

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL ZONA ATLANTICA
LICENCIATURA EN CIENCIAS POLITICAS

TESIS DE GRADO

**TÍTULO: “LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN RÍO NEGRO. ¿SOLO
RESPONSABILIDAD DE LA ESFERA ESTATAL?”**

DIRECTOR: Dr. José Antonio GomizGomiz

CODIRECTORA: Lic Miriam Ruth Maldonado

AUTORAS: SEMPRINI CAROLINA

SEMPRINI NATALIA

Viedma, Septiembre del 2016

“La desmanicomialización empieza de nuevo cada día, como empieza cada día la vida de las personas” (Cohen, Hugo, 1994)¹.

¹ La Desmanicomialización en Río Negro (1994). Documentos del Ministerio de Salud Pública.

Dedicatoria

A nuestra abuela que nos apoyó e hizo posible que llegáramos a esta instancia de la carrera.

Agradecimientos

A nuestros padres por habernos acompañado y sostenido en este largo camino.

A José Antonio Gomiz Gomiz, que nos ha ayudado en este gran desafío de escribir esta tesis.

A nuestra amiga Mirian Maldonado, que nos ha ayudado, acompañado y demostrado que aquel lejano horizonte que parecía imposible de alcanzar, hoy se ha vuelto cercano y real.

A nuestros afectos más profundos por el apoyo incondicional.

ÍNDICE:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I-INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| I.1- Marco Teórico..... | 7 |
| I.2 - Antecedentes..... | 12 |
| | |
| CAPÍTULO I REFORMAS EN SALUD MENTAL..... | 14 |
| I.1-Escenario europeo..... | 16 |
| I.2-Escenario latinoamericano..... | 17 |
| I.3-Legislaciones provinciales..... | 26 |
| | |
| CAPÍTULO II: LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN RÍO NEGRO | |
| II.1- Antecedentes..... | 28 |
| II.2- Aspectos fundamentales..... | 30 |
| II.3- Actores y estrategias comunitarias..... | 35 |
| II.4 –Dispositivos Comunitarios-Casas de Medio Camino y Empresas Sociales..... | 39 |
| II.5 – Caso de la ciudad de Viedma..... | 45 |
| III.-CONCLUSIONES..... | 48 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 51 |

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El propósito general de esta Investigación es analizar la Política de Salud Mental en Río Negro, centrándonos en los rasgos que caracterizan esta política en la ciudad de Viedma, específicamente en el periodo 1991-2011. La aproximación al conocimiento de esta etapa nos permitirá tener una mejor comprensión del escenario en que es sancionada la ley 2440 y su posterior implementación.

Hay que destacar que la Política de Salud Mental sufrió una gran transformación en la Provincia, que implicó un cambio de paradigma; se pasó de un modelo biomédico-tradicional a un modelo comunitario-biopsicosocial. Según Cohen-Natella (2013): “Esta reforma implicó el cambio de la cultura manicomial hacia una cultura de inclusión y de hacer efectivo los derechos. Esa transformación se hizo cierta como consecuencia del cierre del manicomio; a todo este proceso se lo denominó desmanicomialización”

Si bien, la Salud Mental a nivel provincial ha sido estudiada con anterioridad desde un abordaje histórico y socio psicológico, esta investigación se considera original a partir de la óptica con la que se procederá a estudiar el problema de esta política pública.; Consideramos que este trabajo nos permitirá indagar desde las Ciencias Políticas un tema vinculado a las políticas públicas referidas al área de salud, específicamente la Salud Mental, cómo el Estado se manifiesta a través de ellas y de la administración sobre el colectivo de sujetos con trastornos mentales, protegiendo sus derechos.

La contribución del presente estudio se realizará a partir del marco legal de Río Negro, respecto a las políticas públicas implementadas para el sector de Salud Mental en el período 1991 hasta al 2011; su impacto sobre la comunidad, en el pasaje del modelo biomédico al biopsicosocial.

Nuestra hipótesis de investigación consiste en analizar en qué medida y cómo la política de Salud Mental implementada en 1991, transfiere responsabilidades del Estado hacia la esfera no estatal.

La investigación consta de una introducción y tres capítulos. En el primer capítulo se realiza una síntesis de los principales cambios experimentados en materia de reforma legislativa en el escenario europeo y latinoamericano. En el segundo capítulo se aborda la política de Salud Mental en Río Negro, donde se analiza su reforma, los aspectos fundamentales de la ley 2440 y las estrategias y dispositivos comunitarios de la misma. Finalmente, se resumen las principales conclusiones que sugieren los resultados del presente estudio.

Como punto de partida nos planteamos como problema que, hasta los últimos años del gobierno de Álvarez Guerrero, las personas con padecimiento mental no tenían acceso a tratamientos y rehabilitación en su medio habitual. Esto generó la necesidad del cambio de paradigma hacia una política de Salud Mental comunitaria. De esta manera se comienza a trabajar a partir de 1984, de la mano de Hugo Cohen, para la implementación de la Ley 2440. Esta fue sancionada en 1991, durante el Gobierno de Horacio Massaccesi, para lo cual se plantearon un conjunto de acciones para el área de Salud Mental. En este marco nos proponemos estudiar dichas acciones, identificando los cambios y sus efectos sobre las esferas estatal y no estatal, identificando la no estatal como comunitaria, familiar; durante el período comprendido de 1991 al 2011. Entonces nos interrogamos acerca de: 1)Cuál es la posición del Estado frente a la Política de Salud Mental; 2) Qué limitaciones existieron para la implementación de la ley; 3) Cuál es la posición de la sociedad civil frente a dicha Política de Salud Mental; 4) Si existe un posicionamiento por parte de las familias de los usuarios con padecimiento mental frente a esta Política.

Para comprobar la hipótesis nuestro objetivo es estudiar los cambios y sus efectos sobre la esfera estatal y no estatal en el marco de ley 2440, las medidas que se adoptaron para los usuarios y familias de personas con padecimiento mental durante el período 1991 al 2011. Para ello describiremos las Políticas Públicas de Salud Mental en Río Negro en dicho período; Analizaremos las acciones implementadas a través de los diferentes dispositivos con los que propone la ley. Describiremos brevemente el contexto socio histórico, para establecer los cambios de paradigma entre el antes y el después de la sanción de la

normativa provincial y, por último, explicaremos los efectos que ha generado en las distintas esferas.

Con respecto a la metodología de trabajo se efectuó un análisis de documentos, legislación y entrevistas en profundidad. Se llevó a cabo un estudio de los diarios de sesiones y periódicos locales desde 1991 al 2011. Tomando de estas fuentes las declaraciones de los distintos actores.

Las entrevistas en profundidad permitieron ampliar e integrar herramientas metodológicas y conceptuales a través de la integración entre investigador y el informante. De más está decir que las entrevistas en profundidad son testimonios orales que posiblemente permitirán relacionar e interpretar los cambios y los efectos sociales y políticos en las Políticas de Salud Mental y las acciones que se previeron para el sector, adquiriendo de esa forma sentido para la investigación.

