

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Moreno M, Cerchiaro S, Dovgan N y col.  
Experiencias de gestión e intervención  
en salud mental desde la Ley de Salud  
Mental 26.657, Programa de Salud  
Mental del Municipio de San Martín,  
Gran Buenos Aires, Argentina, 2021.

Rev Arg Med 2021;9(3):166-173

ARK CAICYT: [http://id.caicyt.gov.ar/  
ark:/s26184311/w5bp841sk](http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/w5bp841sk)

Recibido: 30 de julio de 2021.

Aceptado: 20 de agosto de 2021.

<sup>1</sup> Médica.

<sup>2</sup> Licenciada.

# EXPERIENCIAS DE GESTIÓN E INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL DESDE LA LEY DE SALUD MENTAL 26.657, PROGRAMA DE SALUD MENTAL DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2021

## MANAGEMENT AND INTERVENTION EXPERIENCES IN MENTAL HEALTH UNDER THE MENTAL HEALTH LAW 26.657, MENTAL HEALTH PROGRAM OF THE MUNICIPALITY OF SAN MARTÍN, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2021

Mariana Moreno,<sup>1</sup> Sandra Cerchiaro,<sup>2</sup> Nadia Dovgan,<sup>2</sup> Florencia Díaz Arana<sup>2</sup>

### RESUMEN

En este trabajo se retoman algunas reflexiones en torno a la implementación de la Ley 26.657 en Argentina. En segundo lugar, se profundiza en la articulación entre la política de atención primaria de la salud (APS) y las políticas en salud mental. Por último, se describe la experiencia de trabajo desde el Programa de Salud Mental del Municipio de San Martín, ubicado en el suburbano bonaerense, en Argentina. La descripción incluye la metodología de trabajo en dicho programa, cuyo propósito es ampliar la cobertura de las prácticas de cuidado en el territorio, con fuerte presencia de equipos de primer nivel de atención y con la perspectiva de la clínica ampliada, además de la salud colectiva.

**PALABRAS CLAVE.** Políticas en salud mental, gestión en salud mental, atención primaria de la salud, salud colectiva, Ley de Salud Mental 26.657.

### ABSTRACT

*This paper presents some reflections on the implementation of Law 26,657 in Argentina. Secondly, it delves into the articulation between the primary health care (PHC) policy and the mental health policies. Finally, it describes the work experience in the Mental Health Program of the city of San Martín, province of Buenos Aires. The methodology in mental health policies is described, along with their purpose to expand the coverage of care practices in the field, with a strong presence of first-level care teams and with the goal of expanding the public scope of clinical medicine, and collective health.*

**KEY WORDS.** Mental health policies, mental health management, primary health care, collective health, Mental Health Law 26,657.

Las autoras manifiestan no poseer conflictos de intereses.

### AUTORA PARA CORRESPONDENCIA

Florencia Díaz Arana. Correo electrónico:  
[fdiazarana@gmail.com](mailto:fdiazarana@gmail.com)

## Introducción

*Si la cuestión de salud mental queda subsumida a debatir la situación de los manicomios, diversas cuestiones quedan eludidas.*

*(Alejandro Vainer. La salud mental en Argentina, Memorias y luchas)*

El interrogante más crucial desde la sanción de la Ley de Salud Mental 26.657 (LSM) en la Argentina se planteó por los obstáculos para su implementación. ¿Cuáles son las causas de que sigan existiendo hospitales psiquiátricos monovalentes en muchas provincias once años después de la ley? ¿Cómo pensar el desarrollo desigual de políticas en materia de reforma psiquiátrica e inclusión social en el territorio argentino? ¿Cómo se reproducen las prácticas manicomiales en las instituciones de salud? ¿Cuál es el rol del primer nivel de atención en este proceso de transformación y cómo pensar sus alcances desde el paradigma de la salud colectiva? ¿Cuál es el rol de la comunidad en la reproducción de estas prácticas? El presente trabajo intenta abordar algunas de estas preguntas, con la inclusión de elementos conceptuales y metodológicos desde el paradigma de la complejidad, la epidemiología y la salud pública.

