

## REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA:

# RUPTURAS, PERMANENCIAS Y DESAFÍOS, EN LA PROVINCIA DE MISIONES

## INTRODUCCIÓN

Podemos iniciar la reflexión enunciando que la salud mental está vinculada a un conjunto de factores históricos, sociales, políticos, económicos e institucionales que atraviesan y determinan la concepción de salud, salud mental, formas de abordaje, tratamiento, diseño de políticas públicas, etcétera. Y, una primera aproximación al tema, es comprender que la salud mental no se circunscribe a las personas con patologías mentales y a la existencia de servicios sanitarios de encierro (psiquiátricos) o la relación “locos-loqueros”, “la peligrosidad”, la anulación de la autonomía, etcétera que históricamente construimos en torno al problema del padecimiento mental sino que el campo es mucho más complejo, abarca todas las manifestaciones de sufrimiento mental a partir de situaciones de desequilibrio biopsicosocial: estigmatización, desempleo, pobreza, acoso, discriminación, violencia (en sus múltiples manifestaciones), etcétera.

La salud mental es un espacio de permanente tensiones y confrontaciones entre el modelo viejo (médico-psiquiátrico y de encierro) y el nuevo modelo que plantea la Ley que se sustenta en un enfoque de derechos y una intervención orientada a la integración: persona, familia y comunidad para resolver los obstáculos que impiden alcanzar el bienestar biopsico, social, económico y cultural; promover procesos de desinstitucionalización y de articulación intersectorial y territorial para brindar respuestas integrales.

ROSANA BEATRIZ BENÍTEZ

*Auxiliar Docente de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social e Investigadora Inicial del Proyecto 16H372 de la SInvyP de la FHyCS, UNaM*

## LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26657/10

En el marco de la política pública orientada a la ampliación de los derechos, la Ley Nacional de Salud Mental -de aplicación en todo el territorio nacional- se orienta a sustituir el enfoque tutelar, asistencial-asilar, de encierro y medicalización por el enfoque de derecho; derecho a la identidad, derecho a ser respetado, derecho a ser reconocido como sujeto de derecho, a ser informado, a participar de su tratamiento, etcétera; se trata de un nuevo paradigma que presenta un sinnúmero de resistencias, de objeciones pero a la vez, de posibilidades para construir un campo de actuación interdisciplinar orientado al real ejercicio de la ciudadanía.

Algunas de las tensiones y resistencias están dadas por la continuidad de las prácticas instituidas e instituyentes que construyó el modelo médico hegemónico, la actuación judicial en la declaración de incapacidad, la medicalización, la cristalización de las instituciones de encierro, etcétera.

En oposición al modelo histórico, la ley propone cambios sustentados en el reconocimiento de derechos a los sujetos con padecimiento mental, abordaje a través de prácticas interdisciplinarias y de intervención comunitaria, de generación de dispositivos alternativos, de construcción de redes de prevención, información, contención, tratamiento. Y es aquí, donde los Trabajadores Sociales tenemos herramientas teóricas, metodológicas y operativas para proponer estrategias de intervención que integren las dimensiones: sujeto-familia-comunidad.

# LOS AVANCES, LAS RESISTENCIAS Y LO QUE AÚN FALTA CONSTRUIR EN LA PROVINCIA DE MISIONES

En base al trabajo de investigación que estamos desarrollando en el campo<sup>1</sup>, nos referiremos a algunos hallazgos, a partir de la implementación de la Ley:

## **Los avances:**

1. En la Provincia de Misiones desde el año 2011- a través de un programa de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- se han conformado 27 equipos interdisciplinarios; 24 equipos están ubicados en los centros integradores comunitarios (CIC) en distintos municipios de la provincia y 3 equipos en hospitales generales en la ciudad de Posadas.

2. En el ámbito del Ministerio de Salud Pública de la Provincia se creó la Dirección Provincial de Salud Mental. Algunas actividades del equipo<sup>2</sup>:

- a. Análisis y evaluación de las prácticas en el campo, habiendo sido parte del proceso de cierre de la sala de “contención” en el monovalente Dr. Carrillo;
- b. Estudio y revisión de las declaraciones de incapacidad jurídica;
- c. Articulación interinstitucional para la constitución del Órgano de Revisión (capítulo X de la Ley)
- d. Articulación con la Universidad para la formación y capacitación de recursos humanos vinculados con el Programa Nacional; y
- e. Diseño, propuesta y gestión para la construcción de dispositivos intermedios como las casas de convivencia.

## **Las resistencias**

1. la falta de discusión e información sobre los objetivos de la Ley genera:

a. miedos e incertidumbres sobre el cierre paulatino de los monovalentes y la “sombra” de la pérdida de los puestos de trabajo se constituye en una constante;

b. las estructuras jerárquicas institucionales (manifestadas a través de los organigramas) impide la construcción de relaciones horizontales entre pares;

c. En los hospitales generales se presenta resistencia para la habilitación de camas para la atención de casos con padecimiento mental;

d. Las obras sociales continúan habilitando tratamientos en instituciones privadas.