I.1- MARCO TEÓRICO

Para el presente trabajo se parte de la conceptualización de Estado elaborada por Abal Medina quien propone un concepto establecido en la Ciencia Política actual y lo define:

“como una forma particular de ordenamiento político en base a la cual se estructuran las relaciones sociales, que surgió en Europa a partir del siglo XIII, que aún se mantiene y que se ha ido extendiendo a lo largo del tiempo a casi todo el planeta” (Abal Medina y Barroetaveña,1995).

Por su parte O'Donnell (1993), explica que:

“el estado no es sólo una instancia de dominación sino también una instancia de coordinación de las decisiones colectivas y el agente de los objetivos que trascienden la dimensión individual, los de la comunidad en su conjunto. Estas funciones del estado, como garante y organizador de la dominación social por un lado, y como agente de un interés general por otro, tienden a generar una tensión constante, y a veces difícil de resolver”.

De esta manera el autor identifica tres dimensiones en su definición de Estado:

“Un estado como conjunto de burocracias es eficaz si cumple con “las responsabilidades que le han sido asignadas legalmente”; un estado como sistema legal es efectivo si logra aplicarse en la práctica “a diversas relaciones sociales y a vastas regiones”; y un estado en tanto foco de identidad colectiva es creíble si “la mayoría de la población [...] considera verosímil su pretensión de ser verdaderamente un estado-para-la-nación”(O’Donnell,2002).

Por otra parte Norberto Bobbio (2002) nos permite, a partir de su definición del estado democrático, centrarnos en el tema de esta investigación con respecto a la lucha por los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental. En este sentido el autor sostiene que:

“El conjunto de las instituciones que hacen posible la solución de los conflictos sin recurrir a la fuerza constituyen, además del estado de derecho, el estado democrático. Se puede decir que el método democrático es el sustituto funcional del uso de la fuerza para la solución de los conflictos sociales. Mientras la institución del estado de derecho influye sobre el uso de la fuerza regulándola, la institución del estado democrático influye en ella reduciendo su espacio de aplicación”.

Las políticas públicas son los instrumentos necesarios que permiten la gobernabilidad y administración del Estado para el bienestar democrático. Graglia, Kunz y Merlo (2006), las definen como:

“Proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración a los fines de satisfacer necesidades de una sociedad. El sujeto (o responsable) principal es un Estado. El objeto (o finalidad) principal debe ser una sociedad. En el marco de la globalización, se impone un modelo relacional de diseño y gestión que reconozca la doble tendencia hacia la integración y la descentralización de competencias y recursos, el protagonismo de los sectores privados (con fines y sin fines de lucro) y ciudadanos, la primacía de la sociedad sobre el estado y de la persona sobre la sociedad”.

Por su parte para Oszlak y O’Donnell (1984) son:

“un conjunto de iniciativas y respuestas del estado a las demandas de la sociedad civil en un momento histórico y en un contexto determinado. La falta de políticas públicas por parte del estado, puede generar respuestas insatisfactorias en los actores sociales. De esta manera el estado toma posición sobre las políticas a desarrollar, en este sentido entendemos a la política estatal como “un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil (...) en un momento histórico y en un contexto determinado...”.

En otro contexto, Arroyo (2009) define a la sociedad civil, siguiendo a Gramsci, como:

“aquella constituida por las instituciones que reúnen a los individuos y están destinadas a producir un consenso: a través de las diferentes instituciones que producen un determinado orden social, como ser la escuela, los medios de comunicación masiva, las instituciones religiosas, entre otras, es decir que la Sociedad Civil se situaba entre el Príncipe y el Mercader, entre el Estado y el mercado”.

Para nuestra investigación utilizaremos el concepto de descentralización de Pedro Pérez (1990):

“La descentralización como medio para democratizar la sociedad; respuesta política a las tensiones y conflictos sociales producidos por la crisis económica y la incapacidad del Estado para dar satisfacción a las demandas sociales, por su excesiva centralización y la ausencia de canales de participación. La búsqueda de una institucionalidad que permita una mayor participación de la ciudadanía, de manera que ello redunde en facilitar la relación y la solución a los problemas de la población en los lugares cercanos donde éstos se producen”

Para analizar el efecto Social y Político de esta Política Salud Mental, en el marco de la reforma de ley 2440, en la esfera estatal y no estatal, se toma el trabajo de José Adelantado (1998) el cual considera cuatro esferas: la mercantil; la doméstico-familiar; la estatal y la relacional.

El autor define estas esferas:

“Por un lado, la esfera mercantil, es la esfera de producción e intercambio material. Esta esfera, por tanto, determina las relaciones sociales a partir de la capacidad que los individuos tengan en el mercado; y, además, esto genera la mercantilización de las relaciones sociales que resulta clave para entender la política social. Por otro, la esfera doméstico-familiar y de parentesco abarca las actividades que se realizan dentro de la vida privada de cada grupo familiar en las se desarrollan los trabajos domésticos, sin una remuneración monetaria. A su vez, la esfera estatal es el conjunto de organizaciones que puedan actuar a partir del monopolio legal de la coerción, es decir, por su capacidad de establecer vínculos no voluntarios. Por ultimo podemos definir la esfera relacional como la compuesta por las acciones sociales supraindividuales que canalizan intereses y necesidades (no sólo materiales) de las personas, mediante distintos grupo sociales distribuidos en asociaciones formales, y en grupos comunitarios (informales)”. (1998)

A su vez, el autor sostiene que la separación entre esferas es: “conceptual o analítica, dado que en lo concreto éstas se relacionan y existen fronteras difusas entre algunas de ellas”.

Para el análisis de la Ley 2440, se parte de la concepción de salud como una cuestión subjetiva, propia de cada contexto socio-histórico, en donde se interrelacionan las diferentes significaciones que cada sociedad va construyendo en el tiempo. Es decir que es lo que cada sociedad, a lo largo del tiempo ha definido sobre qué es estar sano y qué es estar enfermo. Por eso nos parece importante precisar el concepto de salud que utiliza la Organización Mundial de la Salud, quien la definen como: “aquella en la que no se trata solo de la ausencia de trastornos mentales. Sino que consiste en un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (2001), define a la Política de Salud Mental como: “Un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población, los mismos se ponen en práctica a través de planes y programas”.

En este contexto cabe identificar según Red por los Derechos de las Personas con

Discapacidad -REDI-²(2011) a los dos modelos en puja: a) el modelo médico o biomédico y b) el modelo social o biopsicosocial. El primero ubica a la discapacidad como deficiencia, mientras que el segundo considera a la discapacidad como fenómeno social en la cual se le obliga a los sujetos que puedan desarrollar ciertas capacidades productivas para la sociedad, como queda manifestado en la definición de la OMS. Como señala Cohen (2013), estos modelos contrapuestos generan resistencia entre actores que se posicionan en uno u otro modelo.