En primer lugar, problematizamos la idea de que la ley por sí sola puede derribar los muros del encierro y de la exclusión para los sujetos con padecimiento psíquico severo. Siguiendo a Cohen y Natella (1), sostenemos que la legislación en el campo de la salud mental puede funcionar o bien como disparador de procesos de reforma o como la consecuencia y punto de llegada luego de la instalación de prácticas innovadoras, pero nunca por sí sola produce los cambios esperados<sup>1</sup>. Es decir, que aparecen por momentos en nuestro medio “expectativas exageradas” puestas en la ley y en su implementación. Debemos pensar de manera contextualizada, sistémica e integral las políticas públicas en salud mental y el proceso de salud, enfermedad y atención de cada región.

## La reforma psiquiátrica en Argentina hoy

Ya ha sido ampliamente documentado y transmitido cómo fue el proceso de escritura, debate y sanción de la Ley 26.657 (3). También se publicaron numerosos escritos

desde espacios académicos, institucionales, hospitalarios y gubernamentales en torno a los avances y retrocesos que hubo en torno a la ley en estos once años. No es el fin de este apartado realizar un exhaustivo análisis de las investigaciones y publicaciones efectuadas hasta el momento.

En líneas generales, podríamos situar avances y resultados desiguales en diversos territorios de nuestro país, dado que coexisten el modelo manicomial con experiencias de reforma. Según el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) de 2007, titulado *Vidas arrasadas*, en ese momento se registraban en la Argentina 25.000 personas con problemáticas de salud mental alojadas en internaciones prolongadas (4). En el informe ejecutivo de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación de agosto de 2019 se indicó que la cantidad de personas internadas había bajado a 12.035 (5). ¿Cuál fue entonces el rol de la LSM para pensar en este proceso? Podríamos pensar, como sitúa Rossetto que *“la ley vino a ocupar un lugar dejado vacante por el Poder Ejecutivo”* (6). El autor hace alusión a la dificultad en la implementación de una política de salud mental rectora y sostenida que mostraron los sucesivos gobiernos democráticos desde 1984, por parte de autoridades sanitarias de todos los estamentos (nacionales, provinciales y municipales). Antes de la ley de 2010, solamente dos provincias habían cerrado los neuropsiquiátricos: San Luis y Río Negro.

Caben destacar otros avances como la creación del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental en octubre de 2014, como lo estipula la LSM. El mismo nuclea más de treinta organizaciones de la sociedad civil: sindicatos, asociaciones de profesionales, de derechos humanos, de usuarios y familiares, además de espacios académicos; en un espacio de participación directa para debatir políticas públicas orientadas a la inclusión social. Podemos situar que tanto el consejo como las asociaciones de usuarios han sido y son fundamentales para la puesta en agenda pública de la defensa de la ley, frente a diversos atropellos de la misma sucedidos a lo largo de estos once años. También vale la pena destacar la creación del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental, cuyo fin es la organización de un sistema o mecanismo específico de control de derechos<sup>2</sup> (7). Ya más de la mitad de las provincias cuenta con un órgano de revisión provincial, habiéndose conformado una Red Nacional de Órganos de Revisión<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Incluso hay países o regiones que sin legislación han avanzado de manera sostenida en procesos de reforma psiquiátrica y de ampliación de derechos a sujetos con trastornos psíquicos graves; por ejemplo, en algunas regiones de España (2).

<sup>2</sup> Se denominan “órganos específicos” de control o supervisión a los órganos creados, en particular, para supervisar o vigilar un concreto tipo de derecho o de violación de derechos humanos. Esto surge como recomendación de la Comisión Interamericana de DD.HH. sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. La jerarquía constitucional otorgada a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, celebrada en 2014, fue un paso adelante para promover el goce pleno de los derechos humanos de este colectivo (8).

<sup>3</sup> Para más información, consultar: <https://rednacionalor.wordpress.com/>

En cuanto a los puntos que todavía no han sido claramente abordados y gestionados según lo estipulado por la LSM, cabe citar el artículo 32 sobre el incremento presupuestario para salud mental, que debería llegar al 10% del presupuesto total de salud dentro de las políticas de Estado. No se cuentan con datos de cada provincia en Argentina, ni con datos del Ministerio de Salud de la Nación. Según el CELS, sí se cuenta con información sobre la partida presupuestaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí, el 80% de los fondos que se asignan a la atención en salud mental han sido históricamente destinados al financiamiento de los cuatro hospitales neuropsiquiátricos de la ciudad y menos del 20%, a dispositivos ambulatorios y programas orientados a la inserción comunitaria de las personas con discapacidad psicosocial (9).

