



La Nueva Ley de Salud Mental y los actores: de corporativismos palaciegos y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas

Agustina Barukel

Lic. Ciencia Política, orientación Análisis Político. Facultad de Ciencia Política y RRII, Universidad Nacional de Rosario, Argentina/ CONICET. Doctoranda en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Resumen

Este artículo propone un ejercicio de análisis desde la perspectiva del análisis de políticas públicas en torno a los debates que suscitara la Nueva Ley de Salud Mental en la Comisión de Salud y Deportes del Senado de la Nación en 2009 y 2010. Analizamos la intervención de actores en ese contexto a partir de una definición de la *cuestión* que nos conduce a la hipótesis de existencia de lo que denominamos *corporativismos palaciegos*. Para luego pasar a proponer un nuevo concepto de *sujeto* de las políticas de Salud Mental y una elaboración de un *modelo de problemas*, ambas propuestas que posibilitan el *ensanchamiento* de la cuestión, y permiten elaborar, a partir de allí, novedosas formas de intervención en la disputa por la implementación de las disposiciones de la Ley.

Palabras clave

Actores - Sujetos - Corporativismo - Modelo de problemas

Abstract

This article propose an analysis exercise from public policy analysis' contributions about new Mental

Law debate that took place in Health and Sports Commission of National Senate in 2009 and 2010. We analyze the intervention of different actors in that context from a definition of the *issue* that take us trough a hypothesis of existence of what we name *palatial corporatism*. Then we propose a new *subject* concept for Mental Health Policies and a *problem model* elaboration, both make possible to widen the issue and elaborate original interventions in the dispute for the Law implementation.

Keywords

Actors - Subjects - Corporatism - Problems model.

Introducción

La herejía es indispensable para pensar la salud del dogma.

José Carlos Mariátegui

Sin dudas el presente artículo viene motivado por los desafíos que nos obliga a asumir la aprobación de la Ley N° 26.657 conocida como “Ley de Salud Mental”, en varias direcciones. Aquí apuntaremos tres que nos parecen importantes y que nos ayudan al recorte

de este escrito: Primero, y aunque reconociendo cierta debilidad del desarrollo historiográfico del campo de la Salud Mental en Argentina que nos pueda situar correctamente en un *proceso*, ubicamos que la Ley es punto bisagra para pensar una Política (en mayúsculas) en Salud Mental; queremos decir con eso que no arrancamos de cero, a la vez que reforzamos la idea de que se trata de un nuevo momento. No solo la valoración de sus disposiciones conforman una inflexión; el mayor peso está sin dudas en la apertura que con ellas motiva. Segundo, si pensamos en una Política en Salud Mental se hace perentorio pensar un *quiénes*, los sujetos protagonistas, los actores de la *cuestión*. Pensarlos en clave de integración, de participación activa, de democratización del proceso de toma de decisiones que la ley –y esas políticas que se desprendan– puedan habilitar. Y tercero, lo que explica el por qué de un aporte desde la perspectiva del análisis de políticas, abrazamos la concepción de la práctica en el campo de la salud mental y la lección de método que la Ley imparte para esa práctica; pues la *interdisciplina* bien trabajada puede ser desmanicomializadora. El desafío en ese plano es correrse de la moda académica del entrecruzamiento de disciplinas, superar el mero enunciado, aportando a un diálogo que se traduzca en guías –pequeñas, modestas– para encarar un nuevo momento de reforma psiquiátrica, inaplazable en nuestro país.

En las páginas que siguen, nos abocaremos al análisis de los debates que suscitó el proyecto de Ley en la Comisión de Salud y Deportes de la Cámara de Senadores de la Nación, en ocasiones en que estuvieran presentes distintas asociaciones profesionales, entidades, universidades y organismos vinculados en su práctica al *problema* de Salud Mental los días 24 de noviembre y 1° de diciembre de 2009, y 19 de octubre de 2010. Durante esas sesiones, la Comisión del Honorable Senado de la Nación las convocó considerando su relevancia en la temática que se estaba discutiendo, y figuran en esas memorias una larga lista de personas que intervinieron en razón del proyecto de Ley en debate. Pero no tomamos todas en cuenta para definir su relevancia, optamos por indagar sobre la *cuestión*: dónde se halla el núcleo fundamental del problema que hace a una ley protectora-desmanicomializadora y cuáles fueron las coordenadas que guiaron ese debate. Lo que nos conduce a ubicar los *actores* de la *cuestión*, y a desnudar lo que denominamos *corporativismos palaciegos*, fundados sobre todo en los discursos de saber-poder-verdad sobre los que se posan las especialidades intervinientes (fundamentalmente la Psiquiatría como práctica médica). Indagación que nos conduce, esperamos, a reflexiones que desde el análisis de políticas se pueden elaborar para efectivizar recomendaciones en el marco de la batería de políticas públicas que se desprenden de la –demasiado demora-

da ya– implementación de la Nueva Ley. Ello teniendo siempre como norte la democratización de la práctica, pensando el protagonismo de los actores, la necesidad de disputar la direccionalidad de las iniciativas –en lo intra pero también extra institucional– que libre la batalla eminentemente política que significa la desmanicomialización. Pues entendemos que estamos frente a oportunidades para la superación, y hay que definirse por intervenir comprometidamente en esa lucha. La demora que está acarreado la implementación de la Ley nos obliga además a elevar las apuestas y seguir produciendo propuestas enmarcadas en ella, como parte de una táctica para lograr su definitiva puesta en marcha.

