	
Educación, niñez y salud mental: El Forum Infancias y la salud mental. <i>Analia Giannone y Marta Moreno</i>	137
QUINTA PARTE: JUSTICIA	
Capítulo 9.	
Proceso de limitación de capacidad: Rol del Ministerio Público. <i>Eloisa del Valle Sacco</i>	153
Capítulo 10.	

Salud Mental Forense: Superación del esquema biologicista por el enfoque psicosocial. <i>Alfonsina Gabriela Muñiz</i>	169
Capítulo 11.	
Medidas de seguridad respecto de inimputables adultos por incapacidad mental: principios generales y garantías. <i>José Daniel Cesano</i>	179
Capítulo 12.	
Nadie muere porque sí: Suicidio, libertad y control. <i>Natalia Monasterolo</i>	193
SEXTA PARTE: INTERSECTORIALIDAD	
Capítulo 13.	
Políticas intersectoriales para el abordaje integral en salud mental: La complejidad de la acción conjunta. <i>Jacinta Buriyovich</i>	221
Capítulo 14.	
Cobertura Universal en Salud: entre los derechos y el mercado. <i>Iván Ase</i>	235
Capítulo 15	
Derechos Sociales y Salud Mental: De la vulneración de derechos y la exclusión social a políticas públicas integrales. <i>Solana María Yoma</i>	259
SÉPTIMA PARTE: PRODUCCIONES y RECORRIDOS ESPECÍFICOS EN EL TERRENO DE LA SALUD MENTAL	
Capítulo 16.	
La atención en salud mental en Hospitales Generales. <i>María Paz Caminada Rossetti, Sol Victoria del Carpio y Ana Heredia</i>	275
Capítulo 17.	
Resolución de las situaciones de crisis y urgencia en salud mental desde el enfoque de Derechos Humanos. <i>Soledad Buhlman, Jéssica Ferreyra y Ana Heredia</i>	295
OCTAVA PARTE: INTERVENCIONES ORALES	
Registro auditivo: Presentación del libro <i>Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio</i> (Centro de Estudios Legales y Sociales- CELS) <i>Macarena Sabin Paz y Víctor Rodríguez.</i>	313
Registro auditivo: El Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental	325
Datxs de los autorxs	337

Capítulo 13.

Políticas intersectoriales para el abordaje integral en salud mental: La complejidad de la acción conjunta

Jacinta Burijovich

Sumario: 1. Presentación 2. El concepto de intersectorialidad en las políticas públicas 3. El concepto de integralidad en salud mental y derechos humanos. 4. La intersectorialidad en las leyes nacional y provincial de salud mental 5. La intersectorialidad como problema de acción conjunta. 6. Hacia un diseño estratégico de la intersectorialidad en salud mental. 7. Bibliografía

Resumen: Las intervenciones que son necesarias de implementar a fin de cumplir con las nuevas leyes de salud mental deben poner el acento en el abordaje global de los problemas complejos que presenta el fin de la atención manicomial. Esto requiere el trabajo conjunto entre distintos sectores gubernamentales y una intersectorialidad de *alta intensidad* tal como la define Nuria Cunnill Grau. Sin embargo, aún persisten las concepciones de que las respuestas a los problemas de trabajo, educación, vivienda, salud de los/as usuarios/as de salud mental deben ser dadas al interior del propio sector, con lo cual se refuerza el modelo y las prácticas asilares

Palabras clave: Intersectorialidad – Integralidad - Políticas Públicas

1. Presentación

El nuevo paradigma en salud mental está dirigido, primordialmente, a promover una transformación que garantice la ciudadanía de las personas con padecimiento subjetivo. Este objetivo requiere una actividad del Estado integral e integrada. Las políticas actuales son fragmentadas y han perdido la visión de conjunto, por lo cual, cumplir con ese propósito implica un enorme desafío.

Las intervenciones que son necesarias de implementar a fin de cumplir con las nuevas leyes de salud mental deben poner el acento en el abordaje global de los problemas complejos que presenta el fin de la atención manicomial. Esto requiere el trabajo conjunto entre distintos sectores gubernamentales y una intersectorialidad de *alta intensidad*

tal como la define Nuria Cunnill Grau. Sin embargo, aún persisten las concepciones de que las respuestas a los problemas de trabajo, educación, vivienda, salud de los/as usuarios/as de salud mental deben ser dadas al interior del propio sector, con lo cual se refuerza el modelo y las prácticas asilares.

