

# Consejo Consultivo Honorario

Un actor clave para la implementación de la Ley 26.657

## **Marcela Bottinelli**

Consejera por la Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria Departamento de Salud Comunitaria UNLA. Presidenta del CCHSMYA.

*mmbottinelli@yahoo.com.ar*

## **Silvia Faraone**

Consejera por el Grupo de Estudio de Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

*silfaraone@gmail.com*

## **Melina González Barragán**

Consejera por la Junta Interna de ATE del Ministerio de Salud de la Nación.

*melinabarraganbarragan@gmail.com*

## **Norma Montenegro**

Consejera por la Asociación Civil "Los Abuelos del Francés".

*montenegronorma@yahoo.com.ar*

## **Tatiana Moreno**

Consejera por la Red Experiencia Santa Fe.

*tatianamoreno@hotmail.com.ar*

## **Iris Valles**

Consejera por la Red Experiencia Santa Fe. Vicepresidenta del CCHSMYA.

*irisvalles@hotmail.com*

## **Solana Yoma**

Consejera por el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

*solanayoma@gmail.com*

***Con la participación de las/os consejeras/os que desde las comisiones aportaron activamente a esta publicación.***

## **Resumen**

En este artículo presentamos e historizamos brevemente la trayectoria del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, dependiente de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones. Fue creado en 2014 en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y está integrado por representantes de sectores académicos, organizaciones profesionales y de personas usuarias y familiares, organismos de derechos humanos y sindicatos. Su conformación y la dinámica a través de la cual trabajó en forma continuada, aún en gestiones que intentaron desconocerlo, le permitieron ubicar los problemas existentes en el campo de la salud mental, así como los obstáculos y avances sostenidos. De la misma forma, en la actualidad, se ocupa del impacto de la pandemia y la creación de estrategias innovadoras para responder a las condiciones que requiere la situación, así como la interpelación

sobre el alejamiento del horizonte del cierre de los manicomios, previsto para 2020.

**Palabras claves:** Ley 26.657 - Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones - Derechos Humanos.

**Abstract**

In this article we briefly present the history and trajectory of the Honorary Advisory Council on Mental Health and Addictions, depending on the Inter-ministerial Commission on Mental Health and Addictions Policies. It was created in 2014 within the framework of the National Mental Health Law 26.657 and is made up of representatives of academic sectors, professional organizations, users and families, human rights organizations and labor unions. Its conformation and the dynamics through which it worked continuously, even in efforts that tried to ignore it, allowed it to locate the existing problems

in the field of mental health, as well as the obstacles and sustained advances. In the same way, at present, it deals with the impact of the pandemic and the creation of innovative strategies to respond to the conditions that the situation requires, as well as the question about the distance from the horizon of the planned closure of the asylums by 2020.

**Keywords:** Law 26.657 - Honorary Advisory Council on Mental Health and Addictions - Human Rights.

El Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA), dependiente de la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), fue creado en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 (LNSM), y de acuerdo a lo dispuesto por su Decreto Reglamentario 603/2013. Para lograr una cabal perspectiva de los alcances y actuación del CCHSMYA, resulta pertinente conocer previamente el espíritu de la LNSM y así conocer los detalles de su creación y el alcance de las distintas comisiones que lo componen en la actualidad.

### **La Ley Nacional de Salud Mental y el entramado normativo de derechos**

La LNSM surgió a partir de luchas históricas por la transformación del campo de la salud mental. Como sabemos, las disputas de poder tensionan saberes, prácticas y valores que enmarcan aspectos ontológicos, epistemológicos, teóricos y metodológicos, y en este caso muestran que los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados se entranan histórico-socialmente con sus determinantes y requieren una mirada crítica e integral que deconstruya las discusiones para comprender los sentidos y valoraciones en juego. No obstante, la redacción de la LNSM fue un proceso participativo en el que se involucraron organizaciones sociales y de

derechos humanos, asociaciones profesionales, organizaciones de personas usuarias y familiares, espacios académicos, entre otros.

Su texto se entrama en un marco normativo de leyes ampliatorias de derechos –conocidas muchas de ellas en Argentina como “leyes 26 mil”– y se articula con normas internacionales que, a partir de su inclusión en el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, reconocen a la salud como responsabilidad del Estado. A su vez, se encuentra en sintonía con compromisos internacionalmente asumidos desde la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) hasta la actualidad en materia de salud, salud mental, derechos humanos, discapacidad y derechos de las/os usuarias/os, entre otros. En ellos se incluyen compromisos explícitos sobre las formas de tratamiento, internaciones y trato digno, como los asumidos en la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU, 1991), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), el Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). Del mismo modo, retoma experiencias y antecedentes de transformación en el campo de la salud mental internacionales (como la experiencia italiana) y nacionales (desde el desarrollo

de Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús hasta la actualidad), incluyendo experiencias territoriales como las de ATAM2 y antecedentes legislativos tales como los de la Ley 2440/1991 de Río Negro, la Ley 448/2000 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley 10.772/1991 de Santa Fe.