De corporativismos palaciegos

Para seleccionar los actores que intervinieron al momento del debate de la Ley, acudimos a las versiones taquigráficas de la Comisión de Salud y Deportes de la Cámara de Senadores de la Nación en las fechas arriba mencionadas. Sobre ese universo, el recorte de los *actores relevantes* se traza a partir de lo que denominamos *cuestión socialmente problematizada*. Ese concepto es desarrollado por Oscar Oszlak y Guillermo O'Donnell (1984) varios años atrás para pensar *a qué* atiende una política. La *cuestión* en una Ley que se titula “Derecho a la *protección* de la Salud Mental” es cómo *proteger* contra el abuso en el ejercicio del poder psiquiátrico, constitutivo del problema público de la locura. Veámoslo.

En *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*, libro en co-autoría con Alfredo J. Kraut, Emiliano Galende intenta ilustrar la tensión entre ese entramado de poder que es la práctica psiquiátrica y lo jurídico. Define pues, que el problema a enfrentar es “*el poder judicial de los psiquiatras y el tratamiento correccional del enfermo*” (Galende, 2006: 18). *Poder judicial* atribuido por la importancia de su *juicio*, basado en la verdad de la ciencia. Agregamos un *poder jurídico*, alojado en la potestad que la ley le otorga para ejercer dicho poder de juicio. El psiquiatra es un médico con funciones de juez: al ser quien elabora el diagnóstico de alienación (tremendo juicio si los hay en el universo del padecimiento mental), justificando la internación (el lugar donde el poder se sustancia, atravesando el cuerpo del enfermo), sentencia sobre la incapacidad, decide el destino del loco, dictamina sobre la peligrosidad, “(... *sin apelación posible, sobre el cual se justifica la segregación del enfermo y la custodia en el hospital psiquiátrico; es decir, un estado de prisión sin juicio ni sentencia escrita*” (Galende, 2006: 49) (Los resaltados son de mi autoría). “(...) *la decisión [tiene] el sentido de una sentencia, ya que implica la privación de libertad del enfermo. (...) El médico fundamenta su diagnóstico y esgrime un saber sobre la enfermedad que en lo esencial tie-*

ne un supuesto de objetividad, reflejado en el diagnóstico de alienación y peligrosidad. Para cumplir este postulado de objetividad y el supuesto de su saber, debe dejar afuera de su observación lo esencial del drama del loco: **su condición de sujeto**” (Galende, 2006: 83) (resaltado en cursiva en el original).

Esa *fusión de tareas* en la figura del psiquiatra, sobre la que se monta el universo jurídico del sufrimiento psíquico está en los orígenes del problema moderno de la locura, y es parte del núcleo persistente de la práctica psiquiátrica. Y, sostenemos, no es una cuestión de terapéutica sino una *cuestión de poder*.

Por otro lado, debemos señalar la existencia de otras disciplinas del campo de la salud mental que complejizan la práctica psiquiátrica moderna, objetiva, biologicista, alienista que hoy persiste. Que impugnan el saber médico-científico desde una visión intersubjetiva de la locura. El psicoanálisis, el trabajo social, la terapia ocupacional, la psicopedagogía, ubican de alguna manera el problema del padecimiento en el plano humano. Como dice Galende, nuestra experiencia de la locura obedece a una visión más complejizada que la del *loco moral* de Pinel, o el de la neurociencia de Kraepelin. *El psicótico de hoy* no puede pensarse desprendido de su cultura, de las relaciones sociales (de poder) que lo atraviesan, de los dispositivos moldeadores de su subjetividad (Galende, 2006). Esos componentes complejizadores, sin embargo, no sacan a la locura del lugar en que la modernidad la puso; no la desprenden de su componente de peligrosidad, de otredad, de *Ruptura* en relación a un *Orden* social y culturalmente estatuido y aceptado. Si hay un poder de la práctica psiquiátrica que ayuda a comprender la necesidad de una legislación en Salud Mental, se trata de un poder que, como tal, tiene arraigos materiales duraderos, y ha sabido construir hegemonía. El poder no es solo coerción, decimos con Antonio Gramsci; no puede sustentarse solo en la “fuerza” si alrededor de él no se construye una fortaleza de aceptación *moral* de lo que su dominio significa.

La ley, entonces, tiene en ese plano dos componentes fundamentales: uno, y vinculado con la cuestión del poder, ensaya una definición de Salud Mental sobre la que se pueda construir un nuevo tipo de relación con la locura, no igualable a “dominación”, poniendo en cuestión la idea misma de locura, hablando, justamente, de *salud*, y no de *enfermedad* mental. Otorga una base, aunque mínima -no hay que cargar tanto a la Ley tampoco-, sobre la cual se pueda construir contrahegemonía. Y dos, es *protectora*; su objetivo no es la regulación del ejercicio profesional, sino que más bien protege contra él y los abusos en que deviene: “(...) *el problema del poder, la dimensión moral y la relación con el Derecho, son intrínsecos a la práctica de la psiquiatría, más acentuados que en la práctica de otras especialidades médicas, y sólo estableciendo regulaciones externas*

que preserven los derechos de los pacientes es posible un control social sobre las consecuencias de este poder y esta moral correccional” afirmaba Galende (2006: 19) unos años antes del debate que recogemos aquí (los resalta-dos son de mi autoría).