Consideramos importantes identificar los distintos actores que forman parte de esta Política Pública, como son: a) a nivel individual: médicos, operadores de salud mental, el sufriente mental, enfermeros, cocineros, choferes. b) nivel institucional: hospitales, escuelas, juzgados, policía.

Por otra parte es importante señalar qué significa Salud Mental Comunitaria, a qué nos referimos cuando hablamos de lo comunitario en las reformas de salud mental. Lo esencial de la perspectiva comunitaria en esta área es atender en primer lugar el “lazo social” que los usuarios puedan sostener, sus vínculos familiares, comunitarios y sociales; como también todas las estrategias terapéuticas deben orientarse hacia la reinserción social del usuario.

Ardila y Galende (2011) definen a la reforma de la Salud Mental Comunitaria como:

“un giro en tres dimensiones:a) pasar de la hospitalización psiquiátrica asilar a servicios próximos a la comunidad y al territorio de vida del paciente, esto es lo que denominamos “servicios comunitarios”; b) pasar de una práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad, esto hace a una ética en las prácticas de salud mental, más allá de la asimetría de la relación terapéutica, el paciente debe ser tratado como un semejante, respetando su dignidad y reconociendo sus derechos; c)pasar de un enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento a un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento, lo cual además de contar con su “consentimiento informado” para toda decisión de tratamiento se trata de incluir a su

²REDI es una organización política cuyo principal objetivo es incidir por los derechos de las personas con discapacidad, bajo el modelo social. Surge en el año 1998 de la convergencia de diferentes organizaciones de personas con discapacidad y de personas con discapacidad y sus familiares y aliados que bregaban por su inclusión como sujetos plenos de derecho: derecho al trabajo unos, a la accesibilidad otros.

familia, y en lo posible a miembros significativos de su comunidad, en el proceso de atención”.

Para entender el proceso de reforma, se considera importante definir los paradigmas biomédico y biopsicosocial, que según Martos Mendez (2010) los explica de la siguiente manera:

“El paradigma biomédico presenta los siguientes principios: parte de un enfoque patologista, en donde la salud es vista como algo negativo y considerada como ausencia de enfermedad. La cual se origina de cambios biológicos o elementos externos más allá del control de la persona, los individuos no se perciben responsables de la enfermedad. Mente y cuerpo como entidades separadas; lo que no se pueda explicar cómo procesos celulares y moleculares no es válido; no considera el papel del observador en la construcción de la realidad. El responsable del tratamiento es el médico. En contraposición al modelo biomédico, encontramos al biopsicosocial, en el que ya no existe una división mente-cuerpo, sino que lo que se enferma no solo es el cuerpo, sino el ser humano en su totalidad. De ahí que la enfermedad sea causada por múltiples factores y no por un único factor causal, es decir la enfermedad puede ser causada por factores biológicos, psicológicos, sociales. Con respecto a la enfermedad el sujeto ya no es vista como víctima de los agentes externos que provocaban desórdenes internos, sino que en este modelo el sujeto es visto como actor activo, ya que hay una combinación compleja de factores que pueden generar diferentes enfermedades. Aquí los responsables del tratamiento son tanto el equipo profesional como el paciente y la propia comunidad”

I.2- ANTECEDENTES

Como antecedentes de la investigación se observaron escritos regionales, nacionales, latinoamericanos y europeos que estudian la temática planteada. Se analizaron estudios científicos como así también ponencias y artículos de Proyectos de Investigación que estudian el caso de la Salud Mental.

Se destacan dos trabajos de Cohen y Natella, el primero en 1995 “Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro”, en donde se explica que el neologismo “desmanicomialización” surge a partir de 1988 y es creado por los trabajadores de Salud

Mental por lo cual se entiende que es un antecedente de la Ley 2440 sancionada en 1991. El segundo, Cohen y Natella (2013) “Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro” y que junto al trabajo de Schiappa Pietra (2008) “Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en Salud Mental” describen los recursos y lineamientos en el desarrollo de la Política Pública de Salud Mental en el marco de la ley 2440, en donde se desarrolla el proceso de formación desde el primer hospital general en la Patagonia, en el año 1906; hasta la creación e implementación de la ley 2440 en la provincia.

Para el análisis del contexto sociopolítico en el que se comienza a desarrollar esta política pública se tomó el trabajo de: Miguel Franco (2007) “Política de Salud Mental: Reforma Estatal y Percepción Social”. Como también el artículo de Franco, Torres, Gomiz Gomiz (2000) “Estrategias de Reforma y prácticas sociales: La Política de salud mental en la provincia de Río Negro (1984-1992)” quienes proponen una mirada sobre la política de salud mental en nuestra provincia.

En relación con la problemática expuesta, el trabajo Daniel Sans (2012). “Tratar la Locura: La Judicialización de la Salud Mental” Problematiza la creación de la ley de salud mental en la provincia como así también hace una crítica de las fallas en la mayoría de los artículos de la misma. Manifestando que “la descentralización como práctica democrática, operativa y funcional, es en realidad una centralización económica y financiera, así las leyes resultan una nueva (des) responsabilización del Estado”.

Cabe considerar también el aporte de las autoras Sandra S. Gerlero y Ana Cecilia Augsburger (2004): “Salud Mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos”. En el cual, se analiza la política de Salud Mental Comunitaria en las provincias argentinas.

Sobre la base de ideas expuestas, adquieren relevancia los informes sobre la Convención de las Personas con Discapacidad, ratificada en el 2008 por parte de la Argentina que compromete al Estado a “asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. La República Argentina adoptó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad mediante la aprobación de

la Ley 26.378, el 21 de mayo de 2008. La Convención, como tratado internacional, asume jerarquía superior a la leyes de acuerdo art.75, inc 22 de la Constitución Nacional.

Así como también se utilizó la guía de trabajo formulada por el equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales –CELS- para operadores del sistema de justicia: “La práctica pericial respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial”. Este trabajo desarrolla una reflexión crítica sobre la situación de indefensión de las personas con sufrimiento mental en la Argentina.

CAPÍTULO I: LAS REFORMAS EN SALUD MENTAL

I.1-Escenario europeo

Como señala la investigación del Observatorio Europeo de políticas y sistemas sanitarios (2007) que cita a SylvanFurman (1965):“hacia mediados de la década de 1960, en Europa occidental se habían definido cinco modelos de organización de los servicios locales de salud mental:

1. *Modelo basado en el hospital psiquiátrico*: el hospital procuraba la atención a los pacientes tras el alta y podía no estar relacionado con la comunidad. Los hospitales Graylingwell y Littlemore, en Inglaterra, respondían a este modelo, así como también la mayor parte de los manicomios existentes en Italia hasta 1978.