Entre los ejes centrales de la LNSM se destaca el fuerte posicionamiento hacia los derechos humanos, en los que se reconoce a las personas como sujetos de derechos y se rompe con el sintagma “locura=peligro”, se promueve la desestigmatización, la despenalización, la despatologización y desmedicalización de las diversidades y sufrimientos de la vida cotidiana, incluyendo la problemática de adicciones en el campo de una salud integral. Esto implica garantizar el acceso a la atención y medicación cada vez que sea necesario, con la internación como último recurso, y abordar los cuidados de manera integral, interdisciplinaria, intersectorial y en comunidad. A su vez, se determina la necesidad de que exista información, participación y el consentimiento informado en los procesos de atención, así como la participación social de los diversos actores involucrados en la formulación de los servicios y políticas de salud mental.

En síntesis, la LNSM tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las

personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Incluye por igual a nativos y extranjeros (de acuerdo a lo establecido en el art. 8 de la Ley 25.871/2003) y a las personas con uso problemático de drogas (legales e ilegales), pues las adicciones se consideran parte integrante de las políticas de salud mental. Sostiene además el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios.

### **La construcción del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones como un actor social**

Como vimos, la LNSM promueve explícitamente la implementación de una participación comunitaria, la interdisciplina y la intersectorialidad. El art. 2 de su Decreto Reglamentario determina que se forme un consejo consultivo de carácter honorario con la potestad de presentar proyectos de declaración o resolución, que tenga como objetivos realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones, contemplar las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representa, en el marco de la legislación vigente, y realizar las observaciones que crea per-

tinentes acerca de las políticas que se llevan adelante. El mismo debe conformarse con 30 representantes de organizaciones de usuarios y familiares, sindicatos, organismos de derechos humanos, organizaciones y colegios de profesionales, espacios académicos y redes, garantizando el alcance federal y ajustes razonables en los procedimientos para promover la participación de todas/os. Asimismo, se articuló su implementación en el Plan Nacional de Salud Mental 2013.

A la convocatoria de la CoNISMA para conformar el primer CCHSMYA, de actuación en el período 2014-2018, se postularon más de 40 organizaciones de todo el país. A través de una subcomisión creada ad hoc, se realizó la evaluación de todas ellas considerando criterios como la historia y compromiso de la organización con la temática de la salud mental y los derechos humanos, la calidad de los avales presentados, el nivel de representatividad de la organización, la distribución federal, la antigüedad de la organización, el alcance de sus actividades y el tipo y calidad de actividades desarrolladas.

La convocatoria, los postulantes y la nómina final con los integrantes del CCHSMYA fueron publicados en el *Boletín Oficial de la República Argentina* y se comunicaron a universidades, direcciones provinciales de Salud Mental y demás actores. Finalmente, el 10 de octubre

de 2014 y en el marco del Día Mundial y Nacional de la Salud Mental, asumieron formalmente las/os consejeras/os y se llevó a cabo la primera sesión plenaria.

Desde entonces, la dinámica del CCHSMYA se sostiene a través del trabajo en comisiones y en sesiones plenarios a realizar cada tres meses, donde se deciden todas las acciones del Consejo, o sesiones extraordinarias por motivos especiales o urgentes. Como la normativa lo indica, funciona con un reglamento interno y designa a sus autoridades: presidenta/e, vice-presidenta/e y secretaria/o. En el primer período, la CoNISMA designó un secretario Técnico Administrativo que oficiaba de enlace permanente.

El trabajo en las comisiones se basa en establecer los temas para su desarrollo sobre el que cada una de las organizaciones que la conforman presenta propuestas, sugerencias y demandas a través de sus consejeras/os representantes. En reuniones internas periódicas se generan espacios de discusión sobre las problemáticas específicas, se ordena una agenda interna y se organiza el trabajo a partir de esos ejes. Las propuestas, ya sean para presentar declaraciones, pedidos de informe o recomendaciones, son luego elevadas a las reuniones plenarios del CCHSMYA para su votación y posterior publicación y envío por los canales formales de circulación.