Ahora bien, los mecanismos de protección que establecen algunos artículos que consideraremos efectivamente señalan una forma de relacionamiento de las disciplinas intervinientes que hace indirectamente a la regulación del “ejercicio de la profesión”. Es que, como señalan Oszlak y O’Donnell, *de qué se trata la cuestión... es parte de la cuestión misma*. Pensando la conjunción de esos dos componentes señalados, podemos decir que para ciertos actores la cuestión a la que atiende una nueva ley es la de desmontar las relaciones de poder que subyacen en la práctica psiquiátrica, y la construcción de subjetividades, una práctica clínica determinada, fórmulas terapéuticas, roles, etc. que de ella devienen. Para otros ciertos actores, es la de sostenerlas (aunque en casi toda ocasión ello no esté explícitamente manifestado). El debate sobre las **incumbencias**, la *potestad* sobre el **diagnóstico** y el **tratamiento**, forma una tríada que atraviesa las discusiones en la Comisión del Senado, que refleja esa *cuestión*, y que condensa una espinosa controversia en torno a la *interdisciplinariedad* del trabajo en salud mental al que aboga la Ley.

Sobre incumbencias, diagnóstico y tratamiento, la letra de la Ley establece:

ART 5: *La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una **evaluación interdisciplinaria** de cada situación particular en un momento determinado.*

ART 12: *La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de **abordajes interdisciplinarios**.*

ART 16: *Toda disposición de internación, dentro de las 48 horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:*

a) *evaluación, **diagnóstico interdisciplinario e integral** y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente **psicólogo o médico psiquiatra**.*(1)

(...)

ART 42: *Incorpórese como art. 152 ter del Código Civil 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de faculta-*

tivos conformado por **evaluaciones interdisciplinarias**. (...). (Todos los resaltados en negrita de los artículos de la ley son de mi autoría).

Interdisciplina, palabra común en los artículos seleccionados; en ella es que inscribimos el debate sobre la constitución del campo de la salud mental como *campo*, anclado tanto en *saberes*, recursos o *capitales*, a la manera de Pierre Bourdieu, que nos ubican en la discusión actual sobre los corporativismos que se ponen en juego a la hora de pensar un nuevo recorte de ese campo, y que nos permiten una lectura transversal del posicionamiento que tomaron los actores enumerados.

La interdisciplina es un posicionamiento, no una teoría, una metodología de trabajo como así también un marco conceptual que presta un posicionamiento epistemológico (Stolkiner, 2005). Uno de los problemas del trabajo interdisciplinar se presenta cuando el rol de cada uno se desliza desde el campo de la especificidad de las disciplinas (que existe y que es sano, necesario y productivo sostener) hacia el de las **incumbencias** y los **perfiles profesionales**. En salud mental, cuando las incumbencias van por delante de la relación de la profesión con el problema-objeto de la acción interdisciplinar-, lo que queda en el centro es el poder, no el problema (Stolkiner, 2005). Así pues en las transcripciones del debate en Senadores pueden leerse frases como las siguientes (2):

“(…) Cuando hablamos de internación de pacientes, ahí tenemos problemas [con los psicólogos y terapeutas]. Creemos que **la internación de un paciente, tanto el clínico como el psiquiátrico, tiene que ser una herramienta, primero del médico y especialmente del médico psiquiatra, como hasta ahora lo es, y como figura en el Código Civil. El que interna y es responsable es el médico psiquiatra.** (...) La carrera de psicólogo debiera exigir primero ser médico y después ser psicólogo. De manera que podrían medicar, y hasta internar. **Hasta ahora, como está la mano en Argentina, el médico debe ser el único que interna, como es en todos los lugares del mundo.** (Asociación Argentina de Psiquiatras - AAP).

“Esta ley atenta en sus artículos contra las responsabilidades de los médicos generales. Primero, se le niega al paciente el derecho a tener un diagnóstico y un pronóstico adecuado; se prohíbe el pronóstico irreversible” (Confederación Médica de la República Argentina - COMRA).

“**La interdisciplina no puede pasar por encima de las injerencias profesionales en base a las cuales nosotros formamos a nuestros profesionales. Los formamos con ciertos saberes y luego se pueden integrar en una discusión conjunta y dar como resultado una decisión. Pero esa decisión es de la incumbencia del que ha estado formado para eso. Toda internación es un acto médico, que es la única profesión universitaria que tiene una formación como para dilucidar ese problema clínico. Eso no quiere decir que no se trabaje en equipo interdisciplinario, pero sí es el lugar de la opinión médica.** (...) [Otro] aspecto, el

diagnóstico en la internación, **siempre debe contar con una opinión médica. No es alternativa, siempre debe tener una opinión médica** (...) ya que **el criterio del diagnóstico médico es el que mejores garantías da con relación al derecho principalísimo que es la vida.** (...). Por otro lado, de acuerdo a las leyes existentes, el único profesional facultado para determinar una internación es el médico” (Facultad de Medicina, UBA).

