

# Entrevista realizada al Lic. Yago Di Nella, Director de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones



*Entrevistadores: María Teresa Lodieu y Leandro Luciani Conde.  
18 de agosto de 2011.*

*(Con posterioridad a la fecha de la entrevista y del proceso de edición  
hubo un cambio de autoridades en la Dirección).*

## ► *Salud Mental y Comunidad: ¿Cuáles son las propuestas de la Dirección de Salud Mental y Adicciones?*

Yago Di Nella: Bueno, es una pregunta muy amplia esa. Nuestra propuesta tiene que ver con desarrollar una política de inclusión sanitaria de las personas que tienen padecimientos mentales o adictivos. En principio esa propuesta no es nuestra porque sea un antojo de la política nuestra como funcionarios sino que tiene que ver con lo que plantea la normativa. Toda la normativa nacional se apoya en normativa internacional que plantea que la atención de las personas con problemáticas de salud en general deben ser atendidas con base en la comunidad y cada vez más se institucionaliza una forma de trato que tiene que ver con sostener a las personas en su núcleo de vida comunitaria. Entonces, el concepto de inclusión es un concepto que se ha vuelto una política de estado en los últi-

mos ocho años y sumado a eso las políticas vinculadas a la restitución de derechos de aquellos que han pasado por una situación de vulnerabilidad, es decir, que han sido vulnerados en sus derechos, digo esto porque los dos parámetros: el de inclusión y el enfoque de derecho han sido los dos principios constitutivos de nuestra política como ejes filosóficos. Luego, en lo que respecta a las políticas en sí, a las estrategias y a la planificación de proyectos y programas, ahí nosotros hacemos eje en estos temas pero van tomando distinto distintos tamices, distinto cariz, de acuerdo a como se va organizando cada tema en particular. Es decir, la Dirección Nacional en este momento tiene cinco programas: 1) un programa vinculado a la prevención del alcohol que está aprobado por resolución ministerial; 2) un programa de trastornos mentales severos -que así se llamaba incluso antes de que surgiera la ley-, que es un programa creado por resolución ministerial y destinado específica-

mente a la inclusión socio sanitaria de personas con padecimientos mentales severos. 3) Un tercer programa fuerte, muy fuerte, que es una ley nacional, La Ley de Atención Primaria de la Salud Mental que fue aprobada en 2001 y la pusimos nosotros en vigencia a partir de la creación de la Dirección recién en el 2010...

► **SMyC: ¿Qué posibilita esta ley?**

Yago Di Nella: Esta ley está en proceso de reglamentarse, nosotros presentamos una propuesta de reglamentación que está circulando por la vía administrativa del Ministerio para luego poder pasar a la esfera de la Presidencia de la Nación. Esta ley articula un programa que ha sido creado por esta por esta ley que detallo luego. 4) El cuarto programa que trabaja los aspectos vinculados a justicia, salud mental y derechos humanos, y consta básicamente dos unidades de trabajo, una unidad de trabajo que se está encargando de todo lo que refiere a la capacidad jurídica de las personas en el marco de la nueva Ley Nacional de Salud Mental y de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La tarea de este equipo en particular, es evaluar personas que a criterio del poder judicial requieren una re-evaluación en su capacidad jurídica, que son insanas o inhabilitadas o a quienes se les ha iniciado juicio, y en este punto nuestro equipo realiza una evaluación interdisciplinaria que se le entrega al poder judicial. Esto tiene que ver también con que hay dificultades dentro del poder judicial para constituir equipos de evaluación entonces, le solicita a la autoridad de aplicación – que somos nosotros – una evaluación de este tipo. Y otro subequipo, que está trabajando también en este programa de justicia y salud mental, es un equipo que hace fiscalización de tratamientos. Ahí a nosotros por indicación de la Defensoría General de la Nación o de los juzgados intervinientes en distintas causas nos piden una evaluación sobre si el tratamiento está bien indicado, si requiere o no internación la persona, si se le ha prestado Consentimiento Informado, y en fin, lo que aquí nos piden es fiscalizar si se cumple la ley para con esos casos; esto es otro programa, el

de justicia. 5) Y después hay un quinto programa que acaba de aprobarse hace poco menos de un mes que se llama PRISMA, Programa de Salud Mental Argentina, programa interministerial que trabaja lo que respecta a la atención de personas con padecimientos mentales pero que pasan por un proceso penal ya sea un proceso o una sentencia de inimputabilidad o un proceso penal pero que la persona tiene un trastorno mental severo también.

► **SMyC: ¿Qué significa PRISMA?**

Yago Di Nella: PRISMA es la sigla, es Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Y los ministerios que participan son el Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos y el Ministerio de Salud. Nosotros estamos a cargo de ese programa y lo que estamos haciendo es atender en el marco del Sistema Penitenciario Federal a las personas con trastornos mentales severos o con régimen vinculado, o sea que tienen una causa por inimputabilidad, ya sea que esté en proceso o ya con sentencia. Este programa acaba de crearse y es realmente revolucionario, ningún país en nuestra región cuenta hoy con un programa interministerial para atender estos casos, que en general han sufrido –como ocurrió en nuestro país– dos tipos de procesos: o se penitencializaba la atención de personas con padecimiento mental, inimputables, o se psiquiatrizaba la atención de los presos. Antes teníamos psiquiátricos con una unidad penal o cárceles con una unidad psiquiátrica adentro, como era en el Borda una unidad psiquiátrica penal, la Unidad 20, que ha sido desarmada, o la Unidad 27 del Moyano para el caso de las mujeres; o teníamos el proceso inverso que era un psiquiátrico adentro de la cárcel, Colón de Santa Fe. Y éste es un tercer dispositivo...