2. *Asociación entre el hospital psiquiátrico y la autoridad sanitaria extrahospitalaria*: York, en Inglaterra, era un modelo de este tipo (Furman, 1965).

3. *El departamento de psiquiatría que un hospital general poseía su propia área de captación*: por ejemplo, el GlostrupState Hospital, en Dinamarca, un gran servicio adyacente a un hospital general de 850 camas, así como los servicios de psiquiatría de los hospitales generales de Hungría (Furman, 1965).

4. *Atención psiquiátrica extrahospitalaria controlada por una autoridad de la sanidad pública:* Holanda era uno de los ejemplos en la década de 1960, con los grandes servicios de salud pública de Amsterdam y Rotterdam, en los cuales se integraban la asistencia en salud mental de la población local cubierta por la seguridad social nacional (Furman, 1965). La hospitalización era básicamente voluntaria y la llevaban cabo organizaciones de carácter religioso, cuya financiación estaba dictada por la normativa acerca de los indigentes de las distintas corporaciones municipales. En este momento todavía no se había alcanzado la integración con los hospitales mentales, que sobre todo tuvo lugar en los grandes núcleos urbanos.

5. *Sistemas transicionales, desde los grandes hospitales psiquiátricos hasta la atención de tipo comunitario centrada en los hospitales generales:* Suecia adoptó este modelo durante las décadas de 1960 y 1970, con financiación de los manicomios grandes y con el inicio de la sectorización (WHO, 1978: 7). A partir de la década de 1970 se caracterizó por la extensión vertical de la atención psiquiátrica y durante éste periodo se produjo una transición sin sobresaltos desde los hospitales psiquiátricos hasta la asistencia comunitaria; además, también se llevó a cabo una extensión horizontal de la atención psiquiátrica dado que los equipos de salud mental que ejercían en contextos extra hospitalarios escogieron a los equipos de psiquiatría comunitaria con ejercicio privado y de la medicina de familia. La atención psiquiátrica comenzó a presentar una desmedicalización en el sentido de que comenzaron a participar en ella numerosos y numerosas especialistas que no eran médicos. No obstante, es necesario subrayar el hecho de que en esta época la atención psiquiátrica continuó estando firmemente anclada en el terreno de la medicina en función de su relación con la psicofarmacología y con tratamientos como la terapia electroconvulsiva (TEC). En cualquier caso, la atención extrahospitalaria se convirtió en un objetivo loable que no implicaba la exclusión de la medicina.

Por otra parte se observa que hay países en que:

a) Los manicomios nunca tuvieron un carácter predominante. Entre ellos,

Hungría y otros países de Europa oriental en los cuales, tal y como se comenta más adelante, los ámbitos asistenciales distintos de los manicomios, como los hospitales

generales, ofrecieron atención en régimen de internamiento desde principios del siglo XX.

- b) La tendencia comenzó a cambiar con mucha rapidez después de la década de 1970 en forma de iniciativa política y cultural masivas frente al simple concepto de asistencia hospitalaria psiquiátrica pública. Entre ellos, los casos mejor conocidos son: Italia, un país en que la Ley 180 de 1968, promulgada en función de factores ideológicos, promovió la abolición de los manicomios (Barbato, 1998); Finlandia, donde la atención psiquiátrica en régimen de internamiento fue sustituida en gran medida por los hospitales generales comunitarios, y Dinamarca, donde los fundamentos de la atención psiquiátrica comunitaria presentaron un crecimiento muy rápido después de la promulgación en 1976 de la ley que transfería la responsabilidad de los hospitales psiquiátricos del Estado a los gobiernos locales. En Dinamarca, el número de camas psiquiátricas se redujo el 43% entre 1980 y 1991 mientras que el número de visitas psiquiátricas ambulatorias aumentó el 74 % durante el mismo período
- c) el cambio de la atención hospitalaria única por la atención comunitaria ha sido más lento, con un proceso progresivo. Entre ellos, Reino Unido y la práctica totalidad de los restantes de la UE de 15 países. Por ejemplo, los cambios que tuvieron lugar en la República Federal de Alemania tras la publicación en 1975 de un informe sobre la reforma psiquiátrica han sido impresionantes: el número de unidades psiquiátricas de los hospitales generales pasó de 21 en 1971 a 165 en 2001 (Bauer y cols., 2001). En 1992, el número de servicios psicosociales ambulatorios se había incrementado hasta 250 y, a lo largo de la década de 1990, el número de psicoterapeutas médicos privados aumentó el 215 %. Sin embargo, en Alemania todavía se considera que no hay suficientes servicios asistenciales psiquiátricos globales de carácter comunitario.

Por su parte en 1978 en Italia se lleva a cabo la reforma de la psiquiatría a nivel nacional, en el marco de la Ley 180, la cual tiene como finalidad la eliminación de los hospitales psiquiátricos, generando así el cierre definitivo de estas instituciones al final de la década de los noventa, y la creación de una red de servicios en el territorio, posibilitándoles a los

usuarios de salud mental mantener sus lazos sociales, los cuales hacen a su rehabilitación. Cabe señalar que esta ley fue la primera en el mundo y que ha constituido una dislocación con las condiciones de tratamiento y de atención psiquiátrica.

“Libertad, en el manicomio el enfermo no encuentra nada más que el lugar en donde estará completamente perdido, vuelto un objeto por la enfermedad y por el ritmo de internado”.
(Basaglia;1964)

I.2-Escenario latinoamericano

A partir de 1990 en Latinoamérica se gesta un movimiento denominado Iniciativa para la Restructuración la atención Psiquiátrica, debido a las limitaciones y dificultades que sufría la Política de Salud Mental; este movimiento generó una conferencia sobre el tema que culminó con la “Declaración de Caracas”, la cual enfatizó que la atención convencional centrada en el hospital psiquiátrico no era compatible con una atención comunitaria y participativa.

En 1997 y en el 2001 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en adelante OPS, apoyo esta iniciativa; entre otras cosas instaron a sus miembros a desarrollar programas nacionales de Salud Mental y reorientar los servicios sobre esta política, mejorando así la legislación y regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

Bajo el lema “Quince años después de Caracas”, en Noviembre del 2005 se celebró la Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental auspiciada por la OPS, la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS y el Gobierno de Brasil, evento que constituyó un hito importante donde se reflexionó sobre los logros, avances, obstáculos y mirada hacia el futuro de esta política. (Rodriguez y Gonzales, 2007)

Por su parte Jorge Rodriguez (2007) manifiesta que la Salud Mental ha venido escalando posiciones en la agenda de los gobiernos y la sociedad de los países latinoamericanos; hay experiencias locales y nacionales exitosas, sean desarrollado asociaciones de usuarios y familiares por la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por

sufrimientos mentales. Según el autor el futuro hoy es mucho más promisorio y los objetivos están más claros; la OPS/OMS como agencia de cooperación internacional también adecua las estrategias de cooperación técnica acorde con las nuevas realidades.