“**No hay multidisciplinas si no hay incumbencias. No hay orden, no hay equipo. Vamos a defender el respeto a las incumbencias con todo el peso de nuestra organización.**” (Asociación Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires - AMMCBA).

Como todo campo, el de la salud mental está determinado por la existencia de un capital común y por la lucha por su apropiación. “Entendido como una arena dentro de la cual tiene lugar un conflicto entre actores por el acceso a los recursos específicos que lo definen, el campo posee una estructura determinada por las relaciones que guardan entre sí los actores involucrados” (Chihu Amparán, s/f). Recuperando aportes de Bourdieu, siempre que se trate de relaciones humanas se ponen en juego relaciones de poder; para el campo de salud mental, y siguiendo los señalamientos de Stolkiner, “un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder; **aceptar su limitación reduce el mismo**” (Stolkiner, 2005, resaltado de la autora). El reconocimiento y legitimación de prácticas y profesiones intervinientes en el campo que estén más allá de las propias, que se piensen necesariamente de conjunto, es la toma de posicionamiento de otras entidades que intervinieron en los debates de Senadores:

“Nos parece importante al sentar posición que los **psicólogos no queremos en estas circunstancias tener una posición corporativa, queremos correr de la idea de que lo que está en juego es un debate de poderes entre psicólogos y médicos. Nuestro interés es defender la pertinencia del equipo inter o transdisciplinario.** (...) Existen **otras profesiones que están acercándose o que están trabajando desde hace tiempo en este campo, y requieren una legitimación.** (...) El tema de la internación está incluido entre nuestras **incumbencias de pleno derecho.** (...) Creemos que esta idea no sólo refleja una realidad superadora, sino que además define el tema de la SM como un tema interdisciplinario, pero también como un tema intersectorial, que va más allá del campo de la salud en tanto en la definición misma de SM intervienen otros factores que tienen que ver con las condiciones de vida.” (Federación de Psicólogos de la República Argentina - FEPPRA).

“Los psicólogos y todos los profesionales que integran la Facultad de Psicología de la UBA apoyamos la idea de integrar los grupos interdisciplinarios con **todas las profesiones y profesionales que se ocupan del abordaje de SM, sin distinciones de ningún tipo más que las provenientes del saber y de la idoneidad profesional, sin discriminaciones ni diferencias.**” (Facultad de Psicología UBA).

“Esta ley es absolutamente necesaria e importante y es un paso que no hay que ubicar en la situación del profesionalismo de cada uno sino en la asistencia cotidiana del paciente. Debemos tener en cuenta al paciente como base de inicio de esta problemática.” (Asociación Argentina de Salud Mental - AASM).

Vemos que tal como está planteado el debate que define la cuestión, los actores son aquellas entidades que representan al menos dos profesiones cruciales para el campo de la salud mental: la psicología y la medicina psiquiátrica. Desde la constitución misma del campo de Salud Mental en Argentina (que podemos ubicar en los años 50, teniendo como hito la fundación del Instituto Nacional de Salud Mental INSM en 1957), diferentes pujas –administrativas, disciplinares, y en todos los casos, *políticas*– prologan esta toma de posicionamiento.

Podríamos mencionar las luchas que ya en los 60 y 70 bregaban por cambios sustanciales en el campo de la asistencia de la Salud Mental y sus resistencias, la desarticulación fruto de la violencia inconmensurable cuando el golpe del 76, los antecedentes en el orden subnacional de experiencias novedosas pos descentralización de los 90, así como disposiciones y acuerdos internacionales que fueron moldeando –en sus idas y vueltas– un escenario de ofensiva en los planteos de avanzada en la terapéutica, como a las voces disidentes-defensivas de protección de ciertas pautas de la práctica de atención en salud mental. Voces que ponen al desnudo una visión corporativa de la práctica médica profesional, y que muestran la *salud del dogma*, usando las palabras de José Carlos Mariátegui. La adjetivamos como *palaciega* en tanto corporación que tiene como principal capital el status social, la fortaleza de un discurso de saber-verdad rastreado desde los inicios mismos de la clínica (Foucault, 2008).

Es notable asimismo cómo, si bien la ley hace fuerte hincapié en la interdisciplina, y habla de otras profesiones además de las dos mencionadas, los terapeutas ocupacionales prácticamente son convidados de piedra, y los trabajadores sociales y enfermeros ni siquiera fueron convocados al debate. Eso no es menor si se tiene en cuenta que la interdisciplina es central a la hora de pensar el desafío de desmanicomialización que se encara con la nueva ley: porque posibilita el diálogo entre conocimientos profesionales y no profesionales, saberes populares, de la propia comunidad, del mismo “sufriente”; porque posibilita la participación, la capacidad de la autorepresentación en el tratamiento de los padecimientos y sobre todo porque a partir de habilitar esa heterogeneidad de miradas y saberes es posible generar un contrapeso a las prácticas hegemónicas de la atención, que se sostienen sobre todo en el conocimiento científico profesional del psiquiatra, aunque también del psicólogo (Devallis y Arredondo, 2007), y en las llamadas “evidencias”, siempre y únicamente las cuantificables.