► **SMyC: ¿Con qué características?**

Yago Di Nella: Y es un tercer dispositivo que está constituido por casas que tienen una seguridad perimetral pero adentro de ese perímetro es una institución sanitaria. Y está por fuera de estos dos ejes: ni está dentro de una cárcel, ni está dentro de un psiquiátrico.

► **SMyC: ¿Cómo fue que se reconvirtió el recurso humano que estaba en una Unidad 20 o en el caso en la Unidad del Moyano?**

Yago Di Nella: En el caso de la Unidad 20, los integrantes están recibiendo un proceso de capacitación y de re-asignación de funciones y además incorporamos personal sanitario del Ministerio de Salud. Para que realmente también el equipo sea un programa interministerial, no solo en la formulación del proyecto. Esto ustedes lo pueden bajar por internet y mirarlo, tiene una resolución conjunta y el programa es un programa escrito con sus componentes y demás, es la Resolución 1075 del 2011. Resolución Ministerial. Pero este es un programa, para nosotros muy importante por lo que implica que es realmente un salto cualitativo revolucionario respecto de cómo históricamente se atendió a los inimputables, que en general era un pabellón dentro de un penal o un pabellón con seguridad dentro de un psiquiátrico pero no una tercera cosa, digamos así, un dispositivo que atendiera la especificidad de esa situación, que es éste el objetivo.

Una actividad que me interesa plantear que para nosotros es muy relevante y que desde la Dirección intentamos intervenir, desde un enfoque promocional, en todas las propuestas sanitarias del Ministerio de Salud, incorporando el componente mental. Es decir que nosotros tenemos un desarrollo de actividades en la cual la Dirección de Salud Mental se suma a las po-

líticas sanitarias tradicionales, incorporando el componente mental. Esto lo hacemos tanto desde el Programa de Atención Primaria de la Salud Mental como desde una unidad de trabajo, un equipo de trabajo que hace promoción de la salud mental específicamente y que tiene un expediente de creación de programas, esto está como en trámite. Desde estos dos lugares estamos trabajando fuertemente para que cada unidad del programa del Ministerio de Salud incluya el componente mental; a esto le llamamos inclusión sanitaria del componente mental.

Bueno, estos serían como los cinco grandes programas de la dirección y todos ellos tienen

estos dos ejes centrales que comenté antes sobre el enfoque de derechos y el eje de inclusión. Hay un tercer eje que me interesa plantear y que también atraviesa todos estos programas y es el de intersectorialidad, si nosotros analizamos cada uno de estos programas van a encontrar que están incluidos en ellos desde su propia escritura hasta su ejecución concreta otros ministerios, otras oficinas, otros dispositivos. El Programa de Justicia incluye acciones con el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo), con la Secretaría de Derechos Humanos; el Programa de Alcohol incluye trabajo con el Ministerio de Desarrollo Social y con el Ministerio de Trabajo, etc.; el Programa de Atención Primaria de la Salud también es con el Ministerio de Desarrollo Social, con el Minis-

---

**T**enemos un desarrollo de actividades en el cual la Dirección de Salud Mental se suma a las políticas sanitarias tradicionales, incorporando el componente mental. Esto lo hacemos tanto desde el Programa de Atención Primaria de la Salud Mental como desde una unidad de trabajo, un equipo de trabajo que hace promoción de la salud mental específicamente.

---

terios de Justicia incluye acciones con el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo), con la Secretaría de Derechos Humanos; el Programa de Alcohol incluye trabajo con el Ministerio de Desarrollo Social y con el Ministerio de Trabajo, etc.; el Programa de Atención Primaria de la Salud también es con el Ministerio de Desarrollo Social, con el Minis-

terio de Trabajo a través de los Centros de Integración Comunitaria (CIC) y toda esta estrategia de desarrollo territorial de atención. Y así van a encontrar que cada una de nuestras acciones tiene en concreto este perfil netamente intersectorial que es el tercer eje de gestión.

► **SMyC:** *¿Estas propuestas se basaron en algún tipo de diagnóstico?*

Yago Di Nella: Algunos de estos programas ya existían, lo que nosotros le dimos es otra entidad. Por ejemplo, la Ley de Atención Primaria de la Salud Mental era pre-existente, lo que hicimos nosotros fue implementarla simplemente y no se requirió ahí hacer demasiada modificación; lo que no había es voluntad para implementarla, cuando digo voluntad no me refiero a una persona en particular sino que no estaba instituido como tal. Y el Programa “Alcohol No” estaba en trámite y se aprobó durante nuestra gestión; el Programa de Justicia ya había acciones previas, la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos ya existe del 2005, y lo que nosotros en todo caso hicimos fue agregar acciones concretas vinculadas a fiscalización y a evaluación de capacidad jurídica, además de las acciones de la Mesa Federal. Y así podríamos decir, en cada uno de estos programas lo que les dimos fue un impulso, un impulso fuerte en este sentido. El Programa, por ejemplo, de Trastornos Mentales Severos realizó una convocatoria nacional para presentar proyectos; todas las provincias estuvieron habilitadas para presentar proyectos para crear servicios de salud mental basadas en la comunidad. Se presentaron 20 provincias de las 24 y presentaron proyectos para la creación de: centros de día; casas de medio camino; dispositivos móviles para atención ambulatoria; servicios en hospital general; proyectos de atención domiciliaria; becas de externación, todo un abanico de dispositivos vinculados al sostenimiento de las personas en

la vida comunitaria. Esta convocatoria destinada a trastornos mentales severos, la verdad que tiene que ver con iniciativas que nosotros hemos visto en otras épocas de como a pulmón, las provincias y los municipios, sostenían, creaban, impulsaban proyectos y no tenían un apoyo fuerte nacional. Bueno, esa visualización previa sí hizo que nuestro equipo gestara y luego impulsara y diseñara toda una propuesta vinculada a que las provincias recibieran apoyos concretos financieros y apoyo técnico también por supuesto, para proyectos de este tipo, sabemos que a efectos de la implementación de la Ley Nacional es una cuestión sustancial: si no hay dispositivos, si no hay servicios, la ley es imposible de ser implementada.