En el contexto de reforma se toma como ejemplo a desarrollar los casos de Brasil, Chile y Argentina

a) Brasil

En el caso de Brasil, durante el 2001 se promulga la Ley 10.216, denominada Ley de la Reforma Psiquiátrica, la cual toma como antecedente el proyecto de Ley del diputado Paulo Delgado. La misma tiene como principios la atención comunitaria, sobre la base de la integración social y legislando sobre las internaciones. Los fundamentos de esta política de Salud Mental, se enmarcan en los derechos humanos de sus usuarios y sus familiares.

En la misma época, como lo desarrolla Marazina (2012), se lleva a cabo el “Consejo Nacional de Salud”, el cual convoca a la III Conferencia Nacional de Salud Mental, realizada en diciembre de ese año. Allí se define la política de Salud Mental del país, teniendo como principales temas: financiamiento de las acciones, fiscalización del parque hospitalario psiquiátrico, implantación de los nuevos servicios extra-hospitalarios, formación de recursos humanos adecuados al proyecto, entre otros”.

Amarente (2015) analiza ocho leyes provinciales y otras municipales, las cuales fueron aprobadas y contribuyeron con el avance del proceso de reforma psiquiátrica en Brasil. Las leyes provinciales de reforma psiquiátrica fueron:

- a) Rio Grande del Sur. Ley 9.716 del 7 de agosto de 1992
- b) Caerá. Ley 12.151 de 29 de Julio de 1993
- c) Pernambuco. Ley 11.065 del 16 de Mayo de 1994
- d) Rio Grande del Norte. Ley 6.758 del 4 de enero de 1995

- e) Minas Gerais. Ley 11.802 del 18 de enero de 1995
- f) Paraná. Ley 11.189 del 9 de noviembre de 1995
- g) Espirito Santo. Ley 5.267 del 10 de Septiembre de 1996”

Lo más importante de las características del modelo Brasileiro es la fuerte participación social de todos sus actores en materia de salud mental. Como lo expresa el Director de la Organización Mundial de la Salud, Benedetto Saraceno, en una entrevista realizada por el diario Pagina12, (2009):“Una característica específica de Brasil es la involucración de los usuarios de los servicios. He visto reuniones organizadas por el Ministerio de Salud, en Brasilia, con presencia de centenares de usuarios que llegaban en buses financiados por el Estado. Los usuarios no sólo participaban en las discusiones, sino también en las votaciones: era una democratización del proceso de reforma. Y esa reunión fue hace varios años, cuando el partido que gobernaba era otro: la lucha antimanicomial en Brasil se sostuvo con distintos gobiernos, más conservadores o más progresistas. Esto es un factor muy importante.

La participación social en Brasil no solo se manifiesta en el sector de salud mental sino en políticas de salud en general, a partir de la integración del capítulo de la salud mental en la Constitución de 1990. Luego, la Ley 8.142 estableció la participación de la comunidad en la gestión del sistema, lo que es conocido como el control social. La realización de las distintas Conferencias Nacionales de Salud Mental, manifestaron las potenciales posibilidades que generaba la participación en la discusión y construcción de las políticas de salud mental y atención psicosocial. Muy importante también es la participación de los actores sociales en los consejos de salud mental y en el consejo nacional de salud”. (Amarente,2015)

Brasil presenta una red de servicios en materia de salud mental, muy parecida a la podemos encontrar en la provincia de Río Negro. Como observa Amarente (2015) “A partir de los decretos ministeriales 189/91 y 224/92 que instituyeron varias modalidades de atención, entre las cuales están el hospital de día, los talleres terapéuticos y los centros de atención psicosocial, que fueron reestructurados por los decretos 336/2 y 189/2 varias modalidades de centros de atención psicosocial”.

b) Chile

En este país existen dos planes nacionales de Salud Mental y psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000. El plan aplicado en el año 2000 reflejaba las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe sobre la salud en el mundo en el año 2001”.(Minoletti1 y Zaccaria, 2005)

El Plan tiene como finalidad que los usuarios de salud mental puedan sostener sus lazos familiares y sociales, para que de esta forma puedan desarrollar el máximo de sus potencialidades psicológicas, racionales, afectivas, cognitivas.

Para el cumplimiento de este plan, se establece que se deben crear una red de servicios de salud mental en donde participen tanto los usuarios como familiares en el desarrollo de los servicios.

Es importante destacar la investigación que realizó la Universidad Nacional de Chile y la Facultad de Medicina en el 2014; observaron que el país no dispone de una legislación específica sobre salud mental; Sin embargo identificaron que existen varias leyes que incluyen componentes o disposiciones que se aplican o influyen en aspectos de salud mental, algunas de las cuales podemos citar:

- Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud, promulgada el año 2012.
- Ley N° 20.609 que establece Medidas contra la Discriminación, del año 2010.
- Ley N° 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, del año 2010.
- Decreto N° 201 que promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, del año 2008.

- Ley N° 20.000 que sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, del año 2005.
- Ley N° 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud, del año 2004, para lo cual existen actualmente 80 condiciones de salud incluidas, cuatro de ellas correspondientes a condiciones o patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol, y trastorno bipolar)”.
- Ley N° 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" del año 2009, el cual incluye aspectos de promoción y protección de la salud mental.

No obstante, la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile, en su Segundo Informe de junio del 2014, explica que: “El Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental ha señalado que si bien existen leyes sobre varios aspectos de salud mental, muchas de ellas no cumplen con los estándares internacionales que han fijado especialmente Naciones Unidas y la Organización Mundial de Salud”

c) Argentina

Contexto socio histórico

El intento de contextualizar las políticas de salud mental en el país, supone un desafío a partir de los vaivenes que se producen en esta área, ya que se combinan cuestiones de orden jurídico, cultura o social.

De esta forma, la salud mental ha sido abordada desde diferentes concepciones que van desde del modelo asilar-biomédico a un modelo comunitario-biopsicosocial, pasando por diferentes corrientes teóricas que dan cuenta de un amplio espectro de posibilidades respecto a los tratamientos de las personas con padecimiento mental.

Siguiendo el análisis realizado por Rosa, Falcon (2000), podemos situar el surgimiento de las instituciones asistenciales manicomiales, a partir de 1770, en donde:

“el Hospital de Santa Catalina, ex San Martín perteneciente a los religiosos de Nuestra Señora de Belén comienza a recibir dementes que eran enviados desde el Cabildo (cárcel de Buenos Aires en ese entonces). Aquí eran empleados como sirvientes o enfermeros o en caso de no poder cumplir esas tareas los asilaban en un rancho contiguo al hospital llamado *Loquero*. Desde 1799, destinaron la residencia a internación de incurables, locos y contagiosos cuidados o gobernados por un capataz que llevaba un látigo en la mano para golpearlos y sólo por el terror se hacía respetar y obedecer. El *Loquero* fue la cuna del actual Neuropsiquiátrico Borda”.