El último punto a destacar entre aquellos con desarrollo escaso se relaciona con los datos epidemiológicos de la población general. De acuerdo con los sucesivos estudios internacionales, por ejemplo los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el principal factor de carga de enfermedad (es la sumatoria de la mortalidad más la morbilidad) lo constituyen los trastornos mentales severos, y el segundo grupo, las lesiones que incluyen el suicidio, el homicidio, los accidentes, la violencia auto y heteroagresiva. A eso se le suma que en América Latina y en otros países “subdesarrollados”, entre el 75% y el 85% de las personas no acceden a tratamiento alguno de salud mental (10). Todavía no se cuenta con información fidedigna en torno a la denominada “brecha terapéutica”, que consiste en medir la diferencia entre la prevalencia de padecimiento severo en la población y la demanda efectiva en los servicios de salud (11). En esta línea, no podemos dejar de señalar que la LSM no hace alusión directa al aumento, en las últimas décadas, de la prevalencia de padecimientos subjetivos severos y a su impacto en las comunidades, aunque podríamos inferir que la supone a partir de proponer el incremento presupuestario citado en el párrafo anterior.

Gerlero, luego de varias investigaciones en Argentina sobre programas de salud mental, asevera que *“la epidemiología en salud mental continúa siendo un punto débil en el marco de la salud pública”* (12). Se dispone de poca información epidemiológica en salud mental; además se halla fragmentada entre niveles y perfiles de las instituciones y no permite visibilizar cuáles son los problemas de salud mental prioritarios de las diversas poblaciones (13). Consideramos que esta mirada epidemiológica y poblacional contribuiría de

manera muy contundente a la planificación de las estrategias de cuidado y al fortalecimiento de la red de servicios aún faltante en los territorios.

## Las políticas públicas de salud mental: el rol del primer nivel de atención

En la línea de los aspectos poco explorados en torno a la implementación de la LSM, podemos situar la relación entre la atención en salud mental y el paradigma de la atención primaria de la salud (APS). Este es citado en el artículo 9 de la LSM que propone al proceso de atención en salud mental “basado en los principios de la APS”; lo cual responde a que el proceso de la APS es solidario con el proceso de construcción del campo de la salud mental, pese a sus orígenes diversos (14,15).

Está ampliamente reconocido desde la salud pública que la implementación de la estrategia de APS en el mundo ha producido grandes mejoras en los indicadores de salud colectiva y amplió los estrechos márgenes de la medicina hospitalocéntrica (16). A 40 años de la propuesta de Alma Ata, se replanteó la estrategia de la APS a la luz del pasaje de las enfermedades infectocontagiosas a la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles (17). Ya no se considera al primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud, sino que se vienen aportando herramientas metodológicas que permiten la planificación en prácticas de cuidado de largo plazo para los equipos de microgestión, donde se plantean estrategias, por ejemplo, de turnos protegidos, nominalización de población a cargo, georreferencia y abordaje integral de problemáticas complejas.

Podemos decir que las prácticas basadas en la integralidad de la vida de los sujetos y las prácticas de cuidado de largo plazo pertenecen a las huestes de la APS. La imagen estática y detenida en el tiempo de que en el centro de salud se trabaja en prevención y promoción de salud solamente nada tiene que ver con las complejas demandas que se resuelven en ese nivel<sup>4</sup>.

La Dirección Nacional de Salud Mental en su documento de 2019, *Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención*, ha propuesto el desarrollo y fortalecimiento de una red integrada de salud mental con base en la comunidad, con eje en los servicios de salud general y con articulación intersectorial<sup>5</sup> (18).

<sup>4</sup> Cabe destacar, por ejemplo, la envergadura del programa Redes, que durante la última década ha recibido fondos de organismos internacionales para el trabajo en ECNT con fortalecimiento en primer nivel y con la implementación del modelo MAPEC, que contempla desde asistencia tecnológica para asignación de turnos informatizados, hasta el fortalecimiento de recursos familiares y comunitarios. Salud mental ha quedado excluida de este programa pese a participar de las ECNT.

<sup>5</sup> Este modelo de atención involucra a los tres subsectores del sistema de salud y requiere el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención; servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación); centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche; diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Este modelo propone que el primer nivel adquiera protagonismo dentro de la red, aunque su rol no sea necesariamente el de gestionar todos los dispositivos comunitarios. Por ejemplo, el complejo sistema de economía social y los dispositivos habitacionales que generalmente no son provistos por los ministerios de salud. Es decir que el problema sin resolución en las políticas en salud mental tiene que ver con el aspecto intersectorial de las mismas. ¿Cómo se coordina y articula esta red, sin olvidar la fragmentación que existe en nuestro sistema de salud? Pese a no contar aún con respuestas claras, el primer nivel de atención podría constituirse como articulador y como nuevo centro neurálgico del sistema de salud mental para que esta quede definitivamente integrada como política de salud integral<sup>6</sup>.