► **SMyC:** *Tanto la Ley Nacional como la Dirección Nacional plantean una acción claramente basada en derechos, entonces, ¿cuáles serían los obstáculos o las dificultades que se fueron encontrando en la gestión o para una política que en el campo sanitario instala una lógica, que es la de derechos humanos, que no era la existente?. ¿Qué fue pasando con ese enfoque?*

Yago Di Nella: Sí, está muy bien la pregunta. El enfoque de derechos tiene una buena prensa en los discursos y una mala prensa en la implementación digámoslo así. Entonces el desafío que nosotros teníamos por delante era mostrar que el enfoque de derechos es implementable y que además implica un salto cualitativo de ganancia respecto de las formas de atención de las personas con padecimiento mental. Ese era el desafío que teníamos y estas iniciativas que comenté antes como la convocatoria nacional a proyectos, como la creación de centros de atención primaria a través de los CIC, como la creación de dispositivos para la prevención del alcohol, etc., todos estos dispositivos vienen a poner en concreto ese enfoque de derechos. Es decir, que no se trata simplemente de una filo-

sofía sino de una visión que tiene una filosofía pero que se vuelve concreta, que se concretiza en dispositivos palpables vigentes y que se pueden poner en funcionamiento. Porque siempre la crítica que recibe el enfoque de derechos es que es una utopía.

► **SMyC: ¿Surgieron resistencias de actores sociales, profesionales, corporativos?**

Yago Di Nella: Y sí, por supuesto. Porque nosotros tenemos una tradición en el campo de la salud mental de la eliminación del carácter de sujeto de derechos de la persona con padecimiento. Y es así como se enseña en la universidad, se trasmite en el campo de las residencias y así podríamos seguir. Es decir, tenemos una cultura de la eliminación del sujeto de derechos en tanto es ubicado en el lugar de paciente. Entonces, con el reduccionismo que implica como único rol posible, el rol de paciente, como único rol de la persona con padecimiento. Entonces efectivamente sí, claro que hay resistencia. También es cierto que las resistencias son cada vez menores, esto es cierto, porque va ganando fuerza el enfoque de derechos en la medida en que se demuestra su capacidad operativa. Pero el esfuerzo por lograr esto es capacidad operativa y es en donde estamos concentrados.

► **SMyC: Está complicado pensar que en tan poco tiempo puedan implementar estas propuestas**

Yago Di Nella: Sí, estamos hablando de un año... Nosotros hicimos en este año una progresión de la cama psiquiátrica en Argentina, que es un indicador –no es más que eso– pero es un indicador importante, y nos hemos encontrado con una sorpresa y es que este año de trabajo, de 10.500 camas que había a mayo del 2010 a mayo del 2011 había 8.900. O sea que se produjo una reducción de 1.600 camas, en el sistema público, todo esto es el sistema públi-

co. Una pregunta que nos hacían es: ¿Y a donde fueron a parar estas 1.600 personas? Porque no alcanza esto para fundamentar que se trata de un enfoque de derechos, no. Con otro enfoque, un enfoque de reducción de gasto, también actuó así el estado de Nueva York o el gobierno de Margaret Thatcher, simplemente tirando las personas a la calle. Entonces lo que hicimos fue complementar este estudio con otro estudio sobre la creación de camas en la comunidad, es decir hogares, casas de medio camino, centros de residencia, de pensiones, etc., y nos encontramos con que casi se duplicó la cantidad de camas en ese mismo periodo. Y luego entonces fuimos a ver qué ocurría en los hospitales generales y nos encontramos con que las camas en hospitales generales en un año subieron cerca de un 40%. Esto sí empieza a explicar por qué baja la cama psiquiátrica monovalente, baja la cama psiquiátrica porque empieza a haber camas en la comunidad y empieza a haber camas en el hospital general para atención de la crisis y la vuelta rápidamente a la comunidad. Esta es la razón por la cual ha bajando tanto la cama psiquiátrica tradicional.

► **SMyC: ¿Cómo hicieron para llevar adelante estas tareas con el equipo de la Dirección, cómo se organizaron?**