Más tarde surgirían dos establecimientos de gran importancia, los actuales Hospitales “Moyano” y “Borda”, los cuales según el trabajo de Alicia, Stolkiner (2008) fueron inaugurados en 1854 y 1863 respectivamente. En donde las condiciones de reclusión y hacinamiento no lo hacían muy distinto de las cárceles.

Las prácticas asistenciales y los cambios producidos en el ámbito de la Salud Mental en Argentina se dan a partir de 1946. Se ha puesto en evidencia el carácter eminentemente “paliativo” de la asistencia en las primeras décadas del siglo pasado, y se ha fijado el inicio de los cambios significativos en respuesta al hacinamiento y la situación sanitaria y de higiene. Dentro de estos cambios se ha demostrado la importancia del movimiento de “modernización del tratamiento” psiquiátrico que transforma el hospital en un centro de profilaxis en la década del ‘30. (Falcone, 2000). A su vez la autora señala que a su criterio se pueden establecer dos momentos; uno vinculado al estudio anátomo-patológico³ y el otro relacionado a un cambio, donde se dejan atrás las viejas estructuras manicomiales, consideradas absurdas, anacrónicas e insuficientes.

Siguiendo la investigación de Antonio, Di Nanno (2008), se observa que: “Hasta la primera mitad de la década del 40 había un sistema de hospitales subvencionados y administrados en parte por el Estado y en parte por la beneficencia. Es interesante señalar que los enfermos mentales varones dependían del Ministerio de Relaciones Exteriores y las enfermas mujeres del Ministerio del Interior.”

³ Surge como causa del síntoma y la presencia de una nosografía teórica que clasificara a los enfermos mentales. El médico encarnando la problemática médica y social asignará valor terapéutico al aislamiento y la reclusión en los Asilos. La asistencia es eminentemente paliativa y sólo pretende remediar los sufrimientos inmediatos de la miseria sin investigar las causas.

Durante el gobierno de Juan Domingo Perón se creó la primera secretaría y luego el Ministerio de Salud, siendo su primer ministro, Ramon Carrillo quien desarrolló una política muy activa de expansión de servicios, con una fuerte centralidad del ministerio nacional en la planificación y ejecución de acciones de salud para el conjunto de la población. Respecto a la Salud Mental las acciones se dirigieron a mejorar edilicia y funcionalmente los establecimientos existentes (Stolkiner, 2008).

En el gobierno de facto de la denominada Revolución Libertadora se creó, en 1957, el Instituto Nacional de Salud Mental, el cual tenía como finalidad: a) prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas; b) promover la investigación científica en esta materia; c) prestar asistencia integral a los enfermos que padecen afecciones neuropsiquiátricas; e) prestar asesoramiento técnico en la materia a todos los organismos que lo soliciten. De acuerdo a la opinión de Stolkiner, (2008) esta Institución se creó tomando como antecedente el modelo laborista Ingles.

Según Chiavertti (2008) este Instituto, era:

“un organismo descentralizado en donde la dirección técnica y administrativa del mismo sería ejercida por el Consejo Nacional de Salud Mental. Se creaba, también, una Comisión Nacional Asesora de Salud Mental⁴ con atribuciones para elaborar y actualizar permanentemente un programa de atención de la Salud Mental para todo el territorio de la Nación; Por otra parte, como sostiene la autora este Instituto adopto en 1962 las Normas de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales”.

Tal como dice Emiliano Galende (1988), en este mismo año se modificaban la legislación sobre las internaciones y se reformuló el art.482 del Código Civil, como así también se propusieron dos Proyectos de Ley para legislar la internación de enfermos mentales; el autor afirma que en las comisiones legislativas el tema en debate fue que en clínica médica la internación es optativa y voluntaria, mientras que en clínica psiquiátrica es necesaria y prescindente.

⁴ Esta comisión realizó reuniones anuales siendo la primera de ellas en Paraná en 1957- organismo de carácter privado diferente de la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental del INSM–Esta Comisión Argentina Asesora realizaba Conferencias de Asistencia Psiquiátrica anuales y en la primera de ellas, en Paraná en 1957, se advertía el propósito de superar la vieja psiquiatría asilar

Hasta 1966 la Política de Salud Mental se enmarcaba en el modelo asilar, pero a partir de 1967, durante la dictadura militar de Onganía, el Instituto Nacional de Salud Mental creaba el Plan de Salud Mental, de la mano del Coronel Estévez. Este plan se basaba en el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y en la Ley Kennedy de 1963 de los Estados Unidos, el cual consistía en la externación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención, a través de diferentes centros periféricos. Se basaba en la llamada “Psiquiatría Preventiva”³⁴, que impulsaba el trabajo no sólo sobre la enfermedad mental sino en los factores patógenos de la comunidad que la produce.

Como sostiene Vainer, el traslado de estas ideas a la práctica en nuestro país no tuvo éxito, debido a que se mantuvieron los Hospitales Psiquiátricos siempre ligados a las Cátedras de Medicina. Esto fue posible dado que el pensamiento de Estevez era continuar con el modelo de concentrar el poder en los manicomios existentes, y en las nuevas creaciones. El autor destaca una contradicción en las políticas desarrolladas en la época ya que impulsaban a que se trabajara mediante el sistema de comunidades terapéuticas⁵, pero siempre como “experiencia piloto”, esto es, sin modificar los centros del poder manicomial. Por otro lado en las colonias terapéuticas se producían cambios que no se diferenciaban de las estrategias de la psiquiatría tradicional, solo se modifican nombres entre otros, ergoterapia y laborterapia.

En 1969, Mauricio Goldenberg asume al cargo de la Dirección de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, a partir de lo cual se crean los Centros de Salud Mental y los servicios de psicopatología en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Las comunidades terapéuticas también son base de algunas experiencias puntuales innovadoras como la desarrollada en Entre Ríos o en los servicios asistenciales de ferroviarios. Como lo manifiesta Vainer (2014):

⁵ Tal como lo destaca Chiaverti (2008) “el modelo de Comunidades Terapéuticas se implementó en algunos lugares como “experiencia piloto. Dos de las experiencias más conocidas sufrieron vicisitudes diferentes: la de Raúl Camino en Colonia Federal (Entre Ríos), iniciada en 1967 duró hasta ya iniciada la dictadura de 1976; la de W. Ricardo Grimson en el Hospital Estéves de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires) fue abortada violentamente a principios de 1971 por la dictadura de Levingston. Resulta evidente que los principios de las Comunidades Terapéuticas (democratización, permisibilidad, libertad de comunicación) y la instancia terapéutica clave (la asamblea comunitaria) no resultaban compatibles con el autoritarismo del gobierno de facto”.