En los nuevos marcos normativos se apela a la intersectorialidad como eje central de las políticas de transformación. Adscribir a este enfoque no es suficiente. Es necesario analizar cómo construirla, cuál es el valor que puede aportar a sus resultados y cuál es la especificidad de su gestión en las políticas de salud mental. Con este artículo se pretende aportar a una discusión que vaya desde sus enunciados a acercar soluciones a los desafíos prácticos y técnicos que están enfrentando estas políticas. Se intenta dar algunas primeras respuestas a estos interrogantes, para lo cual se hará una revisión conceptual de los actuales desarrollos teóricos en materia de intersectorialidad, se sistematizarán los aspectos centrales de la noción de integralidad en salud mental y se analizarán los modelos adoptados por las leyes de salud mental (tanto la nacional como la provincial).

A través de este desarrollo se pretende facilitar la comprensión de las especificidades que el campo de la salud mental tiene en el momento de desarrollar acciones conjuntas entre diversos sectores, examinar los factores que inciden en su concreción y las resistencias de los actores. La pregunta que atraviesa estas reflexiones es: ¿cómo promover la integración intersectorial en torno a esta situación social que amerita la integralidad en su abordaje?

2. El concepto de intersectorialidad en las políticas públicas

El concepto de intersectorialidad tiene diversas interpretaciones. En este artículo se entenderá por sector “a las especialidades del conocimiento que se expresan en el aparato gubernamental a través de la organización funcional por sectores, tales como educación salud, trabajo, desarrollo social, etc. Es la organización política del Estado por temas o áreas de políticas. La intersectorialidad, en este caso, se refiere en primera instancia a la relación entre diversos sectores gubernamentales” (Cunill Grau, 2014). La intersectorialidad es la articulación de saberes y convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales para producir políticas integrales e integradas, con el objetivo de alcanzar mejores respuestas frente a situaciones complejas.

El propósito de desarrollar acciones intersectoriales es ampliar

la posibilidad de dar solución a problemas que son multicausales. La integración de los sectores mejora la atención y, en este sentido, el concepto de integralidad es clave. No se trata de que cada sector provea un servicio determinado, sino que se actúe de manera conjunta y articulada para dar respuesta a situaciones donde inciden una multiplicidad de factores. Por ejemplo, si se aspira a la desinstitucionalización de los/as usuarios/as de salud mental, no alcanza con que los equipos de salud mental otorguen el alta, los trabajadores sociales de desarrollo social provean un subsidio, etc., sino que los sectores se deben poner de acuerdo y pensar estrategias colectivas para afrontar los problemas que surgen o puedan surgir de decisiones de políticas que desafían la atención tradicional en salud mental. La intersectorialidad requiere de acciones de colaboración y de cooperación no jerárquicas todo lo cual desafía el funcionamiento piramidal del Estado.

La intersectorialidad se refiere, entonces, a la convergencia y a la interacción entre actores gubernamentales y va más allá de la obvia necesidad de que representantes de múltiples sectores se pongan de acuerdo para tomar decisiones comunes. El propósito final de la intersectorialidad es, por consiguiente, la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas integrales e integradas.

Según Nuria Cunnill Grau (op. cit.), es importante resaltar el fundamento político y el fundamento técnico de la intersectorialidad. El primero refiere a que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales y se traduce en la asunción de que todas las políticas públicas que persigan estrategias globales deben ser planificadas y ejecutadas intersectorialmente. El segundo refiere a que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Esto último le asigna un fundamento técnico a la intersectorialidad consistente con la idea de que crea mejores soluciones (que la sectorialidad) porque permite compartir los recursos que son propios de cada sector.