Yago Di Nella: Eso es muy difícil, la creación de un organismo como esta Dirección no implicó la entrada e inmediatamente la constitución de un equipo. Un equipo se tarda un tiempo en construir. Porque hay poca cantidad de personas capacitadas para liderar un proceso de estas características, aunque si hay muchas personas interesadas en participar de un proceso como éste. Entonces la capacidad y las ganas de participar no siempre van de la mano, pero es cierto que nosotros en nuestro país –ustedes saben – tenemos la tasa de profesional de la salud mental más grande del mundo,

en ningún lugar del mundo hay tantos profesionales de la salud mental como aquí en términos de tasa, y ni hablar en Capital Federal, entonces también es cierto que esa es una ventaja relativa. Si estuviéramos en países como Paraguay, como Bolivia, como Ecuador, donde la cantidad de profesionales es muy baja, también es cierto que les debe ser. supongo yo, más difícil encontrar profesionales capaces de liderar un proceso como éste. No es nuestro caso, si hay una dificultad en cuanto a la capacidad de contratación, el Ministerio de Salud de la Nación no está acostumbrado a realizar políticas activas en este campo y entonces

sí tenemos un desafío permanente que es convencer a nuestras autoridades sobre la necesidad de desarrollar políticas activas lo que quiere decir contrataciones, incorporación de personal, etc., que al interior de un ministerio que está acostumbrado a que la salud mental no es una prioridad, ahí el desarrollo de una política activa a partir de la creación de la Dirección Nacional por parte de nuestra Presidenta y luego la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental han dado un soporte y un impulso importante que nos ha apoyado en ese punto. Pero convengamos que veníamos de más de 20 años, o sea desde el año 88, 98, al 2008, son más de 20 años, 22 años sin una Dirección Nacional de Salud Mental. Bueno, eso ya de por sí habla de cómo el Ministerio de Salud venía entendiendo este problema.

► **SMyC:** *¿La Dirección tiene capacidad de manejar presupuesto propio?*

Yago Di Nella: La Dirección tiene un presupuesto propio y lo está manejando, de ahí resul-

tan todos estos proyectos de los que yo les hablé. Y es un presupuesto en franco crecimiento.

► **SMyC:** *¿Qué porcentaje del presupuesto de salud en este momento es el de salud mental?*

Yago Di Nella: Sucede que eso es debatible, les voy a contar por qué. En nuestro Ministerio existen numerosos organismos descentra-

lizados que se encargan de atender personas con problemáticas de salud mental, una es la colonia Montes de Oca; otra es el CENARESO, que atiende personas con adicciones; otro es el Hospital Sommer que tiene un servicio de salud mental importante, el otro es el Hospi-

tal Posadas, que tiene un servicio de salud mental importante también, al menos en cuanto a volumen...

► **SMyC:** *¿Son las instituciones que siguieron siendo nacionales?*

Yago Di Nella: Claro. Entonces si uno incorpora esos organismos descentralizados el presupuesto es importante y está rondando los 200 millones de pesos anuales. Ahora si no incorpora esos organismos descentralizados y se queda exclusivamente con el presupuesto de esta Dirección Nacional, está muy bajo digamos así. Está muy bajo respecto del presupuesto general. El presupuesto general del 2010 para el Ministerio de Salud fue de 5.600 millones y el presupuesto que tuvo la Dirección Nacional en el 2010 fue de 25 millones... ¿se entiende? Ahora si yo sumo todos los organismos descentralizados estoy hablando de unos 200 millones de pesos, también tengo que incorporar el presupuesto del programa de prevención del tabaco, que es un programa también descentralizado que no

---

**T**enemos una tradición en el campo de la salud mental de la eliminación del carácter de sujeto de derechos de la persona con padecimiento.

---

está en esta Dirección pero que tiene su presupuesto y atiende una adicción, sin duda, entonces qué es lo que quiero decir: es relativo. Si uno incluye todos estos otros organismos descentralizados del Ministerio está con un presupuesto comprensible, digámoslo así, dentro de una lógica... está dentro del 5%. Si sumaría todo está rondando entre el 4.5 y 5%, entonces, por supuesto que la Ley Nacional dice que en tres años hay que llegar al 10%, bueno fenómeno, pero digo arrancar con un piso del 5% no está mal. No muchos países pueden decir esto. Ahora, si yo digo no, pero eso son instituciones descentralizadas

que no están bajo la órbita de la Política Pública de Salud Mental, que sería como una opción restrictiva para entender esto, y ahí si estamos todavía lejos. Aunque es cierto que la Dirección Nacional ya para este año ha recibido un aumento que llega al doble del presupuesto del 2010, es decir, quiero decir que es relativa esta discusión.

► **SMyC: La información en salud en Argentina es problemática y en particular en salud mental, ¿cómo están actuando ustedes?**

Yago Di Nella: Nosotros creamos una Unidad Epidemiológica de Salud Mental inmediatamente cuando se creó la Dirección y establecimos una línea de base para el desarrollo de esa política pública. El equipo de epidemiología empezó a emitir un boletín, salieron hasta ahora cinco números, yo ahora se los voy a dejar a ustedes para que lo tengan, y está en impresión un sexto que es sobre salud mental en la infancia en

la República Argentina. Y emitió ya dos productos de investigación, ese mismo equipo de vigilancia, quiero decir con esto que nosotros consideramos que estamos teniendo un trabajo firme

y fuerte desde el punto de vista de la creación de un sistema de vigilancia que nuestro país prácticamente no tenía en lo referido a salud mental y adicciones. Entonces creemos que estamos encaminados al respecto pero estamos partiendo de un piso muy bajo, no es para contentarnos con esto. Nuestro país prácticamente no contaba con información epidemiológica sobre salud mental a nivel país, salvo algunos desarrollos que te-

nía alguna provincia, les estoy contando todo lo que hicimos pero contábamos con la ventaja de que no había nada, entonces muy rápidamente podemos hacer diferencia por decirlo de algún modo. La información con la que cuenta hoy el país ya es una información aceptable, tenemos una estimación de prevalencia, una información sobre sistemas, sobre camas, un boletín de información sobre la problemática del alcohol que es la primera problemática de salud mental en términos epidemiológicos en este país y un boletín muy exhaustivo sobre la temática de suicidio, que no es la primera en prevalencia pero sí la primera en gravedad en términos de la mortalidad en Argentina por supuesto. Además tenemos un boletín sobre enfermedades de deterioro cognitivo que afecta también a un importante sector de la población, básicamente adultos mayores pero éste es el quinto boletín. Y ahora estamos sacando el sexto sobre salud mental en la

---

**E**l estudio realizado ahora es sobre cama: de cama en sistema monovalente, polivalente y camas en el sector comunitario, pero nos debemos una investigación más exhaustiva sobre la calidad de la atención en los servicios que es otro aspecto a mirar.

---

infancia. Quiero decir vamos tratando de tomar las principales temáticas vinculadas a la cuestión epidemiológica en salud mental.

► **SMyC: ¿Y en relación a la investigación de servicios?**

Yago Di Nella: De servicios todavía nos debemos una investigación sobre servicios, estamos avanzando. El estudio realizado ahora es sobre cama: de cama en sistema monovalente, polivalente y camas en el sector comunitario, pero nos debemos una investigación más exhaustiva sobre la calidad de la atención en los servicios que es otro aspecto a mirar.

► **SMyC: En relación a la formación del equipo, el equipo básico para llevar adelante todas estas propuestas ¿Cómo hicieron para imbuirlo de todas estas ideas?**

Yago Di Nella: Nosotros hicimos dos cosas. Por un lado, cada vez que creamos un programa realizamos una incorporación importante de profesionales mediante una convocatoria abierta; en este país en el cuál la mayoría de las personas son contratadas vía contactos personales, nosotros hemos tratado de romper ese circuito e hicimos no menos de cinco convocatorias de profesionales para distintas acciones o programas. Son muy tortuosas porque como es tan grande el campo de la salud mental en cuanto a la cantidad de profesionales cada vez que anunciamos una convocatoria se presentan cientos de personas, en una se presentaron mil personas para un lugar donde se cubrían 20 cargos. O sea que el trabajo es muy tortuoso pero también es muy gratificante desde el punto de vista de que uno realmente puede elegir, tiene opciones. Constituimos equipos de evaluación neutrales que son terceros, y estos equipos han seleccionado las personas que parecían más acordes a esa función y nos hemos encontrado siempre con personas con formación de posgrado, con

formación consolidada, con mucha experiencia en terreno. Logramos esto que es fruto de esta mecánica de selección mediante convocatorias. En esta Dirección prácticamente no han ingresado personas que no fuera por esa vía, prácticamente porque algunas personas han llegado a la Dirección por lo que se llaman pases o adscripciones o circulación intraministerial, entonces hay algunas excepciones desde ese punto de vista pero las inclusiones nuevas han sido siempre casi exclusivamente mediante convocatorias nacionales. Incluso, hemos favorecido que esta modalidad la realicen las provincias, por ejemplo, creamos un sistema que llamamos sistema de relocalización de recurso humano; cuando una provincia tiene lugares vacantes de residencia, de contrataciones, de planta o lo que fuere, nos gira a nosotros el pedido y hacemos la convocatoria nacional y luego enviamos todos los currículos que se presentaron para ese cargo a ese lugar del interior del país. Esto es un sistema que venimos usando, que nos está yendo muy bien, que nos ha dado muy buenos resultados porque además permite del lugar donde hay sobrecarga de profesionales –que es de donde generalmente se presentan– la zona metropolitana, la zona cordobesa o Rosario que son los tres centros de formación más importantes y donde sobreabundan la cifras profesionales, se trasladan a vivir a lugares donde no hay profesionales, donde nadie hasta ese momento quería ir a trabajar. Este trabajo que es el sistema de relocalización nos está dando muchos frutos también hacia el interior del país, que no solo lo hacemos para nosotros sino que también lo hacemos hacia el interior. Y otra cosa que hemos hecho que a mí me llena de orgullo en este punto, es que hemos incluido en el equipo de la Dirección Nacional, usuarios y familiares como parte del equipo de la Dirección. Esto también para nosotros es importante y estamos intentando también transferirlo a las provincias, que



incorporen como miembros del equipo de gestión a familiares, a ex-usuarios y a usuarios del sistema de salud mental.

► **SMyC:** *Yo quería preguntar sobre dos temas en relación con estos programas ¿cuáles son las políticas que están desarrollando en relación a la atención primaria en salud, como por ejemplo las actividades en los CIC, y si tienen un programa concreto de externación?*

Yago Di Nella: El Programa de Trastornos Severos es el que tiene la política de externación. Básicamente el lineamiento tiene que ver con la creación de centros de día; de casas de medio camino, de casas de convivencia y de dispositivos de seguimiento comunitario. Esto se encuentra, junto con becas de externación a los pacientes que estén en condiciones de externación, del lado del sistema de externación. Por el lado de atención primaria, lo que estamos favoreciendo ahora es que la atención primaria se aleje de todo el sistema de salud, o sea del primer, del segundo y del tercer nivel. Sabemos que el primer nivel es lo que más falencia tiene en nuestro país en términos de la accesibilidad, es decir, que la mayoría de las personas del país tiene que trasladarse a una gran capital, para recibir atención. Entonces el esfuerzo que estamos haciendo es que a través de los CIC que se están desarrollando en todo el país, aparezca la posibilidad desde un enfoque intersectorial que caracteriza estos Centros de Integración Comunitaria, de montar en cada uno de ellos un equipo nuestro con financiamiento nacional para, en conjunto con la provincia, nutrir cada uno de estos CIC de un equipo que permita una atención cercana en esa misma comunidad. Entonces estamos buscando que todo núcleo de convivencia, que sea un pueblo entre 10.000 – 20.000 habitantes, que tenga un CIC con su equipo de modo tal que las personas no tengan que estar trasladando kilómetros y kilómetros

para llegar a un efector de salud mental. Esto lo estamos haciendo por provincias en base a las provincias que por supuesto están interesadas en este tipo de acción, que son la mayoría a decir verdad, y ya estamos con procesos muy avanzados en algunas de ellas como Chaco, Misiones. En Chaco se han creado 23 equipos en 23 CIC, en Misiones 27 equipos en 27 CIC, que implica un volumen de personas incorporadas, imagínense que por cada equipo hay cinco personas, dos profesionales y tres o cuatro operadores comunitarios por CIC.

► **SMyC:** *¿Qué disciplinas?*

Yago Di Nella: Las disciplinas tienen que ver con la lógica del CIC. En el CIC cuando nosotros llegamos siempre hay alguien contratado por médicos comunitarios, por el Programa Médicos Comunitarios, personal puesto por la provincia o por el municipio. Nosotros lo que hacemos es complementar ese equipo ya existente con las profesiones que no estén. Entonces de repente puede ser que incorporemos un psicólogo, un trabajador social o un psiquiatra y un antropólogo, o un trabajador social y un sociólogo, depende lo que ya hay preexistente en ese lugar. Entonces el equipo CIC no está definido sino por lo que ese CIC necesita. No está prefigurado por nosotros que profesiones vamos a incorporar ahí aunque sí tenemos previsto que sea cualquiera de las profesiones que contribuyan al campo de la salud mental. Por ejemplo, en el caso de los CIC que están en el Impenetrable Chaqueño que sabemos que conviven comunidades aborígenes de las comunidades originarias, estamos promoviendo que haya disciplinas vinculadas a ello: antropología, sociología y demás. Distinto es en un lugar urbano, de la zona metropolitana aquí donde quizá tiene que ver más el trabajo intersectorial con la inclusión de trabajadores sociales, es decir, depende entonces el lugar.

► **SMyC:** *¿Qué políticas piensan llevar adelante en relación a la formación de profesionales al nivel del contacto con universidades? Teniendo en cuenta que hay déficit desde esa perspectiva comunitaria.*

Yago Di Nella: Sí, nosotros venimos trabajando con los nucleamientos vinculados a las carreras más tradicionales en el campo de la salud mental, es decir, las Facultades de Psicología, de Medicina y de Trabajo Social que son como las tres grandes disciplinas, por supuesto las otras también, pero en general están dentro de estas facultades también las carreras vinculadas al campo de la salud mental. Entonces el trabajo que venimos haciendo es el de promover la formación vía extensión para que participen no solo los graduados sino los estudiantes, porque si lo hacemos vía posgrado participan solo los graduados, entonces para también trabajar con los estudiantes promovemos acciones de extensión, cursos de extensión, sobre políticas públicas en salud mental. Estamos iniciando uno en Córdoba, estamos realizando uno en Rosario, en las Universidades de Córdoba y Rosario, hemos realizado cursos en las Universidades del Noroeste, estamos en trámite para realizar una capacitación en la Universidad de Tucumán. Y así vamos tratando por región del país de desarrollar estos cursos que permitan acercar las políticas públicas y presentar cuáles son las necesidades que el Estado tiene de formación del recurso humano. Tratando de un poco movilizar a la Universidad para que la formación de sus estudiantes se vincule más con la realidad de las necesidades y que en base a la epidemiología y a las necesida-

---

**V**enimos trabajando con los nucleamientos vinculados a las carreras más tradicionales en el campo de la salud mental, es decir, las Facultades de Psicología, de Medicina y de Trabajo Social.

---

des del Estado pueda ir modificando una curricula que históricamente ha estado desvinculada de las necesidades de la comunidad.

► **SMyC:** *Esta es una tarea compleja*

Yago Di Nella: Es una tarea muy compleja porque requiere el respeto de la autonomía universitaria, lo que nosotros estamos haciendo humildemente es acercarle las necesidades del Estado. Y en ese diálogo estamos.

► **SMyC:** *Sabemos, por las actividades académicas que desarrollamos, que a veces es bastante difícil y que la formación que se da en este momento se aleja de lo que requiere una tarea en el campo de la salud comunitaria.*

Yago Di Nella: Sí, eso es cierto. Nosotros hasta hicimos un estudio en este sentido sobre qué sabían los graduados al recibirse, sobre determinadas temáticas básicas. Entonces les preguntá-

bamos si conocían la Ley de Salud Mental, si conocían la Declaración de Caracas, si conocían la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, si conocían la Declaración de Alma-Ata, si conocían... bueno, y así sucesivamente. Y nos encontramos con un desastroso resultado, la absoluta mayoría de los estudiantes no

es que maneja o no maneja estos importantes documentos, los desconoce, desconoce su existencia o al menos dice desconocer su existencia. Porque uno después va y pregunta a los profesores o mira los programas y resulta que está, están en los programas pero el resultado es que el graduado cuando sale los desconoce. Más allá de que se vea en alguna clase, bueno a nosotros no

nos sirve como Estado que durante seis años de cursada hayan tenido una clase sobre Alma-Ata, lo que sirve que sea un eje de la formación de un médico, que sea un eje, que la Atención Primaria de la Salud sea un eje de la formación, no que haya tenido una clase. Que haya tenido una clase es no cambia nada.