“Goldenberg consideraba que creando Centros de Salud y Servicios de Psicopatología en Hospitales generales los manicomios quedarían sin causa”. Sin embargo el autor, siguiendo la investigación de Fernando Ulloa realizada en 1972 en la Federación Argentina de Psiquiatría (FAP) descubre que “los centros de Salud Mental funcionaban como consultorios privados habiendo dejado de lado sus tareas comunitarias y preventivas; y que los servicios en Hospitales Generales tenían varios inconvenientes. Por un lado, una alta rotación de profesionales por no estar rentados, por otro, muchas veces ya funcionaban “manicomialmente”, reprimiendo reclamos de pacientes”

A partir del retorno de la democracia durante el gobierno de Alfonsín se pueden observar una serie de políticas destinadas a una reforma en el área de Salud Mental, será Vicente Galli quien se hará cargo de la Dirección Nacional de Salud Mental de 1984 a 1989, en donde como lo indica la investigación de Chiaverti (2008) se proponían las siguientes estrategias:

“ a) la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; b) la integración intersectorial; c) la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población; d) la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; e) el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas; f) la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionaran similarmente; g) el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental.”

En esta misma época algunas provincias como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos, avanzaron en materia de reforma de los sistemas de Salud Mental hacia modelos de atención comunitarios, pensados en la reinserción social y otras estrategias diferentes al modelo asilar.

A partir de 1989 con las políticas neoliberales comienza a desarticularse el proceso de transformación que se venía sosteniendo en el área de la Salud Mental. La Dirección Nacional tuvo una política clara de desmantelamiento y los programas pasaron a ser

responsabilidad de cada provincia y/o de cada grupo de intervención. La reforma sanitaria de la década de los '90 marcó el pasaje del gobierno de los hospitales psiquiátricos y las colonias a las provincias. Esto provocó disparidades muy fuertes, con proyectos de atención no manicomiales desmembrados, aislados y muy diferentes según las jurisdicciones (Farone, Valero, Bianchi, Manchilla, Tamburino, 2009).

Los Estados provinciales confiaron en que la descentralización sería -como lo manifestó el Ministerio de Economía- financiada por un significativo incremento en los recursos coparticipados. Sin embargo, según Repetto y Alonso (2006), “hacia fines de la década de los 90, los recursos se desplomaron y el gobierno nacional no pudo cumplir con la garantía de transferencia”.

I.3-Legislaciones provinciales

A continuación se analizan brevemente la existencia de diferentes legislaciones provinciales en materia de Salud Mental, con el objetivo de indicar semejanzas y diferencias entre las mismas. Es importante subrayar que las normativas provinciales como también de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fueron sancionadas antes o, como en el caso de Córdoba, durante el mismo año que se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, las cuales apuntan a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental.

Siguiendo a Ernestina, Rosendo (2013) las jurisdicciones que cuentan con legislación en Salud Mental son:

- Salta (Ley 6.302 sancionada en 1984);
- Rio Negro (2440 sancionada en 1991);
- Santa fe (10772 aprobada en 1991);
- Entre Ríos (Ley 8806 aprobada en 1994);
- San Juan (ley 6976 sancionada en 2002);
- San Luis (536 sancionada en 2006);
- Chubut (ley 5845 sancionada en 2009);

- Córdoba (ley 9848 sancionada en 2010)
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ley 448 sancionada en 2000).

Al respecto observamos que, en la mayoría de los casos, se utiliza la denominación sufrimiento o padecimiento mental, como también lo hace la Ley Nacional. Sin embargo existen algunas excepciones como el caso de San Juan en donde surge el concepto de trastornos de Salud Mental, y también el caso de Entre Ríos en el que se evidencia la idea de enfermedades mentales.

Cabe destacar que las nociones enfermedad, discapacidad, trastorno, sufrimiento, padecimiento mental incluyen cuestiones históricas, culturales, sociales y políticas, las cuales determinan la construcción y la práctica en el sector de la Salud Mental. Como lo plantea Silvia Farone (2013) en línea con Ana C. Augsbuger (2002): “esas nociones organizan tanto saberes populares-consecuencia de experiencias cotidianas-como un cuerpo teórico conceptual entramado en prácticas profesionales específicas”.

El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad, sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural. Se trata entonces de colocar el padecimiento como una construcción subjetiva e intersubjetiva enlazada a procesos estructurales e históricos (Farone, 2013).

Respecto de las legislaciones provinciales en desarrollo, encontramos que en todos los casos la reglamentación sobre el régimen de internaciones es considerada como último recurso, luego de haber agotado otros métodos terapéuticos. A su vez se observa, la prohibición de manera explícita de la creación de manicomios a la sustitución progresiva de los mismos, hasta el mantenimiento de estos dentro de la red de prestaciones. Un ejemplo de sustitución progresiva, sería el caso de Entre Ríos, donde se menciona el régimen de puertas abiertas hasta tanto se logre la reconversión de las instituciones existentes. (Hermosilla y Cataldo, 2012).

Se debe agregar que durante la década de los 90 surgieron una serie de herramientas de aplicación jurídica a nivel internacional, como es el caso de la Declaración de Caracas en

1990; los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 1991; que enfatizaban una reforma del sistema de atención en Salud Mental y la defensa de los derechos humanos de sus usuarios. A su vez a nivel nacional en un contexto político de neoliberalismo, se observa que las legislaciones de las provincias como Santa fe, Río Negro y Entre Ríos se sancionaron durante esta década.

CAPÍTULO II: LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN RÍO NEGRO.

II.1- Antecedentes

Durante los años 60 del siglo XX se construye en Ingeniero Jacobacci un gran edificio para que sirva de Colonia Psiquiátrica. Shiappa Pietra (2002) explica que si bien, este Psiquiátrico había sido pensado para funcionar como Colonia interprovincial, nunca se usó como tal. Ya que como el resto de las provincias no colaboraron económicamente, se restringió a ser simple Colonia Psiquiátrica Rionegrina. La mayoría de los empleados fueron gente del mismo Jacobacci y como profesionales arribaron dos médicos Cordobeses, un matrimonio que vivió con sus hijos en la misma Colonia.

Luego en la década del 80 y a partir del proceso de democratización que se abre en América Latina en general y en Argentina en particular, la preocupación central de esos momentos se refería a cómo el estado puede contribuir al desarrollo y consolidación del sistema democrático, mediante acciones concretas que conduzcan a un fortalecimiento del sistema político y a un aumento de su eficacia técnica (Franco; 2005).

Con el retorno del sistema democrático en el año 1983 la provincia inició un proceso de transformación en Salud Mental fundamentado en los derechos humanos y civiles del sujeto con padecimiento mental. Hasta ese momento las personas que debían ser hospitalizadas por derivaciones psiquiátricas eran llevadas al único hospital Neuropsiquiátrico de la provincia ubicado en la ciudad de Allen. A partir de esta época comienza a surgir un debate público en torno al déficit de los servicios en esa área, la superpoblación del hospital, los defectos en la organización de los recursos técnicos y los efectos nocivos del tratamiento psiquiátrico.