Por su parte, actores tan fundamentales como las organizaciones de usuarios y familiares de usuarios del sistema de salud mental participaron de los debates en la comisión del 1° de diciembre de 2009. La letra de la ley –esencialmente protectora– refleja sus fundamentales reclamos de necesario cuidado y amparo frente al ejercicio del poder psiquiátrico y respeto de los derechos humanos (del paciente y su familia), y con respecto a la *cuestión* tal cual la definimos más arriba, también hablan en primera persona, como protagonistas; pues la internación, el tratamiento y la forma de elaboración de los diagnósticos los pone en el lugar de hablar desde la propia experiencia para pensar cómo debe funcionar el sistema en esas cuestiones de primer orden. La **Red de usuarios, de familiares y voluntarios** intervino en el debate en Senadores. Como actores de la cuestión, las organizaciones dicen:

“El médico es el protagonista de la salud, pero solo no puede, porque no logra darnos las respuestas que necesitamos. A fin de alcanzar un cambio real, es necesario que trabajemos juntos respetando el saber del otro, también el nuestro y el de nuestras familias”.

La ley condensa gran parte de lo que han sido sus reclamos. Y habrá que estar atentos a las formas de monitoreo que su reglamentación habilite (3): cuáles serán los mecanismos, y qué lugar tendrán en ellos usuarios y familiares, para cuidar el respeto de sus artículos y disposiciones, así como también los recursos disponibles para las denuncias que sean pertinentes. La Ley en sí misma es parte del triunfo en su lucha; en su implementación habrá que atender a los problemas que surjan en la adaptación del sistema a nuevas reglas de funcionamiento. Por ejemplo, en lo que respecta a los períodos de internación que habilita (con un límite de 90 días), a la necesaria creación de hogares de día y otros dispositivos de atención ambulatoria que combaten la cronificación, al mejoramiento de las condiciones de vida en los hospicios, etc. Y por supuesto, a la progresiva y constante sustitución de la lógica manicomial existente en las instituciones y la práctica clínica.

El Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la Ley, y el Órgano de Revisión que ésta crea a los efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias del servicio de salud mental deberán bregar por la activa participación de dichas asociaciones en la construcción colectiva de los problemas que persistan. Al respecto, es dable señalar que el **artículo 36** de la Ley reza: *La autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en Salud Mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanis-*

mos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. (...).

El desafío mayor es cómo pensar (y efectivizar) la verdadera participación activa no declamatoria que de a poco pueda instar el empoderamiento de actores que hoy son no solo espectadores sino principalmente víctimas de las pujas corporativas entre entidades profesionales. Sabemos que un precedente fundamental ya figura en el borrador de reglamentación de la ley cuando, refiriéndose al ART 8 sobre los equipos interdisciplinarios de abordaje y las *otras disciplinas o campos pertinentes* pasibles de ser incluidos en los mismos, señala: “**los campos pertinentes incluyen a las personas usuarias de los servicios de salud mental, sus familiares y otros recursos existentes en la comunidad para el ejercicio efectivo de los derechos relativos a la vida en la comunidad**” (4).

El núcleo profundo ahí tiene que ver con la concepción psiquiátrica hegemónica del padecimiento mental, y que desde la Ley intenta desarticularse. El principal problema de la participación activa es pensar, justamente, que las decisiones sobre el tratamiento sean, de alguna manera, también *cosa de locos*. Con ese objetivo, lo primero a revertir es, sin dudas, la desvalorización de la *palabra del loco*, fruto del estigma que sobre él pesa (Amarante, 2006; Ceriani, Obiols, Stolkiner, 2010). Sobre ello, uno de los informes parciales del UBACYT dirigido por Stolkiner “Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de la CABA y Conurbano bonaerense en el período 2002-2010: subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención”, señala: “*El derecho a la salud mental de quienes han atravesado internaciones psiquiátricas, no consiste únicamente en la posibilidad de acceso a algunas prácticas de atención/cuidado, sino que debería constituirse como un proceso de subjetivación que deconstruya la objetivación resultante del paso por los dispositivos manicomiales. En este sentido, no puede pensarse el derecho a la salud mental sin la posibilidad de hablar en nombre propio*” (Stolkiner et. al., 2010) (Los resaltados son de mi autoría).

De oportunidades para la superación

Diríamos con Foucault: la Ley es *poder soberano* que intenta poner cotos al *poder disciplinar* psiquiátrico. Eso, sin dudas, no lo pone a la retaguardia; el mismo Foucault ha montado un edificio teórico para demostrar que la jaula de hierro en que nos encierra la disciplina es prácticamente inquebrantable. Igualmente pensamos que algo es pasible de cambiar en el escenario en que nos movemos, y por eso hablamos de *oportunidad*. Por eso ensayamos nuevas ideas sobre, al me-

nos, dos aspectos: uno, la **concepción del sujeto** del campo de la salud mental; y otro, los aportes del análisis de políticas a pensar esas oportunidades, proponiendo la elaboración de lo que llamamos un **modelo de problema** (Moore, 1993). Los conocimientos acumulados en la materia, los cuadros formados en diferentes experiencias de reforma psiquiátrica, el compromiso militante forjado en sucesivas batallas y la necesaria incorporación de saberes técnicos, políticos y administrativos deben combinarse para actuar en el terreno de disputa abierto, porque se trata sin dudas de hendijas que se abren para gradualmente comenzar a subvertir las prácticas en salud mental.