► **SMyC:** *Varias veces te he escuchado en conferencias hablar de la problemática de la formación, en la Facultad de Psicología, pareciera que solo les interesa el trabajo privado, el consultorio y la perspectiva comunitaria es minoritaria.*

Yago Di Nella: Si fueran profesionales liberales pero con formación en atención primaria no sería tan preocupante. Que quiero decir con esto, que se forme un profesional pensando en el ejercicio liberal de la profesión pero maneja la estrategia de atención primaria de la salud, maneja los ejes de la intersectorialidad y el enfoque de derechos, ya sería un avance, se entiende. Pero que no sepa que es el Conocimiento Informado sí me preocupa más, porque no implica el eje ideológico del ejercicio de la profesión tanto como el desconocimiento del otro como un sujeto de derechos.

► **SMyC:** *Frente al problema de las cenizas volcánicas, la Dirección envió un equipo de abordaje psicosocial, ¿cómo se desarrolló esa actividad?*

Yago Di Nella: Fueron cinco equipos, nosotros los íbamos rotando semanalmente, en Villa de la Angostura trabajamos fuertísimo. En realidad tiene que ver con este eje que mencioné al inicio de la inclusión de lo mental en todas las políticas sanitarias. Cuando ocurre una tragedia como ésta nosotros inmediatamente ponemos a disposición un equipo para atención de emergencias psicosociales, trabajamos en varias de estas emergencias: en las exequias de Néstor Kir-

chner, en la tragedia del avión de la empresa Sol y ahora frente a irrupción de las cenizas volcánicas estamos trabajando en Villa de la Angostura, estamos cerrando el informe final. Y en el verano realizamos una campaña, no como un dispositivo de emergencia, sino como un dispositivo de contención desde el programa de alcohol, por el tema de las noches en la zona de la costa..

► **SMyC:** *¿Y ese equipo cómo lo armaron?*

Yago Di Nella: Ese equipo son miembros de los distintos programas que mencioné que los fuimos tomando en función de sus conocimientos y fueron quedando afectados a la emergencia, no es un equipo especial, no es otro equipo, sino que son miembros de los equipos de los programas existentes que se les dio una capacitación especial, muy rápida, sobre la emergencia de la que se trataba. La última, en el caso de Villa de la Angostura fue una formación que le dimos dos días antes –de personas ya formadas por otra parte, no es que estaban empezando de cero digamos– pero se les dio una formación muy especial sobre atención de tragedias volcánicas, la capacitación la impartió un miembro de la OPS. Con el apoyo de la OPS, fue el Doctor Hugo Cohen que nos ayudó en ese punto por su experiencia en Centroamérica en erupciones de volcanes, él había trabajado mucho allá, les dio una capacitación específica en la atención de tragedias volcánicas o en la cuestión de emergencias vinculadas a erupciones volcánicas.

► **SMyC:** *Yo tengo una pregunta más ligada al tema adicciones. En primer lugar, ¿cuál es la explicación de que sea una Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones?. En el sentido de que las adicciones tienen que ver con problemas de salud mental.*

Yago Di Nella: Y tiene que ver con la lógica de presentar el problema de modo tal de que quede explícitamente establecido que esta Dirección

incluye las adicciones. Uno puede pensar que terminológicamente es una aclaración innecesaria pero no lo es si uno piensa en la historia de la atención de las adicciones en este país, que ha estado divorciada de las políticas de salud mental. Entonces quiero decir que la explicación es histórica antes que terminológica o conceptual

► *SMyC: Y en ese sentido, en función de esta respuesta, la pregunta es: ¿cuáles son las propuestas concretas para el sector de la atención de adicciones que está también tildada como comunidad terapéutica o internación?*

Yago Di Nella: La propuesta que nosotros hacemos es la misma que estamos haciendo para las personas con padecimiento mental, justamente por esta idea de que se trata de problemáticas que tienen su especificidad sin duda pero que los dispositivos de intervención no requieren sino la inclusión de esa especificidad como cualquier otra, qué quiero decir, que el hospital general está tan capacitado en su capacidad logística para atender a una persona con intoxicación alcohólica o con una intoxicación con cualquier otra sustancia como para atender a una persona con una crisis aguda. Que un centro de atención comunitaria puede hacer trabajo de prevención y de atención ambulatorio como lo puede hacer para cualquier otra problemática. Y así sucesivamente, es decir, que desde el punto de la logística no vemos diferencia, y poder requerir una internación, por supuesto, cualquiera de estas problemáticas, como la requiere cualquier otro padecimiento mental. Entonces lo que estamos planteando para las adiccio-

nes es que se trata de una problemática de salud mental y por lo tanto reconociendo su especificidad como las tienen las enfermedades mentales cualquiera de ellas, atendiendo esa especificidad, el dispositivo de intervención no tiene por qué ser tan distinto. Lo que sí nosotros defendemos es la inclusión sanitaria de la persona con una problemática adictiva o de consumo.

► *SMyC: Y para esto –lo digo un poco con la experiencia de hace unos cuantos años, ya no sé si se hace así– cuando trabajé en lo que era el CONAF (Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia) en su momento, muchos de los dispositivos para la atención de jóvenes y adolescentes estaban financiados, subsidiados a través de CONAF (actual Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, SENAF), hacia casas de internación, lo que son las comunidades terapéuticas. Entonces esta propuesta incluye algún trabajo con los otros organismos para desmontar ese dispositivo que esta tan sufrido*

Yago Di Nella: Lo que sucede es que comunidad terapéutica se le llama a cosas muy distintas: hay dispositivos que se les llama comunidad terapéutica y que son centros militares y hay dispositivos a los que se les llama comunidad terapéutica y son granjas abiertas, es decir que es un proyecto en realidad agrícola con un dispositivo de contención y que son instituciones absolutamente abiertas, en realidad es como una chacra. Bueno, y a las dos se les llama comunidades terapéuticas, entonces yo primero quiero poner en crisis el concepto, no porque este básicamente en acuerdo

---

**C**omunidad terapéutica se le llama a cosas muy distintas: hay dispositivos que se les llama así y son centros militares y hay dispositivos del mismo nombre que son granjas abiertas.

