

Una pausa para pensar el campo de la salud mental. Reflexiones desde el Observatorio de salud mental y DDHH

Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Córdoba¹ | comunicacionobservatoriosm@gmail.com | Argentina

Recepción: 17/03/21

Aceptación final: 13/04/21

Resumen

Desde que comenzó a instalarse en nuestro país la pandemia del Covid-19, a través del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos hemos estado registrando, documentando y organizando informaciones diversas respecto al campo de la salud mental en Córdoba en este particular contexto: produciendo materiales con recomendaciones, vinculándonos con distintas personas y organizaciones para trazar un mapeo colectivo de esta crisis socio-sanitaria, publicando artículos académicos y periodísticos con algunas reflexiones, participando de diversos espacios para intentar incidir políticamente, etc. Sin embargo, en este artículo, a unos meses de que el Observatorio cumpla una década de existencia y por la necesidad de hacernos una pausa para re-pensar nuestro rol y nuestras prácticas como actorxs sociales pertenecientes al campo de la salud mental, decidimos llevar adelante una retrospectiva de nuestro trabajo que recupere las tensiones del campo que todavía persisten a más de diez años de sancionadas las leyes de salud mental. Finalmente, ensayaremos algunas reflexiones e interrogantes que se abren en estos tiempos tan singulares marcados por la pandemia.

Palabras clave: salud mental, leyes, pandemia, Observatorio

¹ Este artículo fue escrito por María Angélica Bella (Centro de Investigaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades/UNC y Observatorio de Salud mental y Derechos Humanos/IIFAP/UNC - email: mariangelicabella@gmail.com) en colaboración con Lucía Galíndez, Martín Passini, Solana Yoma, Soledad Buhlman y María Paz Caminada, todxs miembros del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos (IIFAP-UNC).

Abstract

Since the Covid-19 pandemic became a reality in our country, from the Observatory of Mental Health and Human Rights, we have been registering, documenting and organizing information about the field of mental health in Córdoba in this particular context: we have been producing materials with recommendations, relating ourselves with people and organizations to draw a collective mapping of this socio-sanitary crisis, publishing academic and journalistic articles with some reflections, participating in various advocacy groups to influence politically, etc. However, in this article, a few months before the Observatory celebrates a decade of existence and because of the need to pause to rethink our role and our practices as social actors belonging to the field of mental health, we decided to carry out a retrospective of our work that recovers the tensions of the field that still persist more than ten years after the mental health laws were sanctioned. Finally, we will rehearse some reflections and questions that open up in these unique times marked by the pandemic.

Keywords: mental health, laws, pandemic, Observatory.

CONSEJOS PARA VISITANTES

***Si Ud. hace caso omiso
De nuestra sonrisa desdentada,
De las contracturas,
De las babas,
Encontrará, le juro, un ser humano.
Si mira más profundo todavía,
Verá una historia interrumpida,
Que hasta por ahí, es parecida...
Si no puede avanzar,
si acaso le dan náuseas o mareos...
no se vaya...
antes, por lo menos,
deje los cigarrillos.***

Marisa Wagner – Los montes de la loca (1997)

Desde que comenzó a instalarse en nuestro país la pandemia del Covid-19, a través del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos hemos estado registrando, documentando y organizando informaciones diversas respecto al campo de la salud mental en Córdoba en este particular contexto: produciendo materiales con recomendaciones, vinculándonos con distintas personas y organizaciones para trazar un mapeo colectivo de esta crisis socio-sanitaria, publicando artículos académicos y periodísticos con algunas reflexiones, participando de diversos espacios para intentar incidir políticamente, etc. Sin embargo, en este artículo, a unos meses de que el Observatorio cumpla una década de existencia y por la necesidad de hacernos una pausa para re-pensar nuestro rol y nuestras prácticas como actorxs sociales pertenecientes al campo de la salud mental, decidimos llevar adelante una retrospectiva de nuestro trabajo que recupere las tensiones del campo que todavía persisten a más de diez años de sancionadas las leyes de salud mental. Finalmente, ensayaremos algunas reflexiones e interrogantes que se abren en estos tiempos tan singulares marcados por la pandemia.

Retrospectiva: hacer memoria para pensarnos en el presente

En el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó una investigación titulada *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Las conclusiones más importantes de ese trabajo -que desde el Observatorio recuperamos en un capítulo del informe *Mirar tras los muros* de 2013- fueron las siguientes: aproximadamente 25.000 personas estaban detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas; más de un 80 por ciento de estas personas fueron encerradas durante más de un año y muchas lo fueron de por vida; dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecían al sistema público; el 75 por ciento de las personas en el sistema argentino de salud mental público se encontraban detenidas en instalaciones de 1000 camas o más. En ese informe también se señala que muchas de estas internaciones constituían detenciones arbitrarias puesto que no se conocía la legalidad de las mismas, las cuales produjeron: muertes que no fueron investigadas, privación de la libertad en celdas de aislamiento, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, ausencia de rehabilitación, tratamientos inadecuados y sobrepoblación, entre otras graves violaciones a los derechos humanos.

La crudeza de los datos presentados en el informe *Vidas arrasadas* del CELS puso en evidencia los escasos avances respecto a la ampliación de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y el vacío legal existente sobre esta población aún en democracia y sirvió para darle impulso en la agenda pública al debate en torno a la salud mental. Cabe señalar también que un año antes, nuestro país había adoptado la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que establece que la discapacidad no está en las personas sino en la relación entre éstas con el medio social que facilita o dificulta su integración. En ese 2007 tan paradigmático para el campo de la salud mental en Argentina también se conformó en Córdoba la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos que nucleaba a diversxs profesionales, instituciones y organizaciones de este campo con el objeto de instalar en la agenda pública la necesidad de contar con una legislación que brindara el marco normativo para la transformación del sector.

Como reseñamos en nuestra página web², luego de tres años de trabajo colectivo, se elaboró un proyecto de ley que fue presentado a la Legislatura de la Provincia de Córdoba y, como fruto de la lucha desde diferentes sectores -y con algunas modificaciones al proyecto original-, se aprobó en octubre 2010 la Ley de Salud Mental N° 9.848 de la provincia de Córdoba.

2 La dirección de la página web del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba es: observatoriosmyddhh.org

En este proceso, la Mesa tuvo una fuerte incidencia en el debate del problema y su inclusión en la agenda pública, lo cual redundó en la formulación de políticas específicas para este campo a partir de la incidencia legislativa. Un mes más tarde se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) que fue celebrada por el colectivo de organizaciones que conformaban la Mesa Provincial.

No obstante, debemos destacar que estas leyes se asientan sobre las diversas, fértiles y también aisladas experiencias que, a partir de la década del cincuenta y en diferentes contextos locales argentinos, trabajaron sobre cómo pensar la articulación, planeamiento e implementación de políticas tendientes a desarraigar la práctica manicomial, creando dispositivos comunitarios extrainstitucionales o instituciones de nuevo tipo que trabajasen el padecimiento mental considerando a las personas en su integralidad, como unidad bio-psi-co-social y haciendo de la salud “mental” una práctica social y comunitaria³. Por otro lado, durante este periodo conviven numerosos instrumentos internacionales de salud mental (tratados de DDHH e instrumentos específicos, observaciones y recomendaciones elaboradas en el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos) que constituyeron un aporte fundamental para el trabajo de todxs aquellxs que, desde algún organismo estatal o desde la sociedad civil, defienden los derechos de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad (Bella, 2019).

Enmarcados en el paradigma de los derechos humanos, estos hitos legislativos implican un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental lo cual requiere una revisión de los servicios y dispositivos vigentes en este campo. Sin embargo, si bien estas leyes constituyen un marco normativo que permite identificar cuáles son los temas centrales que requieren especial atención y han significado un paso fundamental en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo, para su implementación se requieren importantes medidas ejecutivas y presupuestarias por parte del Estado y transformaciones en las prácticas de actorxs políticos que aún hoy siguen obstaculizando la efectiva garantía de este derecho.

En ese sentido, desde la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos se sostuvo que la legislación era un marco necesario pero no suficiente y, como consecuencia, a finales de 2011 se presentó un proyecto de investigación al Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba titulado “Producción de información para las políticas públicas: Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la provincia de Cór-

³ Dentro de estos antecedentes podemos ubicar al Servicio de Psicopatología de Lanús (1956- 1972), al Plan Goldemberg de 1967, a la experiencia de Río Negro y la Ley N° 2440 de 1991 (que había comenzado a gestarse en 1980), a la Ley N° 448 de CABA de 2000 (a partir de un debate iniciado a mediados de los noventa) y a la Ley de Desinstitucionalización de San Luis de 2006 (cuyo origen puede rastrearse en 1991).

doba” que se radicó en el Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, de la Universidad Nacional de Córdoba (IIFAP-UNC)⁴.

A partir de ese momento, se conformó el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos motivado por la necesidad de contar con un sistema de información que permitiera conocer la transformación de los servicios de salud mental en la provincia de Córdoba a partir de la sanción de las actuales leyes de salud mental. Como puede leerse en nuestro facebook⁵, el término *observatorio* hace alusión a un ejercicio de contraste, en el cual la figura del observatorio surge como una entidad que, sin ser la responsable directa de una política, la observa o evalúa desde fuera; en este sentido, ese término connota distancia de la figura gubernamental, que inyecta autonomía y cierto nivel de imparcialidad a las observaciones.

A lo largo de estos años, desde el Observatorio empleamos como estrategia principal la producción de información que permita monitorear y evaluar las políticas públicas en salud mental, mediante estrategias sistemáticas de recolección y análisis de la información que prioricen la perspectiva de lxs actorxs involucradxs y que permitan conocer cómo las acciones gubernamentales afectan la vida cotidiana de las personas. Paralelamente, promovemos la difusión de esta información mediante publicaciones científicas y periodísticas y empleamos diversas herramientas administrativas de exigibilidad de derechos (tales como la realización de presentaciones al Órgano de Revisión Nacional) así como estrategias de incidencia a nivel internacional y regional. A su vez, el Observatorio ha organizado conferencias, seminarios y jornadas de capacitación y formación en materia de salud mental, derechos humanos y políticas públicas.

Específicamente en el plano de la incidencia política, desde el año 2014, el Observatorio participa del Colectivo por el Derecho a la Salud Mental de Córdoba, compuesto por personas usuarias de los servicios de salud mental, trabajadorxs, organizaciones estudiantiles, sociales y políticas que organizan anualmente las Marchas por el Derecho a la Salud Mental, exigiendo la plena implementación de las leyes de Salud Mental y una política pública integral que garantice estos derechos reconocidos. De manera simultánea, se fue trabajando en la generación de redes y articulaciones relevantes en el campo: a nivel nacional, el Observatorio forma parte de la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos y

4 Luego del proyecto de investigación inaugural avalado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Provincia de Córdoba, el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, continuó con sus tareas de investigación y producción de información a partir de estudios multicéntricos a nivel nacional avalados por la Comisión Nacional Salud Investiga (Ministerio de Salud de la Nación) y, posteriormente, con proyectos de investigación avalados y financiados por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba. También desarrollamos tareas de extensión e intervención a partir de proyectos avalados por la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Córdoba.

5 Se puede acceder al Facebook del Observatorio desde el siguiente enlace <https://www.facebook.com/ObservatorioSMYDDHH/>

del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones; y en el plano regional, de la Red Latinoamericana y Caribeña de Derechos Humanos y Salud Mental y del Observatorio Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental. Para su incidencia a nivel internacional mediante la presentación de informes alternativos a Naciones Unidas, ha articulado con las organizaciones internacionales *Women Enabled International* y Alianza Internacional de Discapacidad (IDA, por sus siglas en inglés).

Con todas estas acciones y desde la convicción de que el trabajo colectivo es una vía por la que podemos demandar y colaborar en la construcción de una salud mental respetuosa de los derechos humanos de las personas, pretendemos contribuir a visibilizar y consolidar el cambio de paradigma en salud mental por el que viene atravesando nuestro país.

La LNSM y los modelos en pugna

Entre 2017 y 2019, como parte de las acciones que el Observatorio realiza para acercar el debate sobre salud mental a toda la comunidad, se llevó a cabo junto a la Asociación Cooperadora y Amigos del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y Altroqué realizaciones, una serie documental llamada “Entre muros y puentes”⁶. Esta serie aborda de forma integral y mediante los testimonios y experiencias de actorxs directamente involucradxs en el campo, el concepto de Salud Mental y las tensiones existentes que aún persisten a más de 10 años de sancionadas las leyes de salud mental. Este material audiovisual se complementa con una *guía de trabajo* pensada para ser empleada en instancias de taller y capacitación sobre el paradigma de abordaje comunitario en salud mental. De allí recuperaremos una breve descripción de los paradigmas en pugna: el modelo manicomial (los *muros*) y el modelo comunitario (los *puentes*). ¿Cómo piensa la salud/padecimiento mental cada uno de ellos?

“El modelo denominado médico-biologicista (modelo manicomial), es el paradigma dominante en psiquiatría y en medicina general. Este modelo se centra únicamente en el sistema biológico de la persona (dejando de lado los aspectos psicosociales) y respondiendo solamente desde lo médico para abordar la enfermedad de la persona afectada. Esto implica reconocer como única causa de su enfermedad un estado biológico anormal. Lo que se busca es diagnosticar a la persona y adoptar alguna medida sólo

6 La serie, integrada por seis cortometrajes, se llevó a cabo mediante el financiamiento del Fondo de Fomento Concursable para Medios de Comunicación Audiovisual (FOMECA) del entonces AFSCA, ahora ENACOM. Puede acceder a los 6 capítulos desde el siguiente link: <https://www.youtube.com/channel/UC-KREUXPtdVQLIUo-ubs5yDw>

desde el campo de la medicina tradicional, en este caso la psiquiatría (Bertorello, Atala y Schwerkoll, 2019: 11)”.

En los debates previos a la sanción de la LNSM, la psiquiatría emergió como la disciplina que invisibilizaba a los otrxs actorxs del campo. Además, aunque en las disertaciones tanto en la cámara de diputados como en la de senadores, lxs representantes de otras organizaciones diferentes a la psiquiátrica le disputaban a esa disciplina ciertos principios, también reproducían la hegemonía médica en su propio campo disciplinar (Bella, 2019). Esa situación hace evidente, tal como se incorpora en la mencionada ley, la importancia de apostar al trabajo interdisciplinar ya que este es central para abordar el desafío de la desmanicomialización. La importancia de la interdisciplina radica, por un lado, en que posibilita el diálogo entre conocimientos profesionales y no profesionales y por otro lado, porque habilita la participación y la capacidad de la autorepresentación en el tratamiento.

Sostenemos que el derecho a la salud mental de quienes han atravesado internaciones psiquiátricas prolongadas, no consiste sólo en la posibilidad de acceso a prácticas de atención, sino que debería constituirse como un proceso de subjetivación que deconstruya la objetivación resultante del paso por los dispositivos manicomiales. Para tal fin, la desvalorización de la palabra de lxs usuarixs de los servicios de salud mental, fruto del estigma que sobre ellxs pesa, necesariamente debe ser revertido (Barukel; 2012).

“El concepto de *salud-enfermedad-cuidado*, hace referencia a un proceso más amplio que el estado meramente biológico de enfermar o estar sano; implica considerar las dimensiones sociales, medio-ambientales, históricas, culturales como parte de un proceso dinámico, las cuales intervienen en el sujeto que padece una enfermedad; “*cuidado*” hace referencia a las prácticas propias cotidianas de los sujetos ante situaciones adversas o prácticas que se construyen socialmente (desde la experiencia cotidiana). También aquellas que se pueden aprender en los servicios de salud. La salud ya no puede ser entendida como un estado (algo estático, establecido), sino que es un proceso de construcción colectiva, e implica un movimiento permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones que comprometen todas las relaciones de la persona y por lo tanto de su vida misma (las relaciones con su familia, su comunidad, su historia personal, el sistema de salud). Es por esto que no se habla de enfermedad mental, sino de *padecimiento subjetivo*” (Bertorello et. al, 2019: 11).

La disputa sobre qué se entiende por “salud mental” resulta crucial debido a que es a partir de esta noción que se interpretan las necesidades de las personas y las comunidades. La

incorporación en el texto de la LNSM de la noción de “padecimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo” frente al de “enfermedad” o “trastorno mental” produjo desacuerdos insalvables entre lxs actorxs en disputa. Durante los debates en ambas cámaras, las organizaciones psiquiátricas plantearon un discurso reprivatizador⁷ que se sostenía en el argumento de que no era posible pensar la intervención en el campo de la salud mental por fuera de la noción históricamente construida de enfermedad y de trastorno (Faraone; 2012). Sin embargo, el resto de las organizaciones se alineó detrás de un enfoque bio-pisco-social que cuestionó la concepción psiquiátrica de “enfermedad mental” por considerarla ahistórica y asocial y porque desconoce, además, la incidencia de los procesos económicos, sociales, laborales, de la cultura, etc. en la configuración de nuevas formas de malestares psíquicos. La pluralidad de variables que afectan la salud mental se encuentra inscripta en el artículo tercero de la LNSM.

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Ahora, ¿qué factores y actorxs se tienen en cuenta en el modelo manicomial y en el modelo comunitario?, ¿qué dispositivos contempla cada uno de ellos?

“Desde el modelo manicomial, el “paciente” es un sujeto pasivo, que no sabe lo que le sucede y sólo padece la enfermedad. Es considerado incapaz, y no se considera su voluntad sobre las medidas que se ejercen sobre él. Desde esta concepción de sujeto, el sector que atiende estas problemáticas lo hace sólo desde una mirada reduccionista de la salud teniendo como centro del sistema sanitario al manicomio. Los sujetos son sobremedicados (exceso de medicación), o se administra medicación ante situaciones de la vida cotidiana que son consideradas patológicas; en muchos casos son encerrados, bajo una lógica verticalista y jerárquica del médico, sin que el sujeto pueda tener otro tipo de alternativa o decisión frente a su tratamiento. De esta forma sólo se logra “controlar” al sujeto, estigmatizar la problemática de salud por la que atraviesa, y al experimentar una situación de encierro se lo aleja de su comunidad” (Bertorello et. al, 2019: 12).

7 Nancy Fraser (1991) define a los discursos de la *reprivatización* como aquellos que aparecen como respuesta a las formas *opositoras* del discurso que surgen cuando las necesidades se politizan desde “abajo”.

En contraposición a este modelo médico biologicista imperante, desde el abordaje comunitario ya no se habla de patientxs sino de “usuarixs del servicio de salud mental”, esto significa una persona que decide hacer uso de un servicio de salud mental sin que esto implique convertirse en alguien pasivo frente a esa decisión.

“Desde esta concepción de sujeto, los factores que deben analizarse y que entran en juego son, aparte del sistema de salud, los de vivienda, trabajo y educación. Esta comprensión integral de la persona, la cual plantea la ley, implica dar un panorama más amplio de las problemáticas por las que atraviesa el sujeto. Por todo esto, la atención no se centra sólo en lo hospitalario, sino que se trabaja además, desde la atención primaria de la salud con base en la comunidad donde vive el sujeto. Desde este modelo se trabaja desde la intersectorialidad, es decir realizar acciones conjuntas desde los diferentes sectores: salud, educación, justicia, trabajo, vivienda. Así como también, realizar abordajes desde diferentes disciplinas: trabajo social, psicología, acompañantes terapéuticos, abordajes grupales y comunitarios. Esto no implica que no se use medicación o internación en los casos que lo requieran, sino que el fin último de este abordaje sea la integración en la comunidad, respetando los Derechos Humanos de las personas” (Bertorello et. al, 2019: 12).

Desde ese punto de partida, es posible entender la ley articulada con una perspectiva de Derechos Humanos ya que involucra, en su Artículo N°3 pero también en el N°11, N°14 y N°36 el derecho a recibir el tratamiento que menos restrinja derechos y libertades como el acceso al trabajo o a la vivienda. La ley también subraya el derecho a la participación en políticas públicas de lxs usuarixs de los servicios de salud mental y para ello, establece espacios formales de participación, específicamente en el Órgano de Revisión (Art. N° 39) y en el Consejo Consultivo Honorario (Art. N°2 decreto reglamentario). Esta referencia a la vivienda, al trabajo y a la participación política, es decir, a aspectos de la vida social de las personas -y no solo a aquellos vinculados a la “atención” en los servicios de salud mental-, pone de manifiesto que la implementación de la ley requiere de un cambio de paradigma que trascienda la esfera sanitaria (Rosales y Ardilla Gómez; 2017: párr. 2).

En resumen, la salud/padecimiento mental es un proceso que se construye socialmente. La complejidad de los problemas que abarca hace imposible desvincularla del contexto social, político y económico y requiere de una política específica de lo social y de un abordaje integral, en contraposición a criterios biologicistas e individuales. Pensar en “comunidad”, “democratización”, “organización participativa”, incorporar la noción de “derechos” como componente de las prácticas de promoción, atención y cuidados de la salud, implica ha-

bilitar el derecho a “ser”, en términos de ciudadanía. Las personas usuarias de los servicios de salud mental, desde el paradigma manicomial, lejos de poder “ser” se vieron obligadas a transitar la vida sufriendo diversos tipos de violencias que las excluyen del sistema y que las dejan fuera como sujetos de derecho (Bella, 2019).

Sin embargo, y aunque la LNSM es un hito de fundamental importancia, la persistencia del modelo manicomial sigue expresándose fuertemente. Tal como lo indica el “Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental” (2019) realizado en instituciones de internación monovalente públicas y privadas de veintiún jurisdicciones del país, para 2019 permanecían 12.035 personas internadas por motivos de salud mental en la Argentina. Aunque el 75% de las instituciones censadas correspondía al sector privado, la distribución era homogénea entre los sectores privados y públicos (el 52% de las personas se encontraban alojadas en instituciones públicas). Se registró que el tiempo promedio de internación era de 8,2 años en ambos sectores, mientras que en el sector público ascendía a 12,5 años. Otro dato relevante es que el 63,6% de las personas estaban internadas sin presentar criterio de riesgo cierto e inminente (único motivo que justificaría la internación según la LNSM).

A esta situación se agrega que el 2020 fue el año que se introdujo en nuestro país la pandemia mundial por la Covid-19. Entonces nos preguntamos: ¿qué tipo de atención prevalece en este momento de emergencia sanitaria?, ¿qué se considera prioritario en una situación de crisis?, ¿qué salud mental queremos?, ¿cómo podemos organizarnos en movimientos que pugnen por la concreción de las reformas que queremos conquistar?

Lo que persiste

Escribimos porque elegimos cuidarnos de otro modo, colectivamente. Porque algunas soledades no saben cómo ser nombradas. Porque algunos cuerpos están agotados y porque hay dolores que ya no se soportan.

Escribimos porque a diez años de la sanción de la ley de salud mental seguimos sin un presupuesto digno que garantice que las prácticas sean en verdad desmanicomializadoras. Porque nunca fue más evidente la concepción biologicista, reduccionista y empresarial de la salud.

Escribimos porque decidimos no cuidar imágenes, no sostener pantallas. No reproducir discursos de fatalidad.

No darle lugar al servilismo.

Escribimos porque dejar una huella a veces es el modo de seguir un camino, o de empezarlo. Escribimos porque mirar para el costado nunca habrá sido más caro. Escribimos porque escribir es arriesgarnos a seguir vivxs.

Manifiesto por la Salud Mental. Trabajadorxs y usuarixs de salud mental de hospitales monovalentes de capital e interior, hospitales generales de capital e interior y equipos de atención comunitaria de Córdoba. Agosto 2020.

La irrupción del Covid-19 significó una abrupta modificación de nuestros modos de vida. Su aparición en geografías distantes hacia fines de 2019 y su capacidad para diseminarse velozmente en el marco de un mundo globalizado nos fuerza a repreguntarnos qué entendemos por salud y cuáles son los modos de abordarla, cuáles son sus alcances y vinculaciones con las desigualdades económicas, políticas, territoriales, sociales, culturales... y qué responsabilidades tenemos como actorxs sociales pertenecientes al campo de la salud mental.

El coronavirus nos enfrenta al reto de lograr una mayor amplitud para un entendimiento y un compromiso común y vuelve evidente que la salud no es algo individual sino un proceso multideterminado cuya protección reclama tanto de saberes diversos como de un Estado capaz de coordinar los esfuerzos colectivos. Como argumenta Gabriel Giorgi en una nota publicada en el diario Página 12: “La epidemia es siempre un zoom sobre ese tejido vital compartido, iluminando las amenazas físicas pero sobre todo la amenaza de un sistema de salud y de protección social desfondado. Revela, una y otra vez, que el enemigo principal no es el virus, sino los poderes que nos abandonan a nuestra suerte”.

La pandemia, la consecuente emergencia sanitaria y las condiciones impuestas por las medidas de aislamiento y distanciamiento social, preventivo y obligatorio han agudizado las tendencias que ya estaban presentes antes de la aparición del Covid-19 y han puesto aún más en evidencia las deficiencias en el sistema de salud mental y las consecuencias provocadas por la continua desinversión en servicios públicos: cierre de dispositivos comunitarios y de rehabilitación, precariedad absoluta en las condiciones de trabajo, despidos, centralización de la atención en hospitales monovalentes priorizando casi exclusivamente los abordajes de urgencias y emergencias, mayor demanda de atención y menos recursos, medicalización de los padecimientos, así como la reducción de las diversas expresiones de sufrimiento psíquico a cuadros psicopatológicos. Es decir, en 2020 la “solución” a los problemas de salud mental en el contexto de la pandemia se dio bajo los modelos que desde hace años estamos tratando de abandonar.

El 2020 representó además un momento importante para el campo de la salud mental en Argentina porque fue el año en que la LNSM preveía que los hospitales monovalentes fueran reemplazados por dispositivos sustitutivos al manicomio. En ese sentido, la pandemia podría haber sido un momento propicio para implementar y profundizar lógicas de cuidados colectivos de base comunitaria, pues las recomendaciones de los organismos oficiales para atravesar el momento de emergencia sanitaria se centraron en reducir las aglomeraciones de personas⁸. No obstante, como argumentamos en un artículo denominado “La Covid-19 y el derecho a la salud mental: la urgencia de implementar lo necesario” (Buhlman et. al., 2020), la trama de discursos mediáticos, políticos y académicos que circularon en estos tiempos signados por la pandemia deben interpretarse teniendo en cuenta la matriz de disputas entre paradigmas y modelos de salud mental que reseñamos en los apartados precedentes.

Específicamente en la provincia de Córdoba, la emergencia sanitaria llega en el marco de una situación crítica que desde hace mucho tiempo venimos señalando: déficit de personal, condiciones deficitarias de los hospitales neuropsiquiátricos, una deteriorada infraestructura que pone en riesgo a usuarixs y trabajadorxs así como ausencia de recursos que agudizan la situación de crisis. Como lo expresamos con el Colectivo por el Derecho a la Salud Mental en el documento que elaboramos para la 7° Marcha llevada a cabo en octubre del año pasado⁹:

“El 2020 estaba marcado por la fecha límite para el cierre y reconversión de los hospitales monovalentes, y la transformación del sistema de atención a la salud mental, a un modelo comunitario, inclusivo, fortalecido en el primer nivel de atención y con un amplio abanico de dispositivos sustitutivos al manicomio: centros de salud barriales, centros de días, casas de medio camino, programas de vida independiente, salas de salud mental integradas en los hospitales generales, programas laborales y de apoyos, etc. (...) A 10 años de la Ley y del compromiso asumido, a diferencia de los supuestos avances que declaran las autoridades provinciales, en Córdoba no se

8 La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en un informe titulado “Covid-19 y los derechos de las personas con discapacidad: directrices” planteó que algunas de las medidas principales que pueden adoptar los Estados para afrontar la pandemia consisten en fortalecer las estrategias de desinstitutionalización. Por otro lado, desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se recomendó reducir el número de personas internadas por motivos de salud mental, sin deteriorar su calidad de atención y haciendo especial énfasis en no contradecir ni retroceder en términos de los derechos y las garantías contemplados en la LNSM (Buhlman, Burijovich, Heredia, Passini y Yoma, 2020).

9 Con la consigna “2020: Ni un paso atrás. La urgencia es construir en comunidad” las organizaciones que integramos el Colectivo por el Derecho a la Salud Mental llevamos adelante una marcha virtual que consistió en una serie intervenciones urbanas (sin movilización de personas) y acciones virtuales que visibilizaron, en un ejercicio de cartografía social, el lamentable estado del sistema de atención a la Salud Mental en el territorio de la provincia de Córdoba. La 7° Marcha (virtual) por el Derecho a la Salud Mental puede verse en: <http://marchasaludmental.com.ar/>

ha cumplido con ese compromiso. El contexto de pandemia debió haber acelerado la urgencia de esta transformación, ya que los grandes centros de alojamiento como los neuropsiquiátricos y geriátricos presentan mayores riesgos de contagio de coronavirus. Sin embargo, las medidas políticas han recrudecido las ‘lógicas manicomiales’” (Colectivo por el derecho a la salud Mental, 2020).

En mayo de 2020, el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones publicó una fuerte declaración donde se explicita que, en nuestra provincia, durante la pandemia se limitó la atención de salud mental en hospitales generales, se cerraron algunos de los escasos dispositivos de atención comunitaria, se sostuvo la atención solo en guardias e internado de hospitales monovalentes sin promover procesos de externación (lo cual incrementó la cantidad de personas aglomeradas en un solo lugar y, con ello, el riesgo de contagio), se restringieron las visitas domiciliarias que contribuían a la continuidad de cuidados de personas externadas, se efectuaron despidos a trabajadoras y trabajadores de diferentes dependencias provinciales de salud mental y adicciones, se dieron de baja convenios con organizaciones sociales que abordaban los consumos problemáticos de sustancias en los territorios, se suspendió el Programa de Inserción Profesional y se anuló la prórroga de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental.

Al mismo tiempo, llegamos al 2020 con un sistema de salud que es absolutamente hospitalocéntrico, es decir, centrado en la atención en grandes instituciones hospitalarias y con un primer nivel de atención en los barrios y territorios muy debilitado. Como consecuencia, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, la salud pública destina casi todos sus recursos al nivel secundario de atención (cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria de la salud que trabajen en territorios.

En el campo de la salud mental esta situación se agrava ya que la atención no sólo es hospitalocéntrica sino que se centra en hospitales monovalentes, hospitales que, según la LNSM deben ser definitivamente sustituidos por otros dispositivos de atención. Paralelamente, como ya lo mencionamos, la ley en su Art. N° 7, inc d), postula que el Estado debe reconocer a las personas con padecimiento mental “el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”. Este abordaje sólo es posible con equipos de salud mental insertos en la comunidad que acompañen los proyectos de vida de las personas con padecimientos.

Más aún, durante la pandemia se han desmantelado los escasos espacios que venían funcionando en ese sentido. Un ejemplo contundente de esa situación lo constituye el Equipo de Atención Comunitaria de barrio Villa el Libertador, que fue desarticulado por el gobierno provincial a partir de un reclamo por condiciones de higiene por parte de sus trabajadorxs. La medida adoptada por la provincia implicó el traslado compulsivo de sus trabajadorxs hacia otras instituciones. Tras el reclamo de distintos organismos y organizaciones sociales, el gobierno restituyó a dos trabajadoras a sus funciones en dicho barrio, pero se mantuvo la desarticulación del equipo interdisciplinario en tanto las otras 3 trabajadoras fueron reubicadas en otras instituciones de salud. Esta situación obstaculiza la continuidad de las acciones que este equipo ha desarrollado durante más de 35 años en este barrio.

Finalmente y con ese telón de fondo nos preguntamos: ¿es posible cuidar a lxs usuarixs con falta de personal?, ¿es posible cuidar al personal con falta de personal?, ¿cuántas personas se encuentran internadas porque están atravesando una agudización de su padecimiento y cuántas siguen en los hospitales por no contar con otros dispositivos que las alojen por fuera de la institución? En una situación en donde la mayoría de la población sufre el encierro ¿es posible seguir sosteniendo este método como parte de una práctica frecuente en salud mental que se considera aplicada “por el bien de las personas”?, ¿cómo aislar a alguien que ya tiene el suficiente aislamiento social?

Bibliografía

- Barukel, A. (2013). Estado. Política. Locura. Aproximaciones a la Nueva Ley de Salud Mental 26657. En Revista Cátedra Paralela, Universidad Nacional de Rosario, Argentina, N°9, 2013, pp.55-75.

- Bella, M. (2019). ¿Qué locura para qué televisión? La configuración del padecimiento mental en las series de ficción televisiva emitidas en Argentina entre 1995-2015. Tesis de maestría CEA-FCS-UNC. No publicada.

- Bertorello, E., Atala, L., Schwerkoll, G. (2019). Guía de trabajo “Entre muros y puentes”. Disponible en: https://issuu.com/entremurosypuentes/docs/entre_muros_y_puentes?fbclid=IwAR1Utm6Xrtiotjz2zNYHraulH24six7kZ_vhB_ruWQd9DINzCXEhr6sRxO4A FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

- Buhlman, S., Burijovich, J., Heredia, A., Passini, M. y Yoma, S. (2020). La Covid-19 y el derecho a la salud mental: la urgencia de implementar lo necesario, en Bohoslvasky, J. Covid-19 y derechos humanos: la pandemia de la desigualdad. Biblos.

- CELS (2007). Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Siglo XXI.

- Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (2020). Declaración sobre la situación de las políticas de salud mental en la provincia de Córdoba en el marco de la pandemia por Covid-19, xxiv Sesión Plenaria Ordinaria, 11-12 de mayo. Disponible en: <http://observatoriosmyddhh.org/el-consejo-consultivo-declara-preocupacion-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-en-cordoba/> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

- Colectivo por el derecho a la Salud Mental (2020). Documento audiovisual de la 7º Marcha por el Derecho a la Salud Mental. Disponible en: <http://marchasaludmental.com.ar/> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. En Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Año 2, N° 4, Buenos Aires, octubre de 2012, pp. 47-61.

-Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. En Debate Feminista N°3, México, pp.3-39.

-Giorgi, G. (2020). Neoliberalismo, pandemias y las éticas del cuidado. En: Página 12, Buenos Aires, 20 de marzo. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/253987-neoliberalismo-pandemias-y-las-eticas-del-cuidado> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-ONU (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos. Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos (2013). Capítulo 3. La Salud Mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. En Bonafé, L. (et.al.) (2013) *Mirar tras los muros. Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*. Segundo Informe provincial año 2014. 1º Ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; Editorial de la Universidad Nacional de Río IV.

-Rosales, M. y Ardilla Gómez, S. (2017). El proceso de implementación de la ley nacional de salud mental: obstáculos y desafíos. ¿Qué dicen los usuarios de servicios de salud mental?. Actas de congreso, Primer Congreso provincial de salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congreso-saludmentalyadicciones/2017/05/13/el-proceso-de-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-obstaculos-y-desafios-que-dicen-los-usuarios-de-servicios-de-salud-mental/> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Trabajadorxs y usuarixs de SM de hospitales monovalentes de capital e interior, hospitales generales de capital e interior y equipos de atención comunitaria de la Pcia. de Córdoba (2020) *Manifiesto por la Salud Mental*. Disponible en: <http://observatoriosmyddhh.org/manifiesto-trabajadorxs-usuarios-sm/> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Wagner, M. (2007). Los Montes de la Loca. Ediciones babobab. Buenos Aires.

Normativas

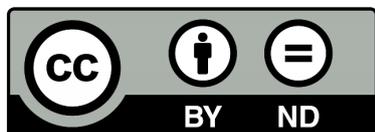
-Ley Provincial de Córdoba N° 9848 (2010) Protección de la Salud Mental. Disponible en: <http://psicopedagogosrioiv.com.ar/wordpress%20colegio/wp-content/uploads/2015/04/Ley9848SaludMental.pdf> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Ley Nacional N°26.657 (2010) Derecho a la protección de la Salud Mental. Disponible en: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Ley Provincial de Rio Negro N° 2440 (1991) De promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental. Disponible en: <https://rionegro.gov.ar/download/archivos/00010372.pdf> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-Ley Provincial de San Luis N° I-0536 (2006) De Prohibición de institucionalización en general. Disponible en: <http://www.diputados.sanluis.gov.ar/diputadosasp/paginas/Norma-Detalle.asp?e=1&DependencialD=1&NormalD=40> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021

-LEY DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES N°448 (2000) De Salud Mental. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=9738> FECHA DE CONSULTA 01/03/2021



Licencia Creative Commons

Este artículo se distribuye bajo una Licencia CCReconocimiento SinObraDerivada 4.0 internacional.