Marcela Bottinelli | Silvia Faraone | Melina González Barragán  
Norma Montenegro | Tatiana Moreno | Iris Valles | Solana Yoma

Las comisiones de trabajo del periodo 2014-2018 fueron: Inclusión social y vida sustentable en la comunidad; Interdisciplina y trabajadores de la salud mental; Salud mental y diversidad; Acceso a la salud; Comunidad, cultura, arte y comunicación. Y algunas de las líneas de trabajo fueron, por ejemplo, aportes al documento “Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar”, para evitar leyes por patologías y a la reglamentación de la Ley 27.043/2014, conocida como “Ley TEA”. Asimismo, se profundizó en el seguimiento de instancias gubernamentales de todo el país de aplicación de la normativa vigente y la aplicación de la LNSM, así como en las recomendaciones a universidades, expresando el repudio a distritos y provincias que vulneran derechos fundamentales. A su vez, se realizó el seguimiento del Estado en procesos de externación e inclusión social en dispositivos sustitutos al manicomio y se impulsó el cumplimiento del art. 7 de la LNSM. Por último, respecto del eje arte, cultura y comunicación, se promovieron diversos proyectos que sitúan al arte y a distintas estrategias de comunicación como pieza clave al interior de procesos de atención en salud mental.

En 2015, con el cambio político del Gobierno Nacional y varios provinciales, se produjo una falta de conti-

nidad evidente en las políticas y un desconocimiento de las acciones previamente realizadas. El Decreto de Necesidad y Urgencia 908/2016 creó la Cobertura Universal de Salud, que operaba fundamentando diferentes corrimientos: de la lógica de derechos garantizados por el Estado a la de financiamiento, coberturas y responsabilidad individual, de la lógica de la salud integral a la de patologías identificables, de la lógica participativa a la de agencias de decisión y control, como la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET). Consecuentemente, se generaron cambios en la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), se cambió por decreto la dependencia de la CoNSIMA desde la Jefatura de Gabinete al Ministerio de Salud, con lo cual se desarticuló y socavó su potencialidad operativa, y se degradó el Ministerio de Salud al rango de Secretaría.

En este marco, las propuestas emergentes sostenían perspectivas teóricas y ontológicas distintas que generaron graves problemas en el proceso de implementación de la LNSM y el marco normativo de derechos, con políticas sociales de retroceso en función de los derechos reconocidos y con fuertes impactos en lo subjetivo, intersubjetivo, individual y social. Los cambios en la conformación y modificación de la dependencia de CoNISMA y la falta de convocatoria al CCHSMYA durante un año y medio,

fueron resistidos con el compromiso de todas/os las/os consejeras/os que continuaron sus funciones honorarias. El CCHSMYA se convirtió en uno de los actores que resistía y difundía los embates a la LNSM y los intentos de derogación de su Decreto Reglamentario.

A partir de la fuerte presión social, se generó un cambio en la DNSMYA; se convocó nuevamente al CCHSMYA y se intentó cubrir las acciones básicas requeridas por la LNSM en lo que quedaba de gestión. En diciembre de 2018 se llamó a una convocatoria para conformar el CCHSMYA 2019-2023. Esta asumió en marzo de 2019<sup>1</sup> y se formaron las siguientes comisiones: Trabajo, trabajadores y formación; Derechos humanos; Estrategias, dispositivos y prácticas; Intersecciones en salud mental.

A partir del cambio político en diciembre de 2019 se realizaron reuniones con las nuevas autoridades donde se reafirmó el compromiso con el cumplimiento de la LNSM y todos sus componentes, incluyendo la adecuación hasta la sustitución definitiva de los monovalentes, la restitución de la CoNISMA y su dependencia en Jefatura de Gabinete, así como el trabajo federal y participativo.

En marzo de 2020, todavía con todas las metas relegadas, el trabajo se vio interceptado por la declaración de la pandemia por la Covid-19, que trastocó todas las

formas de funcionamiento y obligó a formas virtuales de trabajo, al mismo tiempo que necesitó una mayor frecuencia en las reuniones donde la tarea se vinculó mayormente a la urgencia que demandó esa coyuntura, aunque sin dejar de sostener el trabajo por la plena implementación de la LNSM. Así, los integrantes del CCHSMYA transitaron el desafío de aprendizajes tecnológicos, acompañamientos y ajustes a las formas de funcionamiento que respetaran la institucionalidad del organismo, pero a la vez fueran acordes a lo que la situación demandaba, incluyendo un fuerte trabajo en la comunicación, información y formación.

En lo que sigue presentamos una síntesis de las principales líneas de trabajo que sostiene el CCHSMYA desde cada una de las comisiones y los desafíos vigentes en su actual conformación.