A partir de 1984, se presentan alternativas al modelo vigente. Además de abrir un espacio de participación y consulta, se decide abrir camas para internación en todos los hospitales generales. Desde 1985 se comienza a trabajar en materia de salud mental, de manera independiente del Neuropsiquiátrico de Allen.

En esta época se crea en la provincia, el Programa de Salud Mental con sede en el Ministerio de Salud Pública, siendo designado el Doctor Hugo Cohen como jefe del nuevo programa. A partir de ahí se desarrollaron los “Lineamientos generales de Salud Mental, para el corto plazo”. Este modelo propuesto viene a poner en tela de juicio, entre algunos aspectos, la situación de aislamiento del sujeto de la problemática psicosocial, la relación excesivamente técnica del profesional con el paciente, la hegemonía farmacológica y los efectos negativos de las internaciones carentes de una reinserción social y aprendizaje por parte del paciente. En esos momentos no estaba previsto el cierre del único hospital Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen.

Hugo Cohen y Graciela Natella (2013) explican que el Neuropsiquiátrico fue inaugurado en 1906 como el primer hospital general de la Patagonia. En 1917, durante la dictadura militar, se construye en el mismo lugar, un hospital psiquiátrico en un moderno y extenso pabellón de una sola planta y de más de 2.000 metros cuadrados, copiando un diseño alemán. El hospital se transformó entonces en el centro de derivación de personas con padecimientos mentales de Río Negro, y de la región norte de la Patagonia. Contaba con puertas blindadas, rejas en las ventanas, salas para electroshocks, salas de contención con paredes acolchadas para los pacientes denominados “furiosos”.

Al ser este hospital Neuropsiquiátrico el único en la provincia, se veía desbordado por la cantidad de pacientes que eran derivados de los hospitales generales más cercanos, que si bien contaban con servicios de salud mental, solo se limitaban a diagnosticar y detectar el problema para luego derivarlos al Neuropsiquiátrico, debido a la falta de capacitación de los profesionales.

A partir de 1986 se conforma un equipo móvil, que llegó a recorrer 500 km para la externación de las personas internadas en el hospital psiquiátrico de Allen, buscando la reintegración social de la persona con sufrimiento mental. Esto luego se transformó en un

equipo de intervención en crisis. Es así que en dicho año, estas prácticas fueron establecidas en todos los hospitales, al ser reconocidas en el nuevo reglamento de Estructuras de Hospitales de Área Programa, al establecer la Salud Mental como la quinta clínica básica, junto con las ya instaladas especialidades prioritarias en salud pública: clínica médica, ginecología, pediatría y cirugía; se revalida el derecho a concursar a los psicólogos para jefatura en Salud Mental.

En 1988 se crea el neologismo “desmanicomialización” por parte de los trabajadores del programa en Salud Mental. En ese mismo año (1988) se cierra este único Neuropsiquiátrico, en la provincia y es reconstituido en un hospital general. Al respecto nuestra entrevistada, Wanda Ianosky⁶ manifiesta que se cerró el manicomio, que era un pabellón muy grande donde se recibía a pacientes que se derivaban de toda la provincia. Para externar gente de ahí hubo que hacer toda una movida desde los servicios.

En 1991 se sanciona la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental, conocida como de desmanicomialización, la cual vino a legitimar una práctica que ya estaba puesta en acción mucho antes de que se sancionara.

II.2 Aspectos fundamentales de la reforma –ley 2440-

La ley de Salud Mental 2440, de Promoción Sanitaria y Social de Personas que padecen Sufrimiento Mental, se basa en hacerse cargo de los sufrientes mentales, confiando en su recuperación y comprometiéndose con su reinserción social dentro de la comunidad; principios que están fundados en los Derechos Humanos. Fue sancionada en 1991 y reglamentada en 1992. Esta normativa toma como antecedente la declaración de Caracas, realizada en 1990 en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud. En esta declaración se plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad. En la misma se observó que la existencia de esas instituciones desconocen acuerdos internacionales sobre derechos humanos, advirtiéndose sobre su ineficiencia en términos económicos y su vulnerabilidad

⁶ Entrevista realizada a la Licenciada Ianosky Wanda - integrante del departamento provincial de Salud Mental del ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, desde 1994 hasta el 2010. Jefa del departamento de salud mental desde el 2010 al 2013- en la ciudad de Viedma en Mayo del 2016, entrevistadoras Semprini Carolina y Semprini Natalia.

ante la corrupción de funcionarios públicos. Por otro lado, es importante no confundir la desinstitucionalización con deshospitalización, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud en el informe sobre salud del 2001, se desprende que:

“cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas”. Por otra parte, “los gobiernos no han asignado a la atención comunitaria los recursos que se ahorran al cerrar los hospitales; a que no se ha preparado adecuadamente a los profesionales para asumir sus nuevos cometidos, y a que el estigma ligado a los trastornos mentales sigue siendo fuerte y se traduce en actitudes públicas negativas hacia estos pacientes”

La reforma en de Salud Mental Comunitaria se enmarca en la búsqueda de legitimación del Estado Provincial, a través de una ampliación de la participación comunitaria con una posición subversiva hacia la institucionalidad vigente de las políticas anteriores al período democrático (Gomiz Gomiz, Franco, Torres, 2000)

De esta forma Río Negro pasa hacer pionera en materia de Salud Mental en nuestro país, la colocaría a la vanguardia en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimientos Psicológicos, y en su tratamiento comunitario (Miller, 2003).

El Dr. Hugo Cohen, Jefe del Departamento de Salud Mental del Consejo Provincial de Salud Pública de la Provincia, en colaboración con un asesor legal⁷, elaboraron un anteproyecto de ley que fue presentado en noviembre de 1989 en la Legislatura Provincial, los mismos destacan que los fundamentos fueron redactados con la participación de trabajadores de salud y aportes de instituciones políticas, sociales, gremiales, científicas, culturales y religiosas de la comunidad; en su introducción sostiene:

“Su contenido profundamente humanista trasciende las banderías partidarias o de sector. Pretende ser un aporte en la construcción de una sociedad más justa. Queremos tomar al hombre de la mano y llevarlo por la calle. Esa institución que proponemos porque nos ubicamos así en una nueva dimensión en la cual la relación de hombre con hombre es

⁷Jouliá, Horacio Yamandu, abogado, Asesor y miembro de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos/Delegación Viedma. Río Negro.

determinante de nuestra vida social. Como trabajadores de la salud ante el riesgo de los excesos por el control social elegimos los riesgos de la libertad.”

En 1991 la cámara legislativa le dio tratamiento al expediente 96/91 que ingreso al recinto como proyecto del Poder Ejecutivo y contó con acuerdo de ministros; En la sesión del día 2 de Junio de ese año se aprobó el proyecto en general y en la sesión del 11 de septiembre, en forma particular, siendo reglamentