

“Cuestión Social: Políticas Sociales. El marco de la Intervención en Salud Mental”

Lic. Virginia Luna

Introducción.

El presente trabajo surge de las observaciones realizadas en la práctica profesional cotidiana y de comprender a las mismas desde sus marcos institucionales de referencia (teóricos).

En este sentido y desde lo observado en la experiencia profesional; cabe diferenciar en las instituciones en que nos insertamos e intervenimos; al menos, dos aspectos vinculados a la organización que dan sentido al quehacer de las mismas, delineando a su vez las características generales del espacio laboral -profesional de intervención.

Por una parte; lo operativo; la modalidad de organización en función de las actividades concretas (programas, proyectos, servicios que se prestan) que esta formalmente definido en el organigrama institucional; en el que se determinan: áreas, servicios, procedimientos, relaciones de dependencias, funciones etc.

Por otra; el marco teórico de referencia (lo normativo); se entiende por tal a los lineamientos que definen y direccionan la tarea y que se vinculan en forma directa a las políticas sociales (específicas) vigentes, también explicitados en documentos institucionales: misión, visión, objetivos, funciones, definición de los beneficiarios o destinatarios de los servicios que la institución presta, modalidades de evaluación etc.

En función de estas observaciones el presente trabajo parte de preguntarse: **¿cómo en su diseño y elaboración las políticas sociales; en las que se referencian los programas institucionales; construyen diferentes miradas de los actores sociales (identidades) desde las que configuran la modalidad de intervención (normativa) en respuesta a la demanda social concreta? ¿Cómo y desde donde se posiciona el trabajador social frente a las mismas (políticas sociales).**

En este caso se intentará dar respuesta a estas interrogantes desde la reflexión sobre el espacio de intervención profesional en salud, concretamente en salud mental, partiendo de identificar el cambio sustancial que se ha producido en los marcos referenciales correspondientes a esta área, cuya cristalización en la práctica profesional cotidiana, es una transformación en la mirada y modalidad concreta de abordaje de la problemática. Esta situación se enmarca en los procesos de transformación social ocurridos a nivel global.

Es por esto que el desarrollo de este trabajo se presenta en función de la cuestión social como marco explicativo de la relación estado – sociedad – políticas sociales - identidad /definición de los sujetos - intervención profesional.

Estos ejes serán desarrollados, en un primer momento a nivel conceptual, y en un segundo momento serán vinculados al proceso de reforma en salud mental en la región latinoamericana, como marco normativo referencial, y su aplicación concreta en hospitales generales de la provincia de Mendoza a través de la Dirección de salud mental.

En este caso se toma como espacio específico de observación el Servicio de Salud Mental del Hospital Teodoro J Schetakow, San Rafael, Mendoza.

Desarrollo.

1.) La Cuestión Social: El Sentido de la Intervención¹.

La experiencia en la práctica profesional muestra que al insertarnos en las diferentes instituciones ingresamos en espacios laborales en pleno funcionamiento, en los que se evidencia una clara organización respecto a la tarea, plasmada formalmente en lo escrito (documentos de programas, etc.) e informalmente en la modalidad de acción. Entre estos dos últimos aspectos en general existe una brecha entre el ideal propuesto y lo que efectivamente se realiza, no obstante lo cual se observa que todo el accionar institucional se encuentra dirigido al logro de la meta propuesta.

Podría compararse a las instituciones con un campo de juego: reglado, con un objetivo determinado y participantes que realizan actividades específicas para el logro de las metas. En este punto las preguntas serían ¿cómo y quienes dieron el sentido al juego y sus reglas? ¿Qué posición o modalidad de participación asumen los actores

¹ Netto, José Paulo: Cinco Notas a propósito de la Cuestión Social in Servicio Social Crítico. Cortez Editora Sao Paulo.2.003. Pág. 68.

involucrados?, es decir, ¿qué encontramos por fuera del campo? ¿Cuál es la influencia que este entorno ejerce dentro del campo en el juego? y ¿cómo los participantes, interpretan, leen, se ubican y accionan en el mismo?

A estas preguntas vinculadas al hacer institucional puede responderse afirmando que cada institución se ha ido construyendo a lo largo de un proceso histórico, de una trayectoria propia, ligada esencialmente al contexto social en que se inserta. En este campo / marco institucional se desarrolla a diario el hacer profesional.

Se considera fundamental como eje de lectura y análisis de esta vinculación; institución – contexto- intervención profesional; la Cuestión Social. Partiendo de entenderla relacionada “... con la noción de conflicto, de enfrentamiento. En este sentido, las respuestas a las manifestaciones de la cuestión social implican el procesamiento específico de relaciones antagónicas, que se disputan cosmovisiones de la realidad y formas de intervenir en ellas...”²

Tomando la conceptualización que Paulo Netto³ presenta respecto a la cuestión social se destacan aspectos de la misma que se considera permiten definir, identificar y presentar a la cuestión social como tal.

El autor parte de afirmar que **no existe una nueva cuestión social**; que esencialmente la misma se funda en la relación capital / trabajo como eje de exclusión - inclusión que remite a la posibilidad de ruptura de la integración social y que se transforma y complejiza adquiriendo nuevas modalidades de emergencia y manifestación.

Esto es expresado por **Netto**⁴ de la siguiente manera:

...sostiene “...no existe cualquier nueva cuestión social...”, lo que debemos investigar es la permanencia de manifestaciones tradicionales de la misma, la emergencia de nuevas expresiones de la cuestión social, la cual es insuprimible sin la supresión del orden del capital...la dinámica societaria de ese orden es ...a cada nueva esfera de su desarrollo, esta instaure expresiones socio –humanas diferenciadas y más complejas correspondientes a la intensificación de la explotación que es su razón de ser...”.

Partiendo de esta mirada resulta imprescindible identificar las transformaciones producidas en el contexto, es decir, en el modelo de desarrollo vigente (capitalista) a nivel local, que permitirán dar cuenta de cómo se ha ido configurando la cuestión social de nuestra época, identificando a su vez como esta se cristaliza en el diseño de las políticas sociales, y su impacto en el hacer institucional- profesional.

² Fernandez Soto, Mª Silvia, “Implicancias

³ Ibid, pág 56.

⁴ Ibid. Pág. 66.

Tal como lo expresa Fernández Soto; "...la política social, para su comprensión no puede ser autonomizada. Ni la política social en general, ni los sujetos participes en su dinámica, "planificadores", "ejecutores", "usuarios" o "beneficiarios", ni los problemas sociales que atiende y las definiciones realizadas al respecto, ni las alternativas de acción elaboradas y seleccionadas, pueden ser abstraídos de los procesos políticos sociales en los que se construyen – y que explican- los fundamentos de las direcciones de las políticas sociales resultantes...".

Realizar esta lectura "...nos exige una mirada histórica que mire en principio hacia tres décadas para atrás..."⁵, identificando algunos de los aspectos más relevantes de los mencionados procesos de cambio.

"...A partir de la década de los 70 las ideas neoliberales se tornan hegemónicas acumulando fuerzas para ir concentrando su programática, introduciendo modificaciones en las diferentes esferas de la vida social – económica, política, cultural-. El proyecto de sociedad resultante implica una fuerte ofensiva contra los sectores trabajadores y el campo popular. Se define un Régimen Liberal Asistencial desestructurador de los Derechos Sociales históricamente conquistados y habilitador de una estrategia asistencial – caritativa e individualizante de la cuestión Social. Junto con los procesos de disciplinamiento de la clase trabajadora (desocupación, subocupación, flexibilización, precarización, disminución de salarios) se fragiliza y se desarma la red de seguridad social asociada a la condición de trabajador asalariado.

La década de los 90 expresa claramente una continuidad entre la matriz central de las políticas que direccionan el proceso de "transformación destructiva" que trastoca, por un lado, el aparato productivo y por otro remueve las bases institucionales de integración social en Argentina desde mediados de los 70...las propuestas de resolución a las contradicciones entre los procesos de acumulación y legitimación bajo el Régimen Liberal Asistencial...se plantean...cobrando mayor dominancia los procesos de "mercantilización" de los derechos sociales y de "naturalización" de las desigualdades sociales. En este **contexto la vía asistencial es la respuesta del Estado asociada a procesos de culpabilización y judicialización de la pobreza, y penalización de la protesta social...respuestas asistenciales y penales en un proyecto de sociedad profundamente regresivo...**⁶

Históricamente la asistencia social se ha movido como una acción espontánea,

⁵ Soto

⁶ Resaltado en negrita alumna

puntual, provisoria, fragmentada, conducente a compensar paliativamente necesidades expresadas en la dinámica de la sociedad...respuesta limitada a necesidades definidas como mínimas para un sector de la población fue definiendo históricamente una “clientela” específica de estas prácticas político - asistenciales, caracterizada por los sectores sociales vulnerables o excluidos del sistema productivo, a la vez que excluidos sistemáticamente de las acciones más formales del Estado. Este rasgo define por un lado su carácter fuertemente residual y estigmatizante. Los destinatarios de la asistencia son los “pobre” o “carentes”. ...El campo asistencial teje un conjunto de mecanismos por los cuales los **sujetos**, para acceder a los bienes y servicios que circulan en el mismo, **deben acreditar su condición de pobre y necesitado.**⁷

La preocupación se ha centrado en establecer quienes son aquellos considerados como necesitados sociales. Esto es, sujetos que no tienen capacidad de cuidar de sí mismos, carentes e incapacitados. Este procedimiento termina asociando la condición de necesitado a una discriminación cultural y el refuerzo de subalternidad de esta capa social...”

La autora señala los elementos que se identifican en la actualidad, en Argentina, se seleccionan a continuación los que se han considerado pertinentes al desarrollo de este trabajo:

- “delegación estatal” de la acción social a sectores sociales más identificados con el ámbito que con el ámbito público-
- Marginalidad y discontinuidad de los recursos presupuestarios aportados.
- Apelación a la participación de la comunidad en la resolución de los problemas, bajo el discurso de la solidaridad, justificando de esta manera la derresponsabilización estatal frente a la resolución de los problemas que expresa la cuestión social.
- Construcción de sujetos receptores de bienes y servicios que se definen por fuera de su vida cotidiana, a través de la “noción de destinatario”. Despolitización del Sujeto.

Esto expresa **la configuración de un estado “caritativo / asistencialista” de corte liberal, en el cual la atención de la conflictividad emanada de la cuestión social se reducirá a la caridad pública o a la acción estatal, la que se caracteriza por ser evasiva y puntual. De ahí se deriva la orientación selectiva de la acción del Estado a situaciones extremas, complementando lo que los sujetos no pueden**

⁷ idem

adquirir ni en el mercado, ni a través de la contención familiar y/o comunitaria.⁸

Es en este cuestionamiento, que a su vez implica la posibilidad de ruptura, en el que identificamos a los actores que dirimen esta integración / quiebre; el estado y la sociedad en tanto clases sociales, siendo el instrumento de vínculo, disputa y articulación; las políticas sociales.

En este sentido se entiende a las mismas como las alternativas de respuesta específica que el estado brinda frente a necesidades y demandas sociales, como lo expresa Grassi, Estela⁹ "...las políticas sociales son un espacio crítico: como políticas de Estado condensan la hegemonía y tienen capacidad de normatizar y normalizar, en tanto el estado se constituye en un actor (y en un ámbito) en la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento. Son en fin la manera en que la cuestión social es constituida en cuestión de Estado, el resultado de la politización del ámbito de la reproducción..."

En función de este marco teórico referencial desde el que se han presentado las consideraciones fundamentales respecto a la cuestión social: estado – sociedad – políticas sociales, a continuación se analiza como se plasma esto en el diseño de una política social concreta en este caso de salud mental.

2. EL proceso de Reforma en Salud Mental.

El presente trabajo ha intentado, desde las observaciones de la práctica profesional cotidiana, responder a la pregunta guía del mismo: ¿cómo en su diseño y elaboración las políticas sociales; en las que se referencian los programas institucionales; construyen diferentes miradas de los actores sociales (identidades) desde las que configuran la modalidad de intervención (normativa) en respuesta a la demanda social concreta?

A partir del desarrollo presentado respecto a la Cuestión Social, el estado y las políticas sociales, **se torna posible responder a esta pregunta**, por ello se retoma lo expuesto anteriormente precisando sintéticamente que:

-la cuestión social expresa el conflicto en la relación estado – sociedad, la mide. Demuestra en los hechos una ruptura que evidencia que la integración social no es tal y

⁸ Resaltado en negrita realizado por alumna.

⁹ Grassi, Estela: "Políticas y Problemas Sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)". Espacio Editorial. Buenos Aires.2003. Pág. 25.

emerge como problemas específicos de los que el estado se hace cargo a través de las políticas públicas.¹⁰

En este marco la política social estatal se presenta con una doble condición; por una parte; es un espacio o relación de conflicto y tensión de intereses colocados por diferentes grupos sociales, de la que surge y se define la modalidad de intervención concreta frente al problema planteado; y por otra; como consecuencia de este primer aspecto es la respuesta concreta del estado al problema presentado por un sector social.

El nudo del conflicto se presenta en relación a los siguientes ejes: quienes hacen presión y quienes están escuchando del otro lado, como se conforma en la agenda publica una demanda que problematiza una situación (luchas entre los diferentes actores que problematizan sus necesidades)¹¹

Es una lucha más allá de lo económico, es una lucha discursiva por el sentido y la prioridad de los temas.¹²

No se trata de un problema individual o particular sino que tiene relación con una situación de clase.

Desde esta perspectiva es que se puede leer, comprender y dar cuenta de la transformación ocurrida en los últimos años (a nivel internacional y local) en el paradigma de intervención en políticas de salud mental, la cual no es ajena a los cambios producidos a nivel de contexto y que tiene relación con la construcción de identidad de las personas que padecen sufrimiento mental y sus familias.

Se presentan a continuación aspectos fundamentales del proceso de reforma en salud mental; cuyo eje es la **desmanicomialización**; y que evidencian el **cambio en la mirada** respecto al modelo de atención anterior, al que se identificara como opuesto con el termino **manicomialización**; haciendo referencia a la internación como exclusión social de los pacientes psiquiátricos.

En un primer momento y siguiendo la evolución histórica de los modelos de atención en salud mental se presenta a los procesos de manicomialización en etapas, tanto a nivel internacional como dentro de la Republica Argentina en segundo termino los inicios y fundamentos de la desmanicomialización: la reforma en salud mental.

✓ **Políticas de Exclusión: Etapas.**

¹⁰ González Cristina, “Apuntes de Clase: El Campo de la Intervención II”. 2.007. Un córdoba.

¹¹ Ídem.

¹² Ídem.

* Primera Etapa: coacción y exclusión¹³

En el seno de la cultura occidental, desde la Antigüedad ha primado una concepción mágica que catalogaba a los problemas de manifestación preponderantemente mental como “*enfermedades del alma*”. El alienado se consideraba **sujeto portador de una amenaza**, razón por la cual era fuente de humillación tanto para sí mismo como para su entorno familiar.

La cultura griega cuestiona este enfoque, basado en creencias sobrenaturales y promueve una concepción más natural de la enfermedad.

Hasta bien entrado el siglo XVII el **tratamiento de la locura** era una **responsabilidad** que se cernía principalmente sobre el ámbito **doméstico**; mientras aquellos que se juzgaba **peligrosos eran reclusos** en el hogar o bien en cárceles y mazmorras.

Durante los siglos XVII-XVIII surgen los primeros establecimientos donde se concentraban y mezclaban las personas con sufrimiento psíquico como lugares de encierro (inaugurando así el concepto segregativo del manicomio), coerción y reclusión, a fin de proteger el orden público.

Tuvo que transcurrir un lapso importante de tiempo para que cobrara forma una estrategia altamente medicalizada de respuesta a la problemática de la enfermedad mental.

✓ Segunda Etapa. Emergencia del modelo asilar: protección y exclusión.¹⁴

Hacia mediados del siglo XIX se consolida un segundo momento en la modalidad de tratamiento de la enfermedad mental.

La **medicalización** de lo que entonces configuraba el reino de la locura, la demencia y la imbecilidad fue un proceso que se planteó conjuntamente con la emergencia del **Asilo psiquiátrico** como una respuesta institucionalizada para dar tratamiento a dicho problema.

El enfoque humanitario y compasivo representado por autores como Pinel en Francia y Chiaruggi en Italia pusieron fin a una era de maltratos y vejaciones que estaban representadas por los grandes manicomios en los cuales primaba, mucho más que la

¹³Rosseto, Jorge / De Le Lellis, Martín “Los caminos de la reforma en salud mental: del modelo asilar a la estrategia de inclusión social.” Revista trimestral Medicina y Sociedad, Año 27 , N° 3 Septiembre de 2007

¹⁴ Rosseto, Jorge / De Le Lellis, Martín. *Ibíd.*, págs. 15.

función terapéutica, una **función custodial** que ofrecía seguridad a los habitantes de los *burgos* o comunidades de base territorial.

Al calor del proceso de racionalización de la locura y el surgimiento de una rama especializada de la medicina (la psiquiatría), surgen los asilos, los cuales son concebidos como instituciones especializadas para **dar protección**

El valor moral del trabajo, está fuertemente arraigado en la creación y mantenimiento de la institución asilar, que tendrá a la ocupación dentro de las **estrategias rehabilitadoras**.

En la República Argentina, surgen y se consolidan instancias institucionalizadas, tales como aquellas que quedan comprendidas en el Proyecto de Asilos y Hospitales regionales; el objetivo formalmente declarado era dar **protección** al precio de una intensa **exclusión**,

Se trató de configurar establecimientos que tendieran al autoabastecimiento social y económico, creando Asilos-Sistema-Colonia cuya modalidad era la de “puertas abiertas”

En nuestro país, el Dr. Cabred con estas ideas propone que el Asilo se constituyera en un Sistema Colonia en el cual se propendiera progresivamente al autoabastecimiento institucional.

Estas características reforzaron a la vez el aislamiento geográfico, institucional y académico-científico que ha afectado durante años a los neuropsiquiátricos.

Conforme se profundiza el desplazamiento de los fines originales que dieron sentido a su emergencia como Instituciones, **la reclusión indefinida y sin objetivos terapéuticos** de personas que ingresan para su asistencia ha sido una de las características más notables de las políticas de rehabilitación en los últimos años.

La convivencia de pacientes con manifestaciones heterogéneas en términos de capacidades funcionales y adaptativas les impide participar satisfactoriamente en actividades comunes de rehabilitación.

La salud mental, aspecto crucial del bienestar, sigue lamentablemente olvidada, dotada de recursos escasos y estigmatizada en la mayoría de las sociedades; “... el CIE¹⁵ deplora que siga habiendo en todo el mundo estigma, discriminación, lagunas en los tratamientos, y falta de acceso a los servicios y a la continuidad de los cuidados...preocupados por la calidad y la continuidad de los tratamientos y los cuidados dispensados a las personas que padecen desórdenes mentales y de la conducta. Esta preocupación está motivada también por las necesidades de sus familias y comunidades,

¹⁵ Consejo Internacional de Enfermeras, “Declaraciones de Posición del CIE”, 1.995

y por el estigma y la discriminación que sufren las personas afectadas por desórdenes de la salud mental, y quienes las cuidan, entre ellos los profesionales de salud.

c) Políticas de Inclusión. Inicios y fundamentos de la desmanicomialización: la reforma en Salud Mental.

Es fundamental tener en cuenta como se inicia este largo proceso, que surge en coincidencia con el advenimiento de la democracia donde se da un importante cambio de paradigma respecto a las necesidades y derechos humanos.

Se ve al manicomio (en ese momento) como un exponente de la reclusión, pérdida de derechos, marginación y autoritarismo.

La necesidad de rehabilitación de las personas con discapacidad mental con lleva, para las sociedades, la obligación de crear instituciones que brinden a los pacientes en condiciones de reintegrarse a la comunidad la continencia y el apoyo necesario y que los ayuden durante el complejo proceso de rehabilitación...es imprescindible dispensarle a los pacientes una calidad de vida acorde con los derechos de los que todo miembro de la comunidad debe gozar..."¹⁶

El eje del proceso de reforma en torno al cual se articulan las intervenciones en salud mental es la "desmanicomialización". La que implica rehabilitar y resocializar a los pacientes aquejados de enfermedades mentales encerrados en los viejos hospitales psiquiátricos custodiales, de manera que puedan reintegrarse a su comunidad y que la misma pueda tolerar y acompañar las eventuales limitaciones que ellos presentan, evitando así que permanezcan aislados en instituciones asilares de por vida o por largos períodos.¹⁷

Desmanicomializar no consiste en cerrar intempestivamente los hospitales psiquiátricos y obligar impunemente a los pacientes a sobrevivir en la comunidad sin los medios necesarios....actitudes aisladas y sin un contexto que las sostenga conducen al fracaso..."

En este sentido el proceso de reforma se ha dado a nivel mundial desde un marco teórico – práctico fundante compartido que de alguna manera, con las lógicas diferencias de aplicación en cada país, ha marcado el camino ha seguir y ha facilitado la sistematización en diversos instrumentos tales como leyes; programas, proyectos, que posibilitan establecer y definir con claridad la intencionalidad y orientación de las

¹⁶ Fernández Bruno, Mónica y Gabay, Pablo: "Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves", Ed. Polemos, Bs. As., octubre 2.003. Pág 23.

¹⁷ *Ibíd.*, pág. 20.

intervenciones en salud mental. Algunos ejemplos de esto son los textos de diversos documentos que a continuación se presentan:

-OMS: El lema del Día Mundial de la Salud del año 2001 fue “Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión”. Con ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha querido subrayar que no existe justificación alguna para excluir de nuestras comunidades a las personas que padecen enfermedades mentales, ya que se disponen de conocimientos que ofrecen esperanzas fundadas para su atención en la comunidad.

Además la OMS menciona en el “ Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” 10 recomendaciones, la N° 3 se...refiere a “Prestar asistencia en la Comunidad” y dice lo siguiente:

“Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido”.¹⁸

Las barreras para el acceso a los servicios de salud o la baja calidad de los mismos es otro factor que promueve la exclusión de la población con trastornos mentales.

“En nuestro país la enfermedad mental suele estar poco considerada en las políticas públicas. El modelo de internación en asilos, alejados de la ciudad y de la familia de los internos y la ausencia de respeto por los derechos humanos, no son productores de salud sino que incrementan el estigma que pesa sobre esta población.”

La condición de vulnerabilidad por la pérdida de los lazos socio- familiares y económicos que implica la institucionalización deja a los enfermos mentales excluidos de la sociedad. Por otro lado, en los Centros de Atención Primaria o Consultorios Externos las largas listas de espera hacen difícil dar una atención eficaz a las demandas de la población en salud mental.”

“La legislación referente a la salud mental debe codificar y consolidar los principios, valores, metas y objetivos fundamentales de la política de salud mental. Esa

¹⁸ OMS: “Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. Ginebra.2001.

legislación es indispensable para garantizar la protección de la dignidad y los derechos humanos fundamentales de los pacientes.”¹⁹

“Las transformaciones que se requieren en los servicios de salud mental deben estar guiadas por principios rectores del sistema, entre los cuales cobra significación la calidad, entendida como la medida en que los servicios mejoran la salud. El principio de la calidad implica que los servicios generen el máximo mejoramiento posible de los niveles de salud, satisfaciendo las expectativas de sus usuarios por una atención buena, oportuna, continua, cortés y respetuosa. No sólo se pretende calidad en los procedimientos sino también en los resultados finales, es decir, en la calidad de vida”²⁰.

El sistema de salud en el área de salud mental presenta en Argentina una diversificación bastante amplia, existiendo distintas estrategias para responder a esta problemática, desde hospitales monovalentes, asilares que mantienen un modelo propio de principios de siglo pasado, hasta experiencias como la de la Provincia de Río Negro que por Ley 2.440 prohíbe la habilitación y funcionamiento de manicomios y neuropsiquiátricos, tanto públicos como privados.

- Declaración de posición del CIE: ...convencido de que unos servicios eficientes y eficaces de salud mental sólo se conseguirán mediante una estrategia coordinada, intersectorial y basada en la comunidad, e insta a los gobiernos a que pasen a aplicar programas para la comunidad centrados en la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la pronta intervención y el tratamiento, los cuidados y la rehabilitación a domicilio. El CIE reconoce la permanente importancia de los cuidados institucionales basados en la condición y la necesidad de las personas que viven con enfermedades mentales, y la necesidad de prestar más apoyo a los dispensadores no institucionales de cuidados.

Debe prestarse más atención al desarrollo y a la salud mental de los grupos vulnerables (las mujeres, los jóvenes, las personas mayores, los pobres, los que son objeto de abusos, los adictos y los refugiados, etc.); a conseguir recursos financieros y humanos suficientes para la prestación eficaz de servicios, y a la formación y preparación de especialistas de salud mental.

¹⁹ Ciarvetti S., Miljiker M., Szpindel C. y Skliar G. “La superación o conservación del modelo de atención custodial en salud mental y su relación con el principio de calidad. Informe sobre Italia y Brasil. En Revista [i]salud. Volumen 1. Número 2. Buenos Aires 2006.

²⁰ González García,G; Tobar, F.: “Más Salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de Salud en Argentina”. Grupo Editor Latinoamericano. ISALUD. Segunda Edición. Buenos Aires. 1999.

Uno de los puntos centrales de esta reforma tal como lo indican diversos documentos de la OMS, es lograr diseñar, elaborar e instrumentar legislación que comprenda los postulados básicos del proceso de reforma.

En este sentido en nuestro país algunas provincias han avanzado en esta dirección:

*** Vigentes:**

*Ley 448: Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. (Promulgada en el año 1999).

*Ley N° 8806 de "Enfermedades Mentales" de la provincia de Entre Ríos. (promulgada en 1994).

*Ley N° 2440 de "Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento Mental" en la provincia de Río Negro (Promulgada en 1991)

*Ley de Salud Mental de la Provincia de San Juan N° 6976 (Promulgada en el año 1999).

*Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe N° 10772. (Promulgada en 1992).

*** Jurisdicciones con proyecto de ley de salud mental o con ley de salud mental vetada.**

* Las Provincias que tienen proyecto de Salud Mental en tratamiento son Provincia de Buenos Aires, Catamarca, Mendoza, San Luis y Misiones. Las provincias con leyes de Salud Mental Vetadas son Corrientes y La Rioja.

Es importante mencionar el proceso de desinstitucionalización desarrollado en la Provincia de San Luis, iniciado en noviembre de 1993:

El fundamento de cada una de estas legislaciones al igual que de los programas vigentes en nuestro país en salud mental de acuerdo a lo desarrollado anteriormente podría resumirse en: la **desmanicomialización como meta y la rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastorno mentales como ejes de la intervención concreta.**

Teniendo en cuenta estos postulados que son los que configuran las políticas en salud mental, actualmente plasmados en leyes y programas, y que son los que dan los lineamientos específicos que orientan la intervención, es que **se observa que los mismos son los que subyacen en las intervenciones que los profesionales realizan**

cotidianamente en el servicio de salud mental del hospital TJ Schestakow y que pueden expresarse y sintetizarse de la siguiente manera:

*El Servicio de Salud Mental de este Hospital es para pacientes agudos (en crisis) y de puertas abiertas;

*Se prioriza la Atención en crisis: entendiendo por tal a toda a situación que se presenta y desborda.

*No es la función de este Servicio la de “albergar pacientes”, por lo que se busca la externación de los mismos en base a los criterios que a continuación se exponen y que son los que enmarcan la intervención profesional:²¹

*Reinserción del paciente en su medio: se busca proteger al paciente esto según la situación familiar puede ser dentro de la familia o de otros vínculos del paciente. Se trata de evitar que el Servicio se convierta en un depósito.

*Realización de Actividades Comunitarias que apuntan acciones que faciliten la participación social.

*Sostén de los vínculos de la persona con su medio.

*La institucionalización y permanencia prolongada en el servicio genera exclusión, pérdida de derechos y marginación.

*Cuando hay abandono familiar se sustituye a la red familiar con el armado de una red social subsidiaria.

*El equipo de salud mental se ofrece como vínculo primario artificial mientras va tejiendo junto con el usuario en el tiempo la red natural de pertenencia.

*Corresponsabilizando a todos los sectores se puede desandar el camino de la marginación. Se trata de conformar redes sociales de contención, en las que la salud mental participe de los procesos comunitarios.

*Se valoran los aspectos sanos.

“...No hablamos de cura sino de seres humanos con derechos y necesidades. En la medida que vayamos satisfaciendo esas necesidades y garantizando esos derechos estaremos ayudando a recuperarse a las personas y a que salgan del sufrimiento (...), (a) comprometerse con la existencia cotidiana, (...) hasta que desarrollen un grado máximo de autonomía, (...) (a) encontrar una respuesta más humana a su sufrimiento, (...) la alternativa de una vida más digna. La posibilidad de que estas personas se sientan protagonistas de sus propios cambios y actores principales de la recuperación de sus

²¹ Scabello, Ricardo y Luna Virginia, Informe Plan Terapéutico (remitido a Juzgado de familia) paciente internada por orden Judicial. Servicio de Salud Mental. Hospital Schestakow. Junio 2.007.

pares". (H. Choen y G. Natella).

Conclusiones.

El presente trabajo se propuso realizar una reflexión sobre el hacer profesional cotidiano en el Servicio de Salud Mental del Hospital Schestakow, con la intención explicar, comprender y dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿cómo en su diseño y elaboración las políticas sociales; en las que se referencian los programas institucionales; construyen diferentes miradas de los actores sociales (identidades) desde las que configuran la modalidad de intervención (normativa) en respuesta a la demanda social concreta?.

En este sentido la posibilidad de respuesta a la interrogante planteada, se encuentra en la comprensión de las políticas sociales desde la cuestión social. En tanto tal como se ha planteado, las mismas son la herramienta de vinculación fundamental entre el estado y los grupos sociales, adquieren forma y se construyen en la relación de conflicto y tensión entre los mencionados actores, "...Son en fin la manera en que la cuestión social es constituida en cuestión de Estado..."²²

Esto implica entonces un posicionarse desde una perspectiva que trasciende a las políticas sociales en si mismas, dando cuenta del contexto en el que surgen. Desde la cuestión social implica encontrar el sentido de sus orientaciones y como a lo largo de la historia se van modificando asumiendo en la práctica diferentes modalidades de intervención que en comparación pueden resultar opuestas, tal como se da en el caso de salud mental.

A lo largo del trabajo se explicito que se entiende por cuestión social, expresando que es la relación que se da entre el estado y la sociedad (grupos sociales), la cual conlleva la posibilidad de ruptura de la cohesión social, y que en cada época emerge en problemáticas sociales diferentes, producto de las modalidades cada vez más complejas de explotación y marginación que desarrolla el sistema capitalista.

Las respuestas que el estado brinda a estas situaciones de conflicto emergentes se dan a través de las políticas sociales, que se consideran como un espacio de tensión por la resolución de necesidades en función de la presión ejercida por los distintos grupos sociales en conflicto; es una lucha discursiva por el sentido y la prioridad de los temas.²³

No se trata de un problema individual o particular sino que tiene relación con una situación de clase.

²² Grassi, Ibíd. pág. 25

²³ González Cristina, "Apuntes de Clase: El Campo de la Intervención II". 2.007. UN Córdoba

En consecuencia, es posible afirmar que de acuerdo al modo en que se defina y oriente el diseño de las políticas sociales **las mismas resultarán de inclusión o de exclusión.**

En el caso de la salud mental, de acuerdo al desarrollo histórico de los modelos de atención de la misma se puede observar que han sido políticas de **exclusión**, marginación y aislamiento. A partir del proceso de la reforma en salud mental a nivel mundial esto intenta revertirse desarrollándose una modalidad de intervención que implica la implementación de **políticas de inclusión**, siendo la concepción que sustenta este proceso común la siguiente:

* promover los derechos de las personas con trastornos mentales como personas y como ciudadanos.

* mejorar los servicios de salud mental y proteger los derechos humanos a efectos de satisfacer mejor las necesidades de las personas con trastornos mentales.

*una buena legislación que situé las políticas y planes en el contexto de estándares de derechos humanos y buenas prácticas aceptadas internacionalmente.

*una política de salud mental comprensiva y bien concebida debe abordar cuestiones críticas tales como:

- El establecimiento de instalaciones y servicios de salud mental de alta calidad;
- El acceso a atención de calidad en salud mental;
- La protección de los derechos humanos;
- El derecho de los pacientes a recibir tratamiento;
- El desarrollo de protecciones procedimentales sólidas;
- La integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad; y
- La promoción de la salud mental en la sociedad.

* Protección contra la discriminación, mientras que una ley que promueva el tratamiento comunitario como alternativa al internamiento involuntario en hospitales puede ofrecer nuevos programas de base comunitaria.²⁴

Tal como se indico anteriormente en estas bases se funda la intervención de los equipos profesionales en salud mental.

Finalmente cabe señalar que el proceso de reforma en el caso del Servicio de Salud Mental del Hospital Teodoro J. Schestakow, se encuentra en sus primeras etapas

²⁴ OMS, “ Manual de Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Sí a la atención, no a la exclusión”, Ed. OMS. 2.001.

de implementación, a través de Programas impulsados por la Dirección de Salud Mental de la Provincia.

Muchas son las preguntas que surgen al interior del equipo profesional en esta primera etapa, muchas las discusiones, básicamente **el planteo de fondo es: ¿se trata realmente de una política de inclusión cuya implementación a mediano y largo plazo posibilitará el logro de los objetivos de la misma (mencionados anteriormente)? o ¿nos encontramos frente a una nueva modalidad de exclusión en tanto retirada del estado de garantizar la adecuada atención a estos pacientes transfiriendo la responsabilidad de su asistencia y contención a sus familias y comunidades, a la sociedad, brindando un acompañamiento mínimo con el mínimo de recursos posibles?**.

En la actualidad el proceso de reforma en salud mental se lleva delante con los lineamientos generales antes mencionados, serán los resultados de esta modalidad de intervención lo que permitirá dar respuesta a estos cuestionamientos.

No obstante lo cual, es en el espacio de trabajo cotidiano donde se encuentra el desafío profesional de pensar y generar estrategias de intervención en equipo, que apunten a garantizar el efectivo ejercicio de los derechos sociales y ciudadanos de estos pacientes.

Bibliografía

- ✓ Ciarvetti S., Miljiker M., Szpindel C. y Skliar G. “La superación o conservación del modelo de atención custodial en salud mental y su relación con el principio de calidad. Informe sobre Italia y Brasil. En Revista [i]salud. Volumen 1. Número 2. Buenos Aires 2006.
- ✓ Fernández Bruno, Mónica y Gabay, Pablo: “Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves”, Ed. Polemos, Bs. As., octubre 2.003. Pág. 23.
- ✓ García Delgado, D.,” Estado – Nación y Globalización. Fortalezas y Debilidades en el Umbral del Tercer Milenio”. Cáp. I, pág. 17/39.
- ✓ González Cristina, “Apuntes de Clase: El Campo de la Intervención II”. 2.007. UN Córdoba.
- ✓ Gonzáles García, G; Tobar, F.: “Más Salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de Salud en Argentina”. Grupo Editor Latinoamericano. ISALUD. Segunda Edición. Buenos Aires. 1999.
- ✓ Grassi, Estela: “Políticas y Problemas Sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)”. Espacio Editorial. Buenos Aires.2003.
- ✓ Netto, José Paulo: “Cinco notas a propósito de la Cuestión Social” in Servicio Social Crítico. Cortez Editora Sao Paulo.2003.
- ✓ Rozas Pagaza, Margarita: “Organización y organizaciones en América Latina” en Servicio social Crítico. Cortez editora.
- ✓ OMS: “Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. Ginebra.2001.
- ✓ OMS, “Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Sí a la atención, no a la exclusión”, OMS. 2.001.
- ✓ Rosseto, Jorge / De Le Lellis, Martín “Los caminos de la reforma en salud mental: del modelo asilar a la estrategia de inclusión social.” Revista trimestral Medicina y Sociedad, Año 27, N° 3 Septiembre de 2007.
- ✓ Scabello, Ricardo y Luna Virginia, Informe Plan Terapéutico (remitido a Juzgado de familia) paciente internada por orden Judicial. Servicio de Salud Mental. Hospital Schestakow. Junio 2.007.