Sobre la necesaria **ampliación de una concepción del sujeto**: debemos pasar a la ofensiva desde otra noción de los actores. Sería poco astuto de nuestra parte pensar que los corporativismos puestos al desnudo terminarían por decreto; así y todo nos permitimos esta reflexión como convite a pensar hipótesis. Pues la distinción con fines analíticos entre usuarios/familiares y profesionales/trabajadores del sistema de salud es útil para abordar la trama actoral interviniente en la cuestión, pero de alguna manera “separa” sujetos que es necesario juntar. Es preciso entonces consolidar una perspectiva de *trabajadores del campo de la salud* que unifique bajo el concepto de *trabajador* (“clases subalternas” diríamos con Gramsci) a esos actores, haciendo posible la articulación de un proyecto político que unifique y no que divida potenciales luchas. Otra vez, no desconocemos la compartimentalización ni la fundada base de los divisionismos que habitan dicho campo, pero hipotetizamos, y proponemos. Incluso podemos ir más lejos, porque se trata justamente de debatir sobre proyectos políticos (y confiamos plenamente en la potencia de la *praxis política*): si los *presuntos “normales”* están incluidos en esta ley –protectora, y basada en una concepción preventivista de la salud-, y si el problema público de la locura trasciende el debate sobre el tratamiento y la atención, la posibilidad de pensar en una sociedad desmanicomializada obliga a ampliar el espectro de los que luchan. La desmanicomialización, y el cuidado y atención de la salud mental, su reconocimiento como derecho humano, debieran entonces ser parte del “programa” político, lo mismo que otras luchas a priori sectoriales (y podemos mencionar a título de ejemplo, la de despenalización del aborto, la de la estatización de servicios, la recuperación de recursos, la de protección del medioambiente, entre otras), que trascienda el campo mismo de la salud mental.

Desde una resignificación de los sujetos avanzamos también a una resignificación de la *participación actoral* –en clave de *praxis*– en la elaboración de las políticas y programas. Resignificación que permita hacer recomendaciones superadoras del vacío discurso de la participación que se construyó en los 90, y que pervi-

ve en los aparatos teóricos del universo del análisis de políticas públicas.

Durante la etapa neoliberal, la gestión por resultados y la descentralización estatal facilitaron de alguna manera cierto grado de participación de la ciudadanía en la gestión pública (Oszlak, 2009). Sobre todo en políticas sociales, las recomendaciones de organismos internacionales como el BID o el Banco Mundial hacían hincapié en la necesidad de incorporar a los “beneficiarios” en los planes y programas, incentivando con ello a la formación de ONG’s que pasaban a ser las entidades “administradoras” de las políticas. Con ello se habilitaba cierto discurso legitimador, en tanto “buenas por naturaleza”, esas organizaciones eran la contracara de partidos y gobiernos, asociados en ese momento a la corrupción, el secretismo, la profesionalización y elitización de la política (Thwaites Rey, 2004). Detrás de una gestión aparentemente participativa pregonada, se ocultaba una visión que desligaba a los actores de la política: “Tras esos postulados se [escondía] la pretensión de despolitizar demandas y protestas sociales, en el sentido de redireccionarlas del reclamo al Estado a la autoresponsabilización, moralmente plausible, por el destino propio (...) más allá del discurso de participación societal contrario al Estado y antipolítico, a veces más explícito y otras velado por la fraseología “políticamente correcta”, las prácticas concretas se [alejaban] bastante de los objetivos declamados” (Thwaites Rey, 2004: 34) Aunque forme parte del discurso de los 90, no hubo en esos años un papel preponderante de la participación en el proceso de políticas.

Hoy cabe preguntarse si la metamorfosis estatal, que resumimos en un recupero de las funciones públicas del Estado, del control sobre la agenda y sobre la asignación de recursos, y sobre todo una vuelta de la política en clave de *apertura*, posibilita pensar las políticas participativas más genuinamente. Remarcamos entonces la necesidad de reelaboración del concepto de participación en clave de *involucramiento activo* y en tanto disputa por la definición y ejecución de las políticas, retomando con ello la vinculación –normalmente invisibilizada– entre *participación y poder* (Bang, 2011).

Ahora bien, teniendo como trasfondo esas reflexiones sobre los actores, ¿Qué podemos aportar desde el análisis de políticas entonces? La propuesta es la **elaboración de un modelo de problemas** que ponga a interactuar a los sujetos, organizaciones y oficinas, teniendo como norte la elaboración de políticas participativas, que suponen disputas por el curso de acción que se adopte. Y exigen originalidad a la hora de pensar recursos metodológicos y novedosas opciones epistemológicas que traspasen lo ya conocido en el campo de las políticas *participativas*.

El *modelo de problemas* es una propuesta que Mark Moore elaboró para analizar el problema del consumo

de heroína en Estados Unidos en los años 70 y que, salvando las distancias, representa un buen ejercicio a la hora de pensar cómo organizar el abordaje del universo de políticas que puede desprenderse de la nueva Ley de Salud Mental.