Aun en nuestro país, eso requiere una amplia reconversión de los recursos humanos en salud, ya que el primer nivel clásicamente se ha centrado en enfoques de salud materno-infantil, medicina general, pediatría, vacunación, etc., siendo que los temas asociados específicamente al padecimiento mental grave no han sido abordados en profundidad (19). Es decir, pese a los avances y las propuestas innovadoras en torno al rol del primer nivel de atención, encontramos un importante obstáculo para la descentralización de los servicios de salud mental. Ese obstáculo consiste en el prejuicio y la discriminación que todavía pesa sobre las personas con padecimiento psíquico grave, incluso entre los equipos de salud del primer nivel, que muchas veces plantean *“si es grave, acá no se puede atender”* o *“si consume tiene que ir a pedir internación la familia, etc.”* (14). Ese tipo de representaciones y otras que consideran que *“lo complejo es para el segundo y tercer nivel de atención”* prevalecen aún hoy en muchos de los centros de atención primaria (20).

## Experiencias en un equipo de gestión

Quisiéramos transmitir en este escrito la experiencia de un equipo de gestión municipal ubicado en el conurbano bonaerense; específicamente, en el municipio de San Martín. En el partido habitan aproximadamente 500.000 personas, y se calcula que existen más de 100 asentamientos o barrios en condiciones de extrema pobreza con necesidades básicas insatisfechas<sup>7</sup>. En este territorio coexisten efectores provinciales de salud: dos hospitales generales de agudos denominados el Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón

y el Hospital Zonal General Manuel Belgrano, además de un centro provincial de adicciones. Por otro lado, el Municipio de San Martín cuenta con diecinueve centros de atención primaria de salud, dos hospitales locales, un centro de rehabilitación psicofísica, el Centro de Salud Mental Pichon-Rivière, y el Hospital General Diego Thompson.

Cabe destacar que desde la creación del Programa de Salud Mental, en 2014, dependiente de la Secretaría de Salud del municipio, se está trabajando en la gestión de las políticas de salud mental en el territorio, con ejes rectores que son la intersectorialidad, la interdisciplinariedad, el enfoque de los derechos y la salud colectiva. El programa fue creciendo a lo largo del tiempo y se constituyó como un equipo interdisciplinario<sup>8</sup>.

Se conformaron distintas líneas de trabajo: red de juegotecas en salud, participación en mesas intersectoriales de trabajo sobre temas tales como consumos problemáticos, género, infancias y adolescencias, y diversidad, entre otras. A la vez, se articula con otros efectores provinciales, nacionales, municipales, etc., y se llevan a cabo capacitaciones, jornadas de sensibilización y supervisiones sobre diversos campos de la salud mental, entre otras actividades. La Secretaría de Salud implementó un sistema de turnos informático que funciona además como base de datos de los usuarios y a través del cual se puede realizar un análisis del recorrido realizado por los mismos dentro del sistema de salud del municipio.

Durante la pandemia de covid-19, se acompañó en el cuidado de la salud mental a los equipos de salud mediante talleres virtuales y presenciales, además de espacios individuales.

Por otra parte, el contexto de pandemia posibilitó la participación de un proyecto de investigación sobre los efectos de la pandemia en los trabajadores, llevado a cabo junto a universidades, otras regiones sanitarias y otras provincias<sup>9</sup>. En el siguiente apartado, se realizará un recorte de la manera en que el equipo de la gestión está trabajando con población con padecimiento psíquico severo y se relacionará con el espíritu de la LSM.

En primer lugar, cabe destacar que desde la creación del Programa de Salud Mental en 2014, fueron incrementándose sistemáticamente los pedidos de familiares o vecinos hechos a través de oficios judiciales para intentar resolver situaciones de mucha complejidad o urgencia de usuarios del sistema de Salud Mental. Tanto los jueces de familia de

<sup>6</sup> Además así no se reproduce de manera fragmentada nuevamente un “primer nivel” de salud mental separado de un primer nivel de salud integral, como sucede, por ejemplo, en Brasil.

<sup>7</sup> Datos extraídos de la Secretaría de Salud de San Martín sobre la base del último censo nacional de 2010.

<sup>8</sup> Directora Mariana Moreno, psiquiatra infanto-juvenil; Lic. Sandra Cerchiaro, psicóloga; Lic. Nadia Dovgan, trabajadora social; Lic. Florencia Díaz Arana, psicóloga, y Graciela Giovannini, operadora territorial.

<sup>9</sup> Se trata de la encuesta HÉROES, de la investigación *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud. Estudio internacional multicéntrico*, auspiciada por la OMS/OPS, con participación de investigadores de cinco universidades del país, nucleadas en la Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC). En el transcurso de la investigación, se sumaron instituciones sanitarias y nuevas provincias.

primera instancia como los defensores oficiales son quienes tienen la potestad de requerir la evaluación de riesgo cierto e inminente de las personas, según la LSM, por un equipo interdisciplinario de salud mental, además de habilitar el uso del sistema de emergencias médicas (ambulancias) como también, y sólo de ser necesario, solicitar el apoyo de las fuerzas de seguridad. El oficio se instrumenta o solicita por los requirentes como “última instancia”, después de un derrotero de circuitos y de intervenciones fragmentadas, y habilita un traslado forzoso a la guardia o internación en salud mental por la instancia judicial.

Desde el programa, se viene resolviendo cada oficio judicial (que es un instrumento legal y al que es obligatorio responder) de manera que sea una oportunidad de reflexión sobre las condiciones de cada caso y del sujeto en particular. Generalmente las intervenciones comienzan con un llamado telefónico al referente que solicita el mismo. Durante el llamado, se intenta recuperar la historia, el contexto, la trayectoria, las intervenciones realizadas, el barrio, los recursos existentes y las condiciones que posibilitarían la intervención de manera integral y sostenida, con el fortalecimiento de las redes existentes. Se intenta instalar y redireccionar el pedido, no desde lo médico-legal sino desde una lógica de cuidados.

Siguiendo a De Souza Campos, apostamos a una intervención clínica ampliada y reformulada: *“El objeto de la clínica del sujeto incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto”* (21).

Esta metodología de trabajo implica la activación de una red de servicios y recursos posibles para la resolución de los casos que se presentan. Es decir que cada oficio se va transformando en una oportunidad para ese sujeto que comienza a ser abordado por diversos efectores, instituciones, miembros de la comunidad y familiares. Continuando con la idea de De Souza, trabajamos como un equipo de soporte matricial ya que propiciamos el intercambio horizontal y la toma de decisiones y planificación colectiva de la intervención en cada situación (22).

De esta manera, desde el Programa de Salud Mental se apuesta con fuerza a la apertura del primer nivel de atención de las problemáticas de salud mental en los territorios. Por eso, se trabaja en los centros de salud tanto en la sensibilización como en el acompañamiento de los equipos psicosociales a fin de mejorar la calidad de atención y la accesibilidad de los sujetos con trastornos mentales graves. Por ejemplo, al inicio de la gestión era impensado que un equipo psicosocial de un centro de salud realizara una visita domiciliar a una familia por algún tema de salud mental. Hoy esta práctica ya está extendida, aunque con resistencias en algunos casos<sup>10</sup>. También hemos observado que los

muros de los manicomios no son necesarios para que los sujetos con padecimiento psíquico estén marginados y con escaso acceso real a sus derechos de ciudadanía. Hemos conocido situaciones de vulneraciones graves de derechos, aun en casos en los cuales el sujeto está en su casa, sin haber pisado jamás un hospital neuropsiquiátrico.

El equipo interdisciplinario del Programa de Salud Mental hace un tiempo que plantea la hipótesis de que se modifican las prácticas manicomiales cuando se coloca el acento en el acompañamiento y la planificación de estrategias de abordaje en situaciones complejas para personas con padecimiento psíquico severo, con los recursos existentes en el territorio, junto al equipo ampliado del primer nivel.

Antes de la pandemia, se realizó un pequeño recorte de los oficios recibidos en el lapso de diciembre de 2018 a diciembre de 2019 para su análisis. El número total de los oficios recibidos fue de 69. El porcentaje de varones fue del 75,4% y de mujeres, 24,6%, con una media de edad de 32 años. Un 7,2% corresponde a adolescentes menores de 18 años. Con respecto a las evaluaciones solicitadas, sólo se llevaron a cabo por guardia un total de 32, de las cuales un 71,8% se realizó por la guardia del Hospital Municipal Diego Thompson y un 28,2% se realizó en otros hospitales de referencia. Es decir, el resto de los oficios no requirió el traslado en ambulancia de manera forzada, sino que esas situaciones se pudieron trabajar en red con el centro de salud como centro rector. En cuanto a los diagnósticos, el 52,5% corresponde a consumos problemáticos, seguido por un 23,7% de trastornos psicóticos, el 13,5% corresponde a trastornos duales, y el 10,2% a violencia. Cabe destacar que de la totalidad de usuarios abordados a partir de oficios, pudo lograrse que la mitad tenga seguimiento por parte del equipo del centro de salud.

Daremos solamente tres ejemplos de los tantos trabajados a lo largo de estos años, como ilustración de la metodología de trabajo.

**El señor R.** La vía de entrada al caso fue un oficio judicial que llegó al Programa de Salud Mental. R, de 64 años, diabético y con una amputación, vivía en situación de calle. Dormía en la puerta de entrada de la casa de su ex pareja. Presentaba ideación delirante y episodios de maltrato hacia su familia. La demanda de la familia, en un clima de agotamiento, era que “se interne”. Se decidió trabajar la situación desde el centro de salud más cercano, con información y acompañamiento a la familia, a los hijos, y se apostó a que ellos pudieran pensar en otros recursos posibles para R. Se convocó al área de desarrollo social del municipio y se le dio la palabra a R. Se puso una pausa para pensar en vez de imponer una internación rápida y compulsiva. Se logró escuchar el padecimiento de R asociado a “no poder ver”,

<sup>10</sup> Muchas veces nos preguntamos ¿qué diferencia existe entre la búsqueda activa de sujetos con diabetes o hipertensión en sus domicilios y la búsqueda activa de sujetos con padecimiento psíquico severo que también han dejado el tratamiento?

por lo que se le consiguieron anteojos. R aceptó comenzar con tratamiento psiquiátrico y después de varios meses de intervención, se empezó a planificar su mudanza a un hogar convivencial dependiente de la provincia de Buenos Aires, donde pudiera vivir en condiciones dignas.

**Juan.** Se recibió un oficio para la evaluación interdisciplinaria de Juan, de 23 años. A su vez, su madre se presentó en la oficina del Programa de Salud Mental para pedir ayuda, con el argumento de que ni ella ni su familia podían sostener más las situaciones que vivían con su hijo, como reiteradas evaluaciones por guardia y derivaciones a hospitales neuropsiquiátricos, de donde Juan se escapaba, volvía a su casa, consumía sustancias y se ponía agresivo con la familia. Su diagnóstico: esquizofrenia y consumo problemático de sustancias.

Desde el programa se estableció una escucha activa a esta madre, que decía no saber cómo ayudar a su hijo, que no contaba más que con sus padres, convivientes en la misma casa. La pareja de la madre y sus otros hijos “no querían saber nada más”. Se acordó con ella que esa internación que demandaba fuera en un lugar más cercano (ya que las otras veces había sido muy lejos de su casa), para que Juan recibiera una atención acorde a su trastorno y ella pudiera visitarlo sin abandonar sus otras actividades.

Intervino el equipo psicosocial del centro de salud de referencia, que la citó para alojar esa angustia y construir una demanda propia. Asimismo se la ayudó a tramitar la documentación necesaria para acceder a los derechos que “las urgencias” no le habían permitido, como su certificado de discapacidad y la adherencia a una obra social.

En ese tiempo se logró una internación para Juan en un hospital de tercer nivel en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, vecina a San Martín. En un principio, se entabló un diálogo con el equipo de guardia y, en esas entradas y salidas de Juan, se logró, con la participación activa de su madre y de su hermana, una internación más duradera. Desde el primer momento, el equipo tratante se dispuso a pensar estrategias conjuntas para seguir el proceso de atención y cuidado en dispositivos del territorio de San Martín luego del alta, con respeto por los tiempos que Juan y su familia requerían.

**Jeannette.** Una niña de 6 años sobre la que pesaba una grave vulneración de derechos hacia ella y sus tres hermanitos menores. Vivía en un hogar de tránsito y comenzó a concurrir a una juegoteca de un centro de salud en el territorio del municipio. Después de que la niña hubiera intentado varias veces subir al techo para tirarse, el equipo de coordinación de la juegoteca (conformado por una psicóloga, una promotora de salud, una psicopedagoga y distintos rotantes de residencia de psicología), en vez de simplemente derivar a la niña al hospital dada la gravedad de la situación, decidió involucrarse. Supervisaron el caso y convocaron a más de seis instituciones presentes en la vida de Jeannette para trabajar en la pregunta: ¿qué le está pasando a esta niña?, ¿qué está queriendo decir a través de sus conductas? Tras

varias reuniones ampliadas entre directivos y cuidadores del hogar, el equipo de la juegoteca, los profesionales de salud mental tratantes, el servicio local y la escuela a la que asistía la niña, se logró construir una estrategia consensuada que consistió en presentarle escritos e insistirle al juez de la causa en que la niña estaba pidiendo una familia para ella y sus hermanos. Es decir que el armado de esta red permitió darle voz a Jeannette frente a la instancia judicial. Se logró acelerar la adoptabilidad de la niña y de sus hermanitos gracias al trabajo de la red. Más aún, se pudo hacer una lectura contextualizada y situada del problema de Jeannette y no solamente derivaciones basadas en la búsqueda de diagnósticos psicopatológicos. Sostenemos junto al autor Ubieto que la red es el tratamiento (23).

En línea con lo mencionado, retomamos el pensamiento de Emerson Mery, que plantea que es posible definir los diferentes actos en salud y la *dimensión cuidadora* como un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización (24). Toda la perspectiva de las tecnologías blandas para la salud mental cobran importancia, ya que son recursos relacionales, intersubjetivos y contextualizados que nos permiten intervenir sobre las complejas realidades de los usuarios con trastorno mental. Desde el Programa de Salud Mental apostamos a que cada llamado, cada demanda de atención, cada oficio judicial y cada derivación se trabaje con la lógica de la continuidad de cuidados; aquí es donde cobra protagonismo la construcción de una red de servicios en salud mental que va cambiando y tomando la forma de las complejidades que se presentan. Esto nos hace conscientes de que se requiere la inclusión de más dispositivos de acompañamiento para dar respuestas complejas. En un sentido amplio, es necesario el acompañamiento y la apuesta a dispositivos para familiares con grupos de apoyo, asociaciones y movimientos participativos que permitan desarticular el frecuente pedido de internación forzosa. Por ello ha sido muy importante el aprendizaje como equipo a partir del trabajo con familiares y vecinos de personas con sufrimiento psíquico. Citamos a Menéndez, que nos dice sobre la familia: “*se trata de una institución sobre la que repercuten directamente las consecuencias de las crisis socioeconómicas y las políticas de ajuste, y constituye la unidad donde se crean, organizan y/o articulan las principales redes sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención...*” (25).

Con esas miradas y apuestas, trabajamos cada día como un equipo matricial para contribuir a la construcción colectiva de un sistema de salud mental integral que sea inclusivo, con perspectiva de derechos y de género.

## Conclusiones

Volviendo a las preguntas iniciales sobre los motivos por los que todavía existen los dispositivos manicomiales, podríamos intentar reflexionar que una de las causas tiene que

ver con la deuda que tiene el sistema sanitario en repensar el rol del primer nivel de atención en relación con la salud mental. El objetivo del presente escrito fue poner bajo la lupa la importancia del primer nivel de atención pese a lo degradada que está la “práctica comunitaria” en el sistema de salud. Para ampliar la cobertura de acompañamiento y las prácticas de cuidado en los territorios, es en el primer nivel de atención donde pueden trabajarse las estrategias de cuidados en la comunidad, mediante la articulación con los recursos existentes de manera integral. Los tres ejemplos citados dan cuenta de la necesidad y la importancia de los equipos psicosociales en el primer nivel de atención.

A la vez, consideramos que es urgente realizar el proceso de revisión de programas de grado y pregrado para poder contar con equipos de salud protagonistas de la transformación del campo de la salud mental y para que, cuando se tomen cargos de gestión, el eje sea la mirada epidemiológica y la perspectiva de los derechos humanos.

Según Hugo Cohen: “*el principal problema no es la internación de una persona por una crisis durante diez días,*

*sino su permanencia, de manera digna en su cotidianidad los 355 días restantes*” (26). El desafío sigue estando en la apertura y planificación de prácticas interinstitucionales nuevas y centradas en la vida cotidiana de los sujetos con padecimiento psíquico severo. Es decir, la comunidad como escenario de prácticas de salud y salud mental podría representarse como una red de vínculos en tensión, entramado construido (desgarrado) socio-históricamente en constante devenir y es ahí donde las prácticas deben apostar a la participación de la comunidad para ser protagonistas de los cambios en sus realidades y ser las promotoras de la salud mental.

Trabajar con la comunidad implica recuperar los saberes, los intereses, las necesidades, las demandas, los actores sociales, la historia y las lógicas que se constituyen en una red territorial, donde las instituciones se vinculen para producir junto a ella sentidos y trayectos posibles; donde la voz de los usuarios se torne protagonista y estos puedan, junto con el acompañamiento de los equipos, tomar decisiones clínicas, subjetivantes y posibilitadoras de un proyecto de vida. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

- Cohen H, Natella G. *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013
- Cohen H, Natella G. *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013
- Faraone S, Valero AS (coord.) *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo; 2013
- Centro de Estudios Legales y Sociales; Mental Disability Rights International. *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2007, p. 160.
- Ministerio de Salud de la Nación; Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001661cnt-abordaje-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf>. [Último acceso: junio de 2021.]
- Rossetto J. Políticas de salud mental en Argentina. Antecedentes de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. En: Trimboli A, director. *El fin del manicomio*. Buenos Aires: Noveduc; 2019, p. 19
- Iglesias G. La Ley de salud mental en el marco de la observación y el cuidado de los derechos humanos. En: Trimboli A, director. *El fin del manicomio*. Buenos Aires: Noveduc; 2019, p. 255-72
- Laufer M. Qué dice el nuevo código civil sobre las internaciones de salud mental. *Infijos Noticias* 2015. Disponible en: <http://www.archivoinfijos.gov.ar/nacionales/que-dice-el-nuevo-codigo-civil-sobre-las-internaciones-de-salud-mental-9771.html>. [Último acceso: junio de 2021.]
- Centro de Estudios Legales y Sociales. Cruzar el muro, desafíos y propuestas para la externación del manicomio. *Cels* 2015. Disponible en: [http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar\\_el\\_muro\\_Web.pdf](http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/wp-content/uploads/sites/2/2015/12/Cruzar_el_muro_Web.pdf). [Último acceso: junio de 2021.]
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *who.int* 2013. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/). [Último acceso: junio de 2021.]
- Barrionuevo H. Planificación y gestión de servicios de salud mental. En: Trimboli A, director. *El fin del manicomio*. Buenos Aires: Noveduc; 2019, p. 189-202
- Gerlero S. La interdisciplina en la formación de los trabajadores de salud mental. En: Augsburger C, Gerlero S, Taboada E, compiladores. *Jornada de salud mental: Las políticas públicas en salud mental a 5 años de la sanción de la Ley nacional*; 2015; Rosario. Instituto Juan Lazarte; 2016, p 25
- Augsburger AC. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuad Méd Soc* 2002;81:61-75
- Díaz Arana F. Los trabajadores de la salud mental de los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley 448 [tesis de maestría]. [Buenos Aires]: FLACSO/CEDES; 2008
- Stolkiner A, Solitario R. Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Daniel Maceira. *Atención primaria en salud: enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós; 2007, p 121-46
- Rovere M. Atención primaria de la salud. ¿De dónde viene? ¿Cuándo nació? ¿A dónde va? *Posibles* 2009;20(3):30-40
- Almeida G, Artaza O, Donoso N y col. La atención primaria de salud en la región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Revista Panam Salud Publica* 2018;42:e104. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Ministerio de Salud de la Nación; Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención; 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001661cnt-abordaje-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf>. [Último acceso: junio de 2021.]

19. Solitario R, Garbaus P, Stolkner A. Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Buenos Aires: Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología, Universidad Buenos Aires; 2008;15:263-9
20. Bang C, Cafferata L, Castaño Gómez V y col. Entre "lo clínico" y "lo comunitario": tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. *Revista de Psicología* 2020;19(1):48-70
21. De Souza Campos G. Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud pública*; 2005. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/59-67/>. [Último acceso: junio de 2021.]
22. De Souza Campos G. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. 1997. Disponible en: [https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf). [Último acceso: junio de 2021.]
23. Ubieto Pardo JR. Modelos de trabajo en red. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa* 2007;(36)26-39
24. Merhy E. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
25. Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. *Cuad Méd Soc* 1992;59:3-18
26. Cohen H. Salud mental: ¿por qué la desmanicomialización? En: Trimboli A, director. *El fin del manicomio*. Buenos Aires: Noveduc; 2019, p. 65