2. Si bien se registraron acciones de difusión e información, persiste en el imaginario social “los miedos” y “la construcción de peligrosidad” sobre los sujetos con padecimiento mental por lo tanto, queda pendiente seguir trabajando en procesos educativos-informativos.

1. Proyecto de Investigación: “Los Equipos Interdisciplinarios en el abordaje de la salud mental comunitaria. La experiencia en la Provincia de Misiones, en el periodo 2013-2014”.

2. El equipo también ha sido parte de la dirección del Hospital Dr. Ramón Carrillo, desarrollando programas de externalización, trabajo comunitario interdisciplinario y gestión para la regularización documentaria de personas NN en el Hospital Dr. Carrillo, etcétera. Se consignan actividades desarrolladas hasta 12/2014 que se registran en las entrevistas para la investigación

### **Algunas cuestiones pendientes:**

1. La asignación de recursos en el presupuesto público provincial, modificando los criterios de inversión en salud mental de mantenimiento de los monovalentes por ampliación del servicio en los hospitales generales.
2. Trabajar en el cierre paulatino y no habilitación de nuevos centros monovalentes, públicos o privados;
3. Promover procesos de externación y la generación de dispositivos socio- comunitario.
4. Articular con los funcionarios para modificar las actuaciones judiciales bajo el viejo modelo de “judicialización de los problemas de salud mental”.
5. La permanencia de la organización piramidal- jerárquica en la organizaciones que impiden construir relaciones horizontales y democratizantes.
6. Uno de los obstáculos que se ha visualizado es que las distintas carreras de formación de profesionales que no se aborda la interdisciplinariedad como metodología de intervención y particularmente, la interdisciplinariedad en el campo comunitario. Un grupo compuesto por distintas disciplinas no implica interdisciplinariedad; es necesario romper las fronteras disciplinares, plantear estrategias de intervención integrales, construir nuevos saberes y como explica Elichiry “(...) la cooperación ocasional no es interdisciplina, se requiere de una actitud de cooperación recurrente.” (2009:134). En algunos casos, los equipos aún no han logrado romper con la hegemonía psiquiátrica y el abordaje sigue siendo multidisciplinar y lineal.

### **Las condiciones laborales**

En este breve análisis no puede omitirse las condiciones laborales a través de las cuales se ingresa al campo que reflejan la continuidad de la figura de contratos de servicios por un año que convierten al profesional en monotributista<sup>3</sup>; estas relaciones laborales representan la permanencia de la precarización laboral y las consecuencias derivadas de la misma: incertidumbre, transitoriedad, inestabilidad, etcétera. Y vinculado a las condiciones laborales, el fenómeno del pluriempleo, implicando mayor esfuerzo físico y desgaste mental en el cumplimiento de los tiempos laborales y la diversidad de tareas.

También es importante señalar un aspecto invisibilizado institucionalmente que es la resultante de la particularidad de la intervención en el campo de la salud que se expresa a través del desgaste profesional por estar expuesto a situaciones de fragilidad emocional (violencias, trata de personas, abusos, etcétera.) y por factores estresantes que deriva de las condiciones laborales.

## ALGUNAS CONCLUSIONES

Consideramos que la ley es una herramienta para modificar el abordaje de la salud mental y no se trata de un instrumento para resolver el problema; a partir de la norma queda mucho trabajo por realizar, promover discusiones y plantear nuevos desafíos.

Sobre los distintos aspectos que hemos mencionado no proponemos un simple ejercicio intelectual sobre las ideas de igualdad y derecho sino que nos interesa promover la interpelación acerca del quehacer, preguntarnos cómo diseñamos la estrategia de intervención para lograr procesos crecientes de inclusión social, es una invitación para reflexionar sobre lo ético-político porque cuando estamos actuando nuestras prácticas pueden estar orientadas a generar diferencias, desigualdad, descuidadización.

En particular pensar (nos) desde el Trabajo Social porque cuando intervenimos somos parte de espacios de disputas; disputas por intereses y por sentidos, entonces hay que posicionarse para generar intervenciones que promuevan procesos crecientes de igualdad.

Con respecto a las condiciones laborales, y en particular mirando a los profesionales del Trabajo Social, la oportunidad de construir alianzas y alcanzar acuerdos como colectivo no se ha advertido porque por opción u omisión prevalece el individualismo profesional<sup>1</sup> que resta fuerza a la potencialidad colectiva.- ●

3. El Trabajador Monotributista son personas que ejercen actividades –profesionales o no- y que lo hacen en calidad de independientes y de acuerdo a la categoría tributaria a la que puede acceder, realizando los pagos correspondientes de prestación médica básica y aportes jubilatorios.

4. La acción colectiva no solo como resistencia, sino como la posibilidad de desarticular el individualismo egoísta que el modelo neoliberal instaló y que aún está vigente en sujetos expuestos a situaciones de vulnerabilidad social.