### **Comisión “Derechos Humanos”**

Esta Comisión se asume en el marco de la democratización del saber bajo la convicción de que su rol es la profundización de la garantía de los derechos humanos que la LNSM establece. En este marco, consolida el diálogo permanente con organizaciones similares que abordan la problemática de la salud mental.

Marcela Bottinelli | Silvia Faraone | Melina González Barragán  
Norma Montenegro | Tatiana Moreno | Iris Valles | Solana Yoma

Los derechos humanos hacen alusión a la dignidad humana como inherente a su condición, como el bien máximo a garantizar tanto en su reconocimiento, su ejercicio pleno y su reparación, con protección jurídica, en caso de su vulneración. Entonces estamos en condiciones de afirmar que la LNSM es el instrumento por excelencia para la garantía de derechos de las personas con sufrimiento psíquico. Pero también debemos entender esta norma en el marco de la Constitución Nacional (Ley 24.430/1994), el Código Civil y Comercial (Ley 26.994/2014) y otras leyes especiales que se articulan y le dan contenido e incluso profundizan su texto, generando avances sobre algunos de sus aspectos fundamentales. Al respecto y solo para citar un ejemplo, el art. 41 del Código Civil y Comercial establece que “toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones”, con lo cual remite a la LNSM pero también a la Ley de los Derechos del Paciente (Ley 26.529/2009), y a los Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejoría de la atención en Salud Mental (ONU, 1991), ente otros. Además, este artículo, al facilitar un diálogo permanente entre estas normas, establece que la internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede solo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esa sección, lo que constituye un paradigma superior protectorio.

La LNSM se imbrica en toda esta potente estructura normativa y el CCHSMYA, el organismo creado para formular propuestas orientadas a su plena implementación, es el espacio donde trabajar en ese sentido. En este marco, la Comisión acompaña y profundiza estos aspectos y se constituye como responsable del análisis de aquellas situaciones en las cuales los derechos humanos de las/os usuarias/os están en juego. Sus acciones también alcanzan momentos específicos en los que la LNSM marca el rumbo a seguir en cualquier corrección que deba realizarse como respuesta a situaciones críticas como las que nos toca vivir a raíz de la pandemia. Esos ajustes deben ser operativos y con la propuesta de llegar a los fines y objetivos que la norma plantea, sin retroceso alguno respecto de la garantía de los derechos de las/os usuarias/os. En este sentido presta atención más meticulosa a la hora de evitar que se filtren actitudes tutelares, que en nombre del “cuidado” despojan al sujeto de cualquier grado de autonomía posible. Además, las formas de cuidado de las/os usuarias/os deben ser siempre no represivas y no abandonicas.

Con el principio rector de la defensa de los derechos de las/os usuarias/os se ha focalizado la acción de la Comisión en los siguientes temas:

Los riesgos que ha traído la pandemia para todas las personas, pero particularmente para aquellas



que ya estaban en alguna condición de vulnerabilidad psicosocial, obligaron a hacer ajustes en el tratamiento y también a ser precisos y celosos del cuidado de sus derechos humanos. La Comisión abordó esta situación, elevando al plenario la solicitud de informes correspondientes y siempre velando por la garantía de derechos de esta población. Ninguna acción sanitaria puede violar las normas.

Otra profunda preocupación que se viene abordando en la Comisión es la falta y/o mala información que se tiene sobre la LNSM y lo que esto implica. Este desconocimiento llega a las/os profesionales, usuarias/os y a la población general. Basta recordar episodios que se hicieron públicos en los cuales los medios masivos de comunicación realizaron un tratamiento que violó, en todos los casos, una información integral, desde la perspectiva de derecho y perpetuó representaciones negativas y estigmatizantes, de manera contraria a lo propuesto por las guías de tratamiento mediático responsable de la salud mental enmarcadas en la LNSM (INADI, 2011; DNSMyA, 2013; Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual, 2014).

Además, la Comisión tiene una preocupación central por la problemática de los derechos de las/os usuarias/os con

consumo problemático, establecidos en la LNSM por el artículo 4. Entendemos que este campo ha heredado lo peor del campo manicomial. Por un lado, porque las personas con consumo problemático son siempre asociadas a la peligrosidad o la delincuencia y, por otro, por la existencia de ciertas modalidades de abordaje (por ejemplo, algunas comunidades terapéuticas) como nuevas instituciones totales invisibilizadas como tales. Aquí dejamos abierto un debate en torno al Código Penal (Ley 23.737/1989), que penaliza la tenencia de drogas ilícitas para consumo personal con prisión, lo que colisiona con los lineamientos de la LNSM, que reconoce derechos y promueve respuestas innovadoras para esta problemática.

Desde la Comisión, entendemos que la construcción de la LNSM con vistas a garantizar los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento psíquico necesita la construcción de actores capaces de transformar profundamente el campo. Su plena implementación requiere de todas/os nosotras/os, el camino ha comenzado, pero aún falta mucho. Es tarea de todos legitimar y construir un urgente proceso de cambio.

### **Comisión “Dispositivos, estrategias y prácticas”**

El nombre de la comisión remite, en principio, a la categoría “dispositivo”, que no solo hace referencia a

Marcela Bottinelli | Silvia Faraone | Melina González Barragán  
Norma Montenegro | Tatiana Moreno | Iris Valles | Solana Yoma

espacios físicos concretos y equipos de trabajo, sino también a prácticas y estrategias respetuosas de los derechos humanos.

Por esto, se consideró necesario incluir en la agenda de trabajo aquellos aspectos que resultan significativos y urgentes para alcanzar la plena implementación de la LNSM en dispositivos, prácticas y estrategias, y se planteó como objetivo principal el relevar, discutir y proponer acciones en ese sentido. En esto se tienen en cuenta tanto dispositivos, estrategias y prácticas en marcha como las que deberían desarrollarse, en tanto es una forma de poner evidencia la coexistencia de paradigmas en disputa en el campo de la salud mental.

Algunas de las líneas de acción o temas prioritarios se vinculan a: visibilizar experiencias que se llevan adelante conforme el enfoque de la LNSM; promover y acompañar dispositivos, estrategias y prácticas que se encuentran en desarrollo; identificar las situaciones de vulneración de derechos, barreras y obstáculos que se producen en dispositivos existentes de distintas jurisdicciones, lo cual impide el pleno y respetuoso desarrollo de los mismos; realizar declaraciones, pedir informes a las autoridades pertinentes y realizar recomendaciones sobre distintas situaciones trabajadas en la comisión.

Consideramos que constituye un recurso importante hacer visible aquellas experiencias que efectivamente se desarrollan en el marco de la LNSM, y en caso de existir, reconocer las amenazas que sufre su continuidad, así como generar el apoyo a las potencialidades de dispositivos en progreso. Nos referimos a que en ocasiones no se tienen en cuenta o están invisibilizadas experiencias locales, de equipos pequeños o de baja escala, pero que sin embargo tienen carácter instituyente, en tanto inciden en las vidas de las personas con padecimientos psíquicos y las comunidades que tienen la oportunidad de alojar las vicisitudes de sus integrantes en lugar de excluirlas, para abrir paso y consolidar transformaciones.

Debemos considerar que los dispositivos instalan el modo en que se conjugan objetivos y esfuerzos en el campo del accionar en salud mental y, por tanto, promueven y facilitan, o directamente obturan, el horizonte de los derechos; deben ser pensados críticamente en clave de su complejidad en tanto pueden enmascarar prácticas manicomiales por fuera del “manicomio”, por lo que se deben abordar desde una aproximación a los procesos transformadores y desinstitucionalizadores que prioricen los abordajes comunitarios con perspectiva de derechos. Asimismo, disponen formas de ejercer y distribuir el poder: cuando están en orden con la normativa priorizan el progresivo nivel de decisión de

las personas con padecimiento mental sobre sus propias vidas. En ese sentido, sostener y multiplicar políticas de desarrollo y cooperación comunitaria se constituye en una línea fundamental para la implementación de la LNSM.

Ahora bien, los objetivos de esta Comisión, si bien el foco de las actividades llevadas adelante se encuentra dirigido a los dispositivos, estrategias y prácticas, se sostienen en una función más profunda y originaria: alentar la discusión sobre la trama de significados, sentidos y discursos sociales sobre la salud mental. Entendemos que el acople “padecimiento mental y peligrosidad”, sentido históricamente condensado, refuerza prácticas de violación de derechos. Por lo tanto, se torna fundamental sostener acciones que operen directamente para lograr una desarticulación de ese sentido naturalizado, a partir de la implementación de prácticas sustitutivas a la lógica manicomial y respetuosas de derechos.

### **Comisión “Trabajo, trabajadores y formación”**

Esta comisión se conformó partiendo de la premisa de que las/os trabajadoras constituyen un actor necesario en el proceso de discusión, planificación y ejecución de políticas para la plena implementación de la LNSM. Esto, además, teniendo en cuenta que muchas de las aso-

ciaciones y organizaciones de trabajadores de la salud mental han cuestionado y denunciado las condiciones irregulares de contratación, tercerización o subcontratación, y las bajas remuneraciones de las/os trabajadoras, lo que los lleva a buscar múltiples opciones de empleo para poder acceder a un salario digno. En este contexto surge un gran desafío, porque la implementación de la LNSM es impostergable y una deuda de todas/os. Para ello, es necesario reformular lógicas y procesos de trabajo, de organización, de representación y de formación. Pensar lo impensado. La pandemia vino a desnaturalizar y visibilizar prácticas que permanecían ocultas y forzó a construir nuevas formas de organización, partiendo de categorías diferentes. Porque, en definitiva y retomando a Mario Testa, “La ideología se hace evidente en el lugar donde se pone el cuerpo y no exclusivamente en el discurso que se sostiene” (Testa, 1994).

En el excepcional contexto signado por la pandemia, la Comisión logró conciliar espacios de encuentro con las nuevas modalidades de trabajo, a fin de continuar aportando a la implementación de la LNSM. Se realizaron sugerencias a las recomendaciones formuladas por el Ministerio de Salud de Nación y otros organismos que así lo solicitaron en lo que respecta a protocolos y dispositivos para servicios y hospitales de salud mental en concordancia con la reglamentación de la LNSM. Con

el mismo objeto, se avanzó en la producción y comunicación de declaraciones, pedidos de informes y de acciones concretas, debido a las diferentes situaciones que surgieron en un escenario de mucha exigencia y exposición para quienes trabajan en el sector salud. Además, se solicitó la participación de actores institucionales en los comités de crisis y se trabajaron documentos sobre cómo repercuten las condiciones laborales en la salud mental de las/os trabajadoras. Es por ello que la Comisión tiene en agenda dos temas principales.

Uno de los puntos se refiere a pensar la formación, que tiende a estar asociada a capacitaciones puntuales en relación a cuestiones urgentes o de coyuntura, como una dimensión estratégica para la implementación de la LNSM, en el sentido de la construcción de conocimientos y prácticas sobre una agenda de trabajo común con los actores intervinientes. El otro tema se relaciona con la necesidad de contar con información sobre los planes de adecuación y los procesos de trabajo en curso a partir de la incorporación de las organizaciones y representaciones de trabajadoras y personas usuarias a las mesas de discusión y planificación. En este sentido, resulta necesario construir indicadores que permitan realizar un monitoreo y evaluación de la situación en cada una de las jurisdicciones y a su interior. Eso permitirá redactar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental

y Adicciones que consolide la experiencia y proyecte nuevas líneas de acción.

### **Comisión “Intersecciones en Salud Mental”**

Antes de profundizar en los objetivos y tareas que se desarrollan en esta Comisión, resulta preciso explicitar a qué nos referimos cuando hablamos de “interseccionalidad en salud mental”. Diversos autores plantean que esta noción, proveniente del movimiento feminista, implica considerar que las diferentes fuentes estructurales de desigualdad (racial, sexual, de género, etnia, generación, capacidad, clase social) se articulan en la emergencia de modalidades agravadas de exclusión, padecimiento e inequidad (Brah, 2012; Platero Méndez, 2014). A su vez, se sostiene que las diferentes lógicas de poder imperantes, como el manicomio, el patriarcado, el capitalismo, el adultocentrismo, el racismo y el capacitismo, están también entrelazadas. Bajo estos supuestos, consideramos que una verdadera transformación en salud mental implica cuestionar estas lógicas de poder en su conjunto al tiempo que atender y abordar las referidas fuentes estructurales de desigualdad, para poder avanzar en políticas públicas realmente inclusivas de esta diversidad de situaciones y problemáticas. En primer lugar, sostenemos que incorporar una mirada interseccional en las políticas de salud mental supone

problematizar la existencia de un sujeto hegemónico (hombre, blanco, de clase media y mediana edad) y contemplar las particularidades de personas y grupos que se encuentran en situaciones de mayor vulneración y que suelen quedar ausentes de la discusión.

En esa línea, la agenda de trabajo de la Comisión contempla problemáticas sobre infancias y adolescencias, géneros y diversidades, y personas mayores. En el primer caso se vinculan a las situaciones de abuso y maltrato en la niñez; a su medicalización y patologización; a las internaciones de niñas/os y adolescentes por motivos de salud mental, así como al consumo en este grupo poblacional. En lo que respecta a géneros y diversidades, seguimos de cerca y con mucha preocupación la situación de violencia de género en instituciones de salud mental y el agravamiento en las vulneraciones de derechos de las mujeres internadas en los grandes monovalentes, así como el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad psicosocial y el acceso a la salud y a la salud mental de las personas trans. Finalmente, en relación a las personas mayores, nos preocupa la situación de geriatrización, medicalización y maltrato que permea los abordajes en este campo, sumada a la falta de apoyos y de continuidad de cuidados para promover su inclusión activa en la comunidad.