El punto de partida para la elaboración de un modelo es la delimitación del *problema*, que no viene dado, que no es el mismo para los actores involucrados, actores que no tienen los mismos recursos y capitales para hacer preponderar *su* concepción del *problema*. Para delimitarlo, Moore aconseja un desglose de los *atributos* o *características* de ese *problema*. Sin pretender exhaustividad, los atributos del problema de la *atención* en salud mental con respecto a los usuarios del sistema podrían ser: la cronificación, la medicalización, la integración a la comunidad y el medio, la inserción en el mercado laboral, el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental en la internación, la relación del usuario con la familia, la cantidad de camas disponibles para pacientes psiquiátricos en Hospitales Generales, las definiciones sobre la internación y externación de pacientes, la atención de urgencias, por mencionar algunos. Atributos que abordan el problema de una manera determinada y no de otra. Porque si decimos que el objetivo de la ley es promover la salud mental –y no solamente tener en cuenta los aspectos de la atención en salud mental–, entonces los atributos serían muchos más. Los instrumentos de políticas que de allí derivan son distintos también; no es lo mismo pensar programas preventivos y de promoción de la salud mental que programas de atención para usuarios y pacientes que ya están en el sistema de salud mental, y que varían también en niveles de urgencia, dispositivos disponibles para el abordaje, disparidades en las “formas” del padecimiento, su situación socio-económica, la relación del sufriente con su familia, etc. Creemos que allí se aloja el nudo de la cuestión: se vuelve perentorio ubicar un punto de síntesis entre una perspectiva más bien clínica –elaborada desde la visión de las “profesiones” intervinientes (con sus saberes y prácticas), siempre tentada a la focalización sobre la particularidad de casos y la microscopía clínica, y una perspectiva de la política que –sin universalizar, homogeneizar y unificar (porque no es deseable y porque no es posible)– interpelada en su tarea de pensar respuestas incrementales, y de planificar estratégicamente, dar direccionalidad específica a un proceso inevitablemente largo y complejo.

Definir los *destinatarios* y las *instituciones implicadas* hace a la amplitud o estrechez del problema, y de cómo se lo define. Y son componentes centrales de un *modelo*. Ubicar las diferentes oficinas responsables, los ministerios y secretarías, los alcances de su potestad, y las tareas para posibilitar la coordinación y trabajo conjunto.

Ese modelo puede elaborarse desde una perspectiva técnica que separe el trabajo del analista y dise-

ñador de políticas con el campo de puesta en práctica de la política en cuestión. O puede pensarse en clave participativa, estableciendo un diálogo con los actores/protagonistas en la elaboración del modelo. Esta última es la opción que queremos defender. Opción que supone una relación técnica-conocimiento-política particular, que no totaliza la racionalidad técnica, e intenta ponerla en el juego de las tensiones y las rencillas de las diferentes racionalidades superpuestas que existen en todo problema complejo. No separar la técnica de la política es requisito fundamental; pues la técnica no podrá nunca pensarse desprendida de la elaboración de los objetivos que se traza una política.

Esa elaboración asimismo supone la construcción de una metodología original, que permita la utilización de propuestas complementarias, y una opción epistemológica que ponga en entredicho los conceptos consuetudinarios de “ciencia” y “saber científico” (y por ello, linealmente válido). Metodologías y una episteme que no desechen nada; pues el campo de la salud mental representa un universo complejo, que exige intervenciones en múltiples direcciones.

El modelo es una guía, una excusa ordenadora para intervenir. Permite concentrarse en las diferentes áreas para las que se puede elaborar política, atendiendo a los pequeños componentes que a veces pueden modificar el sentido de un curso de acción, pero sin perder de vista la forma en que se combina con otras esferas, para atender a la integralidad de la problemática planteada (Moore, 1993). Si su elaboración no permite hacer recomendaciones de políticas, pues entonces el problema estará mal planteado. Por último, el modelo permitiría captar los principales componentes del problema de la atención en salud mental a los que se podría dar respuesta con la intervención política; ello supone saber que podría haber una parte de los problemas para los que la intervención gubernamental no tenga *respuestas*. Y también debemos estar preparados para eso.

Breve conclusión

Atendiendo a las características de la *cuestión* debatida en Senadores, la delimitación del *problema* del padecimiento mental y del campo de la Salud Mental posiciona a ciertos actores de manera determinada. Si la discusión está en las incumbencias y la elaboración de diagnóstico, de allí puede recortarse un nivel de abordaje. Nuestra invitación es a ampliar el espectro, para *ordenar* la esfera sobre la cuál es preciso intervenir. Nuestra idea es *ensanchar*, y por eso proponemos:

- Elaborar una concepción del sujeto del campo de la salud mental que complejice las compartimentalizaciones y ubique las disputas sin quedarse en el relato de los enfrentamientos corporativistas (y encima palaciegos). Asimismo, entender que la Ley es de pro-

tección del derecho a la salud mental, incluyendo a toda la población, no solo al usuario del sistema. En una sociedad manicomializada y medicalizada como la actual, ese no es un señalamiento menor. Y ayuda a juntar lo que, de otra manera, va por separado (5).

- Conformar un *modelo del problema* que, a partir de incluir diversos actores, construya el universo de *atributos* de la cuestión “salud mental”, obligando a pensar respuestas ajustadas a la complejidad a que nos enfrentamos. Ello sin olvidar algunas premisas fundamentales: la utilización de metodologías participativas que no reduzcan la participación a su idea meramente formal, y una propuesta epistemológica *de los del Sur* –en el sentido de los oprimidos, como lo dice Boaventura de Sousa Santos– que no desechen saberes “no científicos” y que esté dispuesta a la apertura de aportes que puedan hacerse desde diferentes lugares.

El momento político lo permite, la Ley debe ser un convite a eso. Habrá que asumir el desafío.

Agradecimientos

Gracias a Alberto Giovanello Díaz y Verónica Almeida, por leer y corregir este artículo, y a mis compañeros y docentes de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental de las Facultades de Medicina y Psicología UNR, por los debates e ideas aportadas.

Notas finales

1. El artículo 16 de esta ley destaca la importancia del diagnóstico interdisciplinario y la responsabilidad que le cabe al psicólogo, tanto como al psiquiatra, cuando regula las condiciones en el caso de que haya disposición de internación. En ese sentido, quiero señalar que la profesión del psicólogo es regulada por el Estado, ya que desde 2004 la psicología ha sido incorporada a la nómina de profesiones de interés público, según el artículo 43 de la Ley 24.521 [Ley de Educación Superior].
2. Las versiones taquigráficas fueron consultadas en su versión digital. En todos los casos, se cita textual la transcripción de la Comisión, salvo mínimas correcciones a los fines de la redacción, casos en que aparecen entre corchetes. Vale aclarar también que citamos con el nombre de la entidad u asociación, y no de la persona particular que interviene en su nombre. En todos los casos, las palabras destacadas son de mi autoría.
3. El Decreto presidencial 603/2013 refiere a la reglamentación de la Ley 26.657 de Protección a la Salud Mental, tiene fecha del 28 de Mayo de 2013; es decir, es posterior a la redacción del presente artículo.
4. Es importante señalar que la reglamentación definitiva, Decreto presidencial 603/2013 del 28 de

Mayo de 2013 reglamenta de forma distinta lo atinente a las disciplinas a ser tenidas en cuenta para los equipos interdisciplinarios, y no menciona a los denominados **campos pertinentes**. Dice: “Las disciplinas enumeradas en el artículo 8° de la Ley 26.657 no son taxativas”. Una diferencia de sentidos llamativa, y de la que se podrían extraer algunas conclusiones. No obstante, ello será motivo de futuros análisis.

5. “Sacar” al sujeto de *lo patológico* como punto de abordaje y ponerlo en el orden de *relaciones sociales* quizá conduzca –y esto a manera de guía para continuar lo dicho aquí– a la reelaboración no ya de una concepción del sujeto, sino del objeto mismo del campo de la salud mental.

Referencias bibliográficas

- AAUV (1994). *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa Grupo Editor.
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Bang, Cl. (2011). *Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica*. E-a Journal, Vol. 2 N° 3.
- Ceriani, L.; Obiols, J.; Stolkiner, A. (2010). Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: Las organizaciones de usuarios. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Sexto encuentro de Investigadores del Mercosur. Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA. Tomo IV.
- Chihu Amparán, A. (s/f). *La teoría de los campos en Pierre Bourdieu*. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/1998/pr/pr8.pdf>.
- Devallis, M. y Arredondo, A. (2007). Equipos de Salud Mental: Interdisciplina y Transdisciplina. En *Subjetividades, clínicas, insurgencias. 30 años de Salud Mental*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Moore, M. H. (1993). Anatomía del problema de la heroína: un ejercicio de definición de problemas. En Aguilar Villanueva, Luis *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa Grupo Editor.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1984). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: INAP.
- Oszlak, O. (2009). Implementación participativa de políticas públicas: aportes a la construcción de un marco analítico. En Belmonte, A. et. al. *Construyendo confianza. Hacia un nuevo vínculo entre Estado y Sociedad Civil. Vol II*. CIPPEC y Subsecretaría para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia. Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación. Bs. As. 2009.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy. Posadas.
- Thwaites Rey, M. (2004). *La autonomía como búsqueda, el estado como contradicción*. Buenos Aires: Prometeo.
- **Fuentes secundarias consultadas**
- Versión Taquigráfica oficial de la Comisión de Salud y Deporte del Honorable Senado de la Nación. 24 de noviembre de 2009 [en línea: 12 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.psicologos.org.ar/docs/VERSI%C3%93N%20TAQUIGR%C3%81FICA%20COMISIONES%2023%2011%202010.pdf>
- Versión Taquigráfica oficial de la Comisión de Salud y Deporte del Honorable Senado de la Nación. 1° de diciembre de 2009 [en línea: 12 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.redsaludmental.org/docs/Plenario%20Comisi%C3%B3n%20Salud%20y%20Deporte%20por%20Ley%20de%20Salud%20Mental%2001-12-09.pdf>
- Versión Taquigráfica oficial de la Comisión de Salud y Deporte del Honorable Senado de la Nación. 19 de octubre de 2010 [en línea: 12 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.redsaludmental.org/docs/Plenario%20Comisi%C3%B3n%20Salud%20y%20Deporte%20por%20Ley%20de%20Salud%20Mental%2019-10-2010.pdf>