---

o en desacuerdo, sino porque ya se ha difuminado de tal forma que no es claro cuando uno habla de una comunidad terapéutica. Primero hay que separar esto, en segundo lugar nosotros consideramos que el mejor lugar de tratamiento para una persona es la comunidad. Esto no quiere decir, sin embargo, de que como en todo otro trastorno mental se requiera un periodo de internación para que la persona pueda sostenerse luego en la comunidad. Pero con ese objetivo, el problema es cuando la comunidad terapéutica reemplaza a la comunidad de origen y no hay ninguna estrategia para la devolución a la comunidad sino que simplemente es que pase un tiempo en un lugar de encierro. Ahora bien, nosotros nos encontramos con comunidades terapéuticas que trabajan todo el tiempo para que la persona se inserte laboralmente, se incluya educativamente, se capacite, se restituya a la comunidad, que se sostiene en sus vínculos primarios, etc.. Entonces ahí habría que ver si cabe el nombre “comunidad terapéutica” al menos no en el mismo sentido de aquella otra de funcionamiento militarizado que tiene por único objetivo tener encerrada a la persona. Ahí hay que introducir grises en este punto quiero decir, insisto en el mismo criterio y nosotros allí nos ponemos en el lugar de la ley, la Ley de Salud Mental, plantea que la internación es un último recurso, admisible para aquellos casos en los que no hay otra alternativa menos restrictiva.

---

**L**os próximos desafíos que tiene la Dirección Nacional pasan por establecer una Red Nacional de Atención en conjunto con la provincia y los municipios, estamos en ese camino tanto en el primer como en el segundo y en el tercer nivel de atención en base al financiamiento que la Dirección está proveyendo a los distritos.

---

► **SMyC:** Bueno, ya para terminar ¿Cuáles serían los desafíos de la Dirección en función de todas estas políticas de las que hablamos?

Yago Di Nella: Los próximos desafíos que tiene la Dirección Nacional pasan por establecer una Red Nacional de Atención en conjunto con la provincia y los municipios, estamos en ese camino tanto en el primer como en el segundo y en el tercer nivel de atención en base al financiamiento que la Dirección Nacional está proveyendo a los distritos, a cada uno de los distritos que están interesados en desarrollar esta política. El primer nivel claramente es a través de los CIC, el segundo nivel tiene que ver con fortalecer el Hospital General y el tercer nivel con los dispositivos alternativos a la cama monovalente, es decir, las casas de medio camino, los centros de día, los albergues nocturnos, etc. Todo esto

conforma el principal desafío que es la accesibilidad a los servicios por parte de la población. El principal problema que tiene nuestro país, y eso no lo decimos solo nosotros sino que los organismos internacionales, es la accesibilidad a servicios cercanos a la comunidad. Este es el principal desafío porque ese es el más costoso, el más complejo, el más difícil, requiere un mediano y largo plazo. Ahora lo urgente es empezar a implementar la ley y que sean reconocidos como sujetos de derechos las personas con padecimientos mentales, ese sí es un corto plazo y tiene que ver con implementar la ley y su reglamentación, que está próxima a salir y en

ese punto ahí tenemos un objetivo ya de corto plazo. Y el otro gran desafío es integrar la política de salud mental con la atención de personas con problemática de consumo. Romper esta vieja bifurcación que lleva incluso a estos casos ridículos de los “duales”, los llamados duales, cuando hoy en día es casi imposible encontrarse a una persona que no tenga una y la otra problemática. Es decir, una persona con problemática adictiva en la absoluta mayoría de los casos tiene un problema de trastorno mental y la absoluta mayoría de las personas con trastornos mentales tienen alguna problemática de consumo, aunque más no sean psicofármacos. Hoy en día plantear este carácter dual como si fueran dos asuntos distintos, que en algún caso comparte ambas problemáticas, es un absurdo y nosotros estamos muy comprometidos en trabajar esto como una política única para las personas porque se trata de eso, de personas. Los que hacemos esta separación analítica somos los profesionales.

► **SMyC:** *Y la ley de drogas ¿no tensiona la ley de salud mental?*

Yago Di Nella: La ley de drogas nos excede... y sí, si la tensiona. La ley de drogas tiene un problema básico y es que acusa a la persona con padecimiento de su padecimiento, este sería el punto básico. Nosotros estamos por una des-criminalización de las personas que tienen consumo de sustancias, que quiero decir con esto, que lo que reclamamos es que el derecho de estas personas sea a ser atendidos no a ser encerradas. Entonces la criminalización confunde el problema porque desplaza del eje sanitario al eje criminal a una problemática que claramente es una problemática sanitaria.

► **SMyC:** *¿Se puede hacer alguna propuesta en relación a la ley de drogas?*

Yago Di Nella: Ahí ya hay varias propuestas de reforma a la ley de drogas. Yo creo que si no hubiera sido este año un año electoral ya hubiera estado en el tapete. Yo creo que estamos en muy buen camino para una modificación de esa ley.

► **SMyC:** *Bueno, en nombre de la Revista y de la UNLa queremos agradecer mucho toda la colaboración brindada.*