Al mismo tiempo, consideramos que el principal desafío para las políticas públicas radica en trascender los abordajes fragmentados que contemplan cada una de estas problemáticas en sectores o dependencias estatales aisladas, y apostar por diseños institucionales que permitan abordar de manera integral las relaciones recíprocas entre estas diferentes estructuras de desigualdad. A partir de ello, desde la Comisión elaboramos una “Recomendación sobre la conformación y dependencia de la CoNISMA”. En dicho documento reforzamos la importancia de restablecer a la CoNISMA en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros y ampliar su conformación inicial. Así, además de los ministerios previstos por el Decreto 603/13 (Salud, Educación, Trabajo y Desarrollo Social) y de aquellos incluidos como miembros invitados en gestiones anteriores (ministerios de Justicia y Derechos Humanos, Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia [SENAF], Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR], Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [INADI] y Agencia Nacional de Discapacidad [ANDIS]), sugerimos incorporar entre sus integrantes al Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidades, a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancias del Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y al Ins-

tituto Nacional de Asuntos Indígenas, con el objeto de fortalecer el abordaje intersectorial e interseccional en las políticas de salud mental.

Finalmente, desde la Comisión realizamos un esfuerzo constante por incorporar la mirada interseccional en todas las discusiones y producciones del CCHSMYA para avanzar en la plena implementación de la LNSM mediante acciones afirmativas tendientes a garantizar los derechos de todas/os y especialmente de aquellas personas y grupos que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

### **Participación de personas usuarias: relato en primera persona**

Norma Montenegro, representante de la Asociación Civil Los Abuelos del Francés en el CCHSMYA describe brevemente su participación: “Desde que fuimos elegidos para participar trabajamos en forma honoraria y comprometida para hacer efectiva la plena implementación de la LNSM. En el CCHSMYA hacemos declaraciones, recomendaciones, pedidos de informe y revisamos propuestas para dar a conocer todos los temas relacionados con la salud mental, las adicciones y los derechos humanos en usuarias/os, infancias, adolescencias y jóvenes, y también nos propusimos hacer visibles a las personas adultas ma-

yores y veteranos de Malvinas. Como dice la bandera que nos representa como CCHSMYA, creemos que ‘sin salud mental no hay salud’ y que nadie debe vivir en un hospital. Al participar directamente en el CCHSMYA, las/os usuarios/as podemos aportar nuestras experiencias, discutirlos y formar opinión. Personalmente, me ayudó a crecer y a creer que esta es otra forma de ejercer nuestros derechos y de mejorar nuestra calidad de vida”.

### **Reflexiones finales**

A 20 años de la Declaración de Caracas, 10 de la sanción de la LNSM y cinco de la reforma del Código Civil, retomamos la necesidad de ampliar la federalización del proceso de implementación de la LNSM. Al haberse reconocido graves inequidades territoriales, la función de rectoría de la DNSMYA es imprescindible para impulsar las políticas públicas necesarias, junto a una CoNISMA dependiente de la Jefatura de Gabinete y con la integración de nuevas estructuras ministeriales que promuevan y garanticen los derechos, el cuidado integral de la salud/salud mental y la vida digna para todas las personas. A su vez, insistimos en la necesidad de que todas las autoridades y responsables articulen adecuadamente en tiempo y forma sus acciones para garantizar los derechos, evitar la vulneración y revictimización de las personas.

Marcela Bottinelli | Silvia Faraone | Melina González Barragán  
Norma Montenegro | Tatiana Moreno | Iris Valles | Solana Yoma

Como dijimos, la pandemia hizo necesario atender a los problemas actuales de la urgencia, pero también dejó en evidencia todas las deudas históricas impostergables respecto de garantizar los derechos de las personas, que se recrudecen y reeditan en la situación actual. Los datos y los diversos hechos trascendidos muestran que las personas en situación de encierro en diferentes tipos de instituciones (como hospitales de salud mental e instituciones que abordan la problemática de las adicciones, de adultos, niñas/os y adolescentes, así como geriátricos, hogares, instituciones de menores y cárceles) y las personas que sufren diferentes vulnerabilidades (en paradores y barrios sin acceso a condiciones mínimas de vida digna) nos interpelan y muestran en carne viva la necesidad de acciones concretas y articuladas. Estamos frente a una responsabilidad social, profesional y estatal que requiere de toda nuestra atención y cuidado, del es-

fuerzo de toda la comunidad y de cada una/o de las/os involucrada/os, pero es responsabilidad de los diferentes niveles de Estado y sus instituciones implementar y hacer cumplir esos derechos.

Así, el desafío radica en encontrar formas de abordaje de las urgencias sin dejar de sostener y cumplir la LNSM y los marcos normativos de derechos para todas las personas en este contexto particular de emergencia sanitaria. Es imperioso profundizar las articulaciones de actores e instancias en el seguimiento de lo que se está realizando y respecto a las condiciones de ejercicio de los derechos; firmes en la consideración de que la implementación de la LNSM debe garantizarse y es nuestro compromiso defenderla, por la dignidad de todas/os y la salud de usuarias/os y trabajadoras/os. En este contexto el CCHSMYA se consolida como un actor clave.



## Referencias Bibliográficas

**Brah, A.** (2012). "Pensando en y a través de la interseccionalidad", en *La Interseccionalidad en debate. Actas del Congreso Internacional "Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior"*. Berlín: Lateinamerika-Institut der Freien Universität. Disponible en: <https://bit.ly/3kLluOe>

**Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual** (2014). *Guía para el tratamiento mediático responsable de la salud mental*. Buenos Aires: Eudeba.

**Decreto 603/13.** Reglamentación de la Ley de Salud Mental 26.657. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-215485/texto>

**DNSMyA** (2013). *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios de comunicación*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

**INADI** (2011). *Buenas prácticas en la comunicación pública*. Informes INADI: Salud Mental. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo.

**Ley 448/2000.** Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en <https://bit.ly/2ZQxpUk>

**Ley 2440/1991.** Ley de Salud Mental de Río Negro. Disponible en <https://bit.ly/2zzfPK4>

**Ley 10.772/1991.** Ley de Salud Mental de Santa Fe. Disponible en <https://bit.ly/3gx2cLU>

**Ley N° 23.737/1989.** Código Penal. Disponible en <https://bit.ly/3efQILT>

**Ley 24.430/1994.** Constitución Nacional. Disponible en <https://bit.ly/2HNU0ds>

**Ley 25.871/2003.** Política Migratoria Argentina. Disponible en <https://bit.ly/3kOmF0k>

**Ley 26.529/2009.** Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en <https://bit.ly/3kOtUFQ>

**Ley 26.657/2010.** Ley Nacional de Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/2XL2V3k>

**Ley 26.994/2014.** Código Civil y Comercial. Disponible en <https://bit.ly/3jNXN7E>



**Ley 27.043/2014.** Abordaje integral e interdisciplinario de las personas que presentan Trastornos del Espectro Autista (TEA). Disponible en <https://bit.ly/3kNI4YD>

**ONU (1991).** *Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejoría de la atención en Salud Mental.* Disponible <https://bit.ly/2Gf47r8>

**ONU (2006).** *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Disponible en <https://bit.ly/3jIEbSA>

**OPS/OMS (1978).** *Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* Disponible en <https://bit.ly/3ed4ZJq>

**OPS/OMS (1990).** *Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud.* Disponible en <https://bit.ly/3gDqmEm>

**OPS/OMS (2005).** *Principios Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia).* Disponible en <https://bit.ly/3ewfma5>

**OPS/OMS (2010).** *Consenso de Panamá.* Disponible en <https://bit.ly/3ekrRGX>

**Platero Méndez, R. (2014).** “Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad”, en *Quaderns de psicologia*, vol. 16 (1), 55-72.

**Testa, M. (1994).** “Dimensión social del cuerpo”. Viedma, Primera Conferencia Nacional de Salud Mental.

## Notas

1 Las organizaciones que actualmente conforman el CCHSMYA son: Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús; Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA); Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA; Red Experiencia Santa Fe; Cátedras de Salud Pública y Salud Mental I y II, Facultad de Psicología, UBA; Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA); Asociación Psicoanalítica Argentina (APA); Forum Infancias; Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires; Sociedad Argentina para el Estudio de los Consumos Problemáticos de Sustancias; Asociación Argentina de Salud Mental (AASM); Federación de Centros Barriales de la Familia Grande Hogar de Cristo; Asociación de Reducción de Daños de la República Argentina (ARDA); Asociación Civil Intercambios; Conferencia Basaglia Argentina; Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM); Red Estratégica para el Desarrollo Social (REDES); Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba; Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la CABA (ATOGBA); Asociación de Psicólogos del Gobierno de la CABA; Asociación de Profesionales de Servicio Social del Gobierno de la CABA; Unión de Personal Civil de la Nación; Junta Interna de Delegados y Delegadas de ATE; Asociación Médicos de la República Argentina (AMRA); Asociación Manos Abiertas y Solidarias (AMAS); Asociación Civil Los Abuelos del Francés; Confluir, Usuarios en Acción por el Derecho a la Salud Mental; Cooperativa de Trabajo La Huella; Asociación Argentina de Padres de Autistas (APADEA).