Para avanzar en la implementación de la intersectorialidad es necesario partir de la premisa de que los procesos de debate, negociación, aprobación y ejecución de políticas son tan importantes como el contenido específico de las políticas mismas. Por ello, la capacidad de los actores políticos de cada uno de los sectores para cooperar es un factor determinante. Si los distintos sectores pueden concertar acuerdos y mantenerlos, es probable que se desarrollen mejores políticas. Con mecanismos institucionales que alienten la cooperación intersectorial a través de los cuales surja un consenso en cuanto a la

orientación de las políticas y los programas, se acerca más la posibilidad de que estas se consoliden. Estos procesos son muy complicados en contextos de escasez de recursos que estimulan la competencia y el clientelismo, con un mapa complejo de capacidades desiguales y de culturas organizativas muy disímiles.

La intersectorialidad implica el desafío de construir y compartir visiones más integrales, propiciando redes de responsabilidad institucional con nuevas formas de cooperación vertical y horizontal. Requiere de una acción mancomunada, con un sistema de responsabilidad de carácter interdependiente e interactivo.

3. El concepto de integralidad en salud mental y derechos humanos

La perspectiva de la integralidad se constituye en la base de la intersectorialidad cuando se sostiene que los problemas sociales deben ser abordados de manera multidimensional. La concepción de integralidad en la perspectiva de los derechos humanos está referida a las diferentes dimensiones del sujeto, tanto en los aspectos subjetivos como en los objetivos vinculados con las necesidades materiales. Significa la afectación de la subjetividad y los problemas de sobrevivencia como dos aspectos del sujeto que deben ser abordados concomitantemente. La mayoría de las estrategias vigentes se basan en concepciones asistenciales que no incorporan el género, el ciclo de vida, la etnia y la clase.

La defensa más clara de este concepto se llevó a cabo en la Conferencia de Viena de 1993. Allí hubo un pronunciamiento político en defensa de la unidad de los derechos humanos, la idea central fue sostener de que no hay una jerarquía en los derechos humanos, sino que todos los derechos son importantes para cumplir su objetivo final: la dignidad humana. La integralidad se enfatiza, sobre todo, en los actos violatorios, cuando se violenta un derecho es muy probable que también otros sean vulnerados.

Para llevar adelante una política integral de salud/ salud mental es necesario superar algunos problemas (Chiara & Ariovich, 2013), entre otros, el abordaje de las diversas causas que los provocan, que las mismas están relacionadas y trascienden los límites del sector. También, para su efectiva implementación se requiere del acuerdo de distintas culturas profesionales e institucionales: “Toda vez que se pretende un abordaje integral de un problema social, la integración entre sectores, o sea, la intersectorialidad propiamente, emerge como asunto a ser construido. Así, integralidad e integración aparecen como las dos ca-

ras de una misma moneda” (Cunnill Grau, op. cit.).

En el campo de las políticas de salud desde fines de los '90, existe un movimiento que bajo el lema de la «Salud en todas las Políticas» resalta la necesidad de que las diversas políticas públicas tomen en cuenta su impacto sobre los determinantes sociales de la salud.

En este tipo de política social el enfoque integral deviene de asumir que es necesario enfrentar no sólo las manifestaciones de un fenómeno sino también sus causas y sus interrelaciones, así como combinar acciones inmediatas con medidas de mediano y largo plazo, usualmente centradas en el territorio y las familias. A la vez, este tipo de política tiende a considerar a la ciudadanía como sujeto de derechos y a las instituciones estatales como portadoras de obligaciones en relación a ellos.

La Ley 26.657 define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” en el marco de la vida en comunidad (art. 3° de la Ley Nacional de Salud Mental). Esta definición contiene una visión integral, tiende puentes con la perspectiva de derechos y prioriza el abordaje territorial por sobre la lógica sectorial. En el apartado siguiente se desarrollará la manera en que esta ley y la ley de salud mental de Córdoba consideran que debe llevarse adelante este enfoque integral.

4. La intersectorialidad en las leyes nacional y provincial de salud mental

Ley Provincial 9.848

En su artículo 3, si bien al definir el sistema de salud mental lo ubica al interior del sistema de salud, le otorga un lugar a la intersectorialidad:

Artículo 3°.- Sistema de Salud Mental. El sistema de salud mental es la organización integral e integrada, dentro del sistema general de salud, de los servicios de salud mental públicos o privados y demás recursos compatibles con los objetivos sanitarios que esta Ley tutela, en el marco de un proceso continuo de construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.

El Comité Intersectorial es el espacio gubernamental previsto para la coordinación de la política de salud mental. Debería funcionar como una mesa de diálogo, de 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.

Capítulo VI Comité Intersectorial Permanente Artículo 18.- Creación. Créase el “Comité Intersectorial Permanente” cuyo objeto es el abordaje conjunto e integrado, por parte de organismos gubernamentales, de las problemáticas encuadradas en las previsiones de la presente Ley que afecten a grupos poblacionales, etarios o sociales, vulnerables o en riesgo psicosocial, tales como las relacionadas con discapacidad, adicciones, violencia familiar, maltrato y abuso sexual, enfermedades orgánicas y mentales incapacitantes, accidentes y otros que afectan sobre todo a niños, jóvenes y ancianos.

Este Comité será coordinado por el Ministro de Salud y participarán representantes del Ministerio de Gobierno, de Desarrollo Social, de Justicia, de Educación, de la SeNAF, de la Secretaría de Derechos Humanos, de la Secretaría de Cultura, de la Comisión de Salud Humana de la Legislatura y representantes de los municipios y comunas de la provincia de Córdoba.

Funciones. El “Comité Intersectorial Permanente” desarrollará, entre otras, las siguientes acciones: a) Consensuar y proponer la ejecución de programas intersectoriales para el abordaje integral e integrado de las problemáticas psicosociales prevalentes; b) Articular programas existentes, evitando la atomización y superposición de los mismos, asegurando una asignación racional de los recursos y garantizando la equidad y accesibilidad de la población a los mismos; c) Asesorar en la definición de las competencias propias de cada jurisdicción y/o área ministerial, así como también en la protocolización de acciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, integración socio-laboral y educacional por parte de cada sector, y d) Elaborar propuestas para la asignación de recursos humanos y materiales en la implementación de los nuevos programas o el reforzamiento de los ya existentes, asegurando una distribución racional de los mismos entre las diferentes áreas de gobierno.

Como se desprende del articulado, la función de este Comité es ordenar a un conjunto amplio de agencias relacionadas con la intervención en el campo de la salud mental. Su coordinación está a cargo de la autoridad de aplicación quien debe ejercer un activo rol de articulador entre los diversos ministerios.

También crea un Consejo Consultivo con representantes de usuarios/as trabajadores/as, unidades académicas y otros actores gubernamentales a los fines de incluir otras voces en la formulación e implementación de las políticas.

Ley Nacional de Salud Mental

La ley nacional y su reglamentación crean en el ámbito de la Jefatura de Gabinetes de Ministros, la Comisión Interministerial en Salud Mental y adicciones (CoNISMA) con el objetivo de optimizar la generación de acciones intersectoriales concretas. Esta Comisión está integrada por representantes de los distintos ministerios

La Autoridad de aplicación de la ley debe promover que en cada jurisdicción las autoridades de salud, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria (Art. 11 Ley 26.657).

También deberá convocar a las organizaciones de usuarios, familiares y de trabajadores a participar de un Consejo Consultivo para exponer las políticas y recibir propuestas. (Art.2 Decreto Reglamentario).

La ley le obliga a la Autoridad de Aplicación que en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo desarrolle planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Todas las acciones deben contener mecanismos para la participación comunitaria, en especial de las organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental.

- ♦ La reglamentación le asigna a cada ministerio tareas específicas y lo obliga a afectar partidas presupuestarias propias para hacer frente a las mismas (Art.2 Decreto Reglamentario):
- ♦ Con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación se debe desarrollar los estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados: Protocolos de fiscalización y Protocolos de investigación. Se deberán elaborar estándares que garanticen el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el art. 7. Los estándares se refieren a la habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.
- ♦ Con el Ministerio de Desarrollo Social se deben desarrollar políticas para la inclusión social
- ♦ Con el Ministerio de Trabajo se deben desarrollar políticas de inclusión laboral y fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.
- ♦ Con el Ministerio de Educación se deben revisar y proponer contenidos específicos en la formación de las carreras de grado de las universidades. También la coordinación de planes de prevención.

- ♦ Con el Ministerio de Planificación acordar las adaptaciones edilicias a los fines de adecuar las instalaciones a las acciones previstas en la ley.
- ♦ Con el Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI) y con la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (AFSCA) se desarrollarán políticas tendientes a prevenir la discriminación por cualquier medio y contexto.
- ♦ Con el Ministerio del Interior se facilitará el acceso al Documento Nacional de Identidad a las personas que carezcan de él y la búsqueda de los datos de identidad y filiación cuando fuere necesario con procedimientos expeditos manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva.
- ♦ Con el Ministerio de Seguridad se elaborarán Protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.
- ♦ El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos colaborará en la implementación del Censo
- ♦ Con la Superintendencia de Servicios de Salud se debe controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales, adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la ley. Para tal fin se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos. Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la ley.
- ♦ En la Defensoría General de la Nación funcionará el Organo de Revisión Nacional, la cual se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para su funcionamiento.

5. Modelos de gestión de la intersectorialidad definidos en las leyes de salud mental

Por lo desarrollado hasta aquí, es claro que el sector salud mental no tiene el control total o la influencia necesaria para cumplir con los resultados previstos en la ley y que requiere de varios sectores que comparten el dominio sobre la cuestión. Esto es así porque, sobre todo, se busca promover cambios profundos en la forma con la que hasta ahora se ha abordado el problema del padecimiento mental. Los modos de gestión y la manera en que se define la conducción son fac-

tores que median la producción de la intersectorialidad, lo que implica distintos grados de integración entre los sectores.

Nuria Cunnill Grau establece las variables que inciden en la gestión de la intersectorialidad. Según la manera en que se resuelvan, en cada caso particular, las dimensiones descriptas se puede estar en presencia de acciones intersectoriales de alta integración o de baja integración. El abordaje integral de la salud mental requiere de una alta intensidad por lo tanto, el desarrollo de capacidades para tomar decisiones sobre qué aspectos integrar, a quiénes, dónde y cómo producir la intersectorialidad.

-Proceso de planificación: La planificación conjunta es una de las dimensiones consideradas centrales y es la variable que más resaltan los organismos internacionales.

-Presupuesto: La racionalidad integradora debe expresarse en un presupuesto integrado. Los presupuestos por rubro chocan con la lógica de la intersectorialidad.

-Grado de mancomunidad en la ejecución: La mancomunidad en las acciones puede variar desde la mancomunidad total a solo un compromiso de ejecución de acciones en función de un mismo objetivo.

-Cobertura de las estructuras orgánicas suprasectoriales e intersectoriales: La intersectorialidad es más que una simple colaboración. Implica alteraciones en las dinámicas y en los procesos organizacionales. La institucionalidad más sencilla puede ser la creación de comités interministeriales o producir transformaciones más profundas que alteren las estructuras organizativas o incluso la creación de una entidad diferente. Toda la literatura consultada llama la atención sobre la necesidad de establecer, por lo menos, un mecanismo institucional donde se expresen intereses y se debatan las diferencias.

En el cuadro siguiente se intenta esquematizar el tipo de gestión de la intersectorialidad definida en cada una de las leyes:

Factores analizados	Ley Provincial	Ley Nacional
<i>¿Quiénes intervienen?</i>	Sectores gubernamentales, 3 poderes del Estado y la jurisdicción municipal	Sectores gubernamentales
Presupuesto	Aportado por la autoridad de aplicación	Cada sector aporta parte del presupuesto
Lugar que se le otorga a la autoridad de aplicación	Vertical	Horizontal

Mecanismos de formulación de las decisiones	Planificación centralizada desde la autoridad de aplicación	Planificación conjunta en políticas y acciones concretas
Modalidades de ejecución	Ejecución conjunta de algunas acciones	Ejecución conjunta de acciones concretas ya definidas en la Reglamentación de la ley
Formatos organizativos	Comité intersectorial	Suprasectoriales (por su dependencia de la Jefatura de Gabinete)

En el diseño de la intersectorialidad que se expresa en la ley nacional de salud mental se avanza en una de mayor intensidad que la formulada en la ley provincial. Sin embargo ambas requieren de ajustes en sus modelos. El diseño de una colaboración con una intersectorialidad más cercana a lo definido como de “baja intensidad” no es consistente con los propósitos planteados.

6. La intersectorialidad como problema de acción conjunta

En el apartado anterior queda expresado que, en su formulación, la legislación adhiere a una perspectiva integral de la salud mental que debe abordarse intersectorialmente. Sin embargo entre esa formulación y la implementación de las políticas para su efectivo cumplimiento hay que avanzar en una activa gestión que implica acuerdos entre actores, desarrollo de iniciativas, obstáculos que destrabar, concepciones por transformar.

Ambas leyes de salud mental afirman la necesidad de las políticas intersectoriales. Sin embargo entre esta definición y su efectiva implementación hay un largo camino a recorrer. La brecha entre formulación e implementación es importante. La política una vez que es puesta en marcha, desata todo un proceso donde confluyen oportunidades, intereses en juego, decisiones, etc; con lo cual, tal como afirma Aguilar Villanueva (1993) “la implementación se vuelve entonces un proceso muy complejo y elusivo, también conflictivo, y es casi imposible encontrar una fórmula de coordinación que integre las diferencias y configure una acción colectiva armónica y efectiva”.

Los procesos complejos que intervienen en la etapa de formulación de las políticas se multiplican en la etapa de la implementación. Esto es así porque el número de personas que trabajan en ella, las múltiples organizaciones afectadas, las distintas jurisdicciones que intervienen generan conflictos difíciles de resolver.

Frecuentemente se imputan los defectos y fracasos de las políticas públicas a la ejecución de las decisiones. Desde esta perspectiva, los responsables de la desviación de los objetivos son los agentes burocráticos y sus vicios morales, la desorganización, la incompetencia técnica etc., para lo cual cabe recordar que entre la decisión y la implementación de la decisión existe una compleja red de organizaciones públicas y actores, encargados de transformar estas decisiones en hechos concretos.

Pressman y Wildavsky (1984) imputan el fracaso de muchos programas a lo que ellos denominan *la complejidad de la acción conjunta*. Esta complejidad se debe a la existencia de gran cantidad de actores en el momento de la implementación que pueden obstaculizar la ejecución de las acciones por lo cual al diseñar todas las etapas de la implementación hay que anticipar los lugares donde se pueden generar atrasos.

Eugene Bardach (1980) habla de los juegos de la implementación. Para Bardach es posible comparar la implementación con un proceso de ensamblaje, como el existente en una cadena de montaje en una fábrica de automóviles, en donde los distintos participantes aportan elementos para la construcción de lo que será el programa. Los participantes negocian en el momento en que tienen que hacer su aporte las condiciones del suministro del mismo. A las interacciones que se producen entre los distintos actores a la hora de realizar su aporte es a lo que Bardach llama juegos. Es una representación conceptual descriptiva que procura enumerar y ordenar las características de los jugadores, lo que está en juego, las apuestas, las estrategias y tácticas, los recursos necesarios para poder entrar al juego, las reglas de juego, la naturaleza de las comunicaciones permitidas entre los jugadores, el grado de incertidumbre respecto del resultado del juego, también los que no tienen interés en participar del juego. Por “juego” hay que entender, entonces, la interacción estratégica por medio de las cuales entran en relación recíproca actores independientes, poseedores de diversos recursos que el programa o la política contempla como componentes necesarios para la producción del evento deseado. En este punto las principales relaciones que nos interesan analizar son las planteadas entre políticos y burócratas y entre gobierno (burócratas y políticos) y ciudadanos/as.

Existe una amplia literatura en el estudio de la implementación de las políticas públicas, aquí se tomará el proceso de implementación como una dimensión compleja que incluye el estudio de diferentes subdimensiones. Las mismas son:

-*Las condiciones iniciales*: Consenso en torno al objetivo de la política y en torno a los recursos e instrumentos. Dentro de estas condiciones, en primer lugar, observar el grado de inclusividad en el ciclo de formación y evaluación de las políticas, esto es cómo se definen los problemas y se planifican las soluciones: acuerdos iniciales de colaboración y procesos utilizados para la formulación. Según Subirats, la coherencia del diseño, la fuerza del modelo explicativo, el financiamiento, y el discurso en torno a los problemas y sus objetivos, son factores clave que inciden en los resultados de cualquier política pública (Subirats et al, 2008)

-*La matriz política*: Refiere al conjunto de variables y restricciones que fijan los límites y probabilidades diferenciales para la realización de los intereses o metas de los diversos grupos que interactúan en un entorno social.

-*Multiplicidad de actores*: Los agentes son determinados grupos compuestos por individuos que tienen un interés común. En la medida en que tales agentes se organizan colectivamente, esos agentes empiezan a constituir un actor.

-*Puntos y claros de decisión*: Todo proceso de implementación tiene varios “puntos de decisión” (implica determinadas decisiones de acción colectiva) y cada decisión a tomar tiene varios “claros” (conlle-va la aprobación de varios actores que tienen la capacidad de vetar la forma, el contenido o el tiempo de la decisión cooperativa).

-*Colaboración interinstitucional* La necesidad de atenuar los efectos del aumento de la especialización y de la proliferación organizacional

-*Resistencias para la implementación de una política intersectorial en salud mental*. Nuria Cunnill Grau identifica dos tipos de resistencias para la gestión intersectorial: por un lado, las resistencias institucionales que aluden a las “reglas de juego” que constriñen las relaciones de colaboración entre sectores. Entre otras, la autora identifica el centralismo, la gestión de la información, la competencia entre sectores, la desconfianza.

Otro tipo de resistencias son las políticas que operan como distintos grupos o intereses en los distintos sectores del Estado, las estructuras partidarias, los desbalances de poder.

Las variables identificadas en este punto permiten elaborar un plan de acción para el fortalecimiento de capacidades estatales que permitan avanzar en una colaboración interagencial coherente con una formulación de abordaje integral de la salud mental.

6. Hacia un diseño estratégico de la intersectorialidad en salud mental

Como ya afirmara, las transformaciones en salud mental requieren que se compartan entre distintos sectores gubernamentales tanto la formulación y la ejecución de las decisiones como la creación de estructuras organizativas que superen la compartimentalización del Estado. Para esto es necesario asumir que, como se ya se ha comprobado en otras investigaciones, la presión jerárquica o la creación de estructuras de coordinación colegiada como los comités interministeriales son insuficientes. Se requieren importantes capacidades para sensibilizar permanentemente sobre las ventajas del trabajo conjunto, desenvolver procesos de negociación para zanjar las diferencias, capitalizar las fortalezas y limitar las debilidades de cada organización, comprender las diferentes culturas organizacionales, construir puentes entre ellas, desarrollar un lenguaje común y aprovechar las oportunidades que pueden surgir para la acción combinada.

Se requiere además la inclusión de una perspectiva cultural y, en este sentido, el enfoque de derechos puede ser un marco común que oriente un sentido de valores y de significados unificados. En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos ha fijado no solo las obligaciones negativas, sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado con respecto al cumplimiento de los derechos sociales (Abramovich, 2006).

Tender puentes entre la perspectiva de derechos y la renovación de la gestión pública permitiría superar una visión tecnocrática de esta última, visibilizar el carácter político de la administración pública como parte del proceso de “quién consigue qué” y reorientar el diseño de los servicios hacia el efectivo cumplimiento de los derechos humanos. Esto conduce a un concepto de reforma que va más allá del mejoramiento de la gestión y que propicia sobrepasar el autorreferenciamiento. La visión sectorial de las políticas de salud mental limita la aplicación del enfoque de derechos. Esta visión no permite tener una mirada integral de los problemas sociales. La perspectiva de derechos ha promovido un gran avance al proponer su incorporación en las políticas y las características de los derechos humanos, esto es su integralidad, su interdependencia y su indivisibilidad.

7. Bibliografía

ABRAMOVICH, V. (2006) Aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL (88):35-50.

AGUILAR VILLANUEVA, L. (1993) *La implementación de las políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa.

BARDACH, E. (1980) *The implementation game*. Cambridge, Massachusetts, The MIT Press.

CUNILL-GRAU, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, XXIII (1), 5-46.

CHIARA, M. & ARIOVICH, A. (2013) Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 15 (29): 99-122.

PRESSMAN, J. Y WILDAVSKY, A. (1984) *Implementation*. Berkeley, CA University of California Press.

SUBIRATS, JOAN ET AL. (2008) *Análisis y Gestión de Políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

SUREL, Y. (2006) Relaciones entre la política y las políticas públicas. En: Franco R, Lanzaro J, coordinadores. *Política y políticas públicas en los procesos de reforma de América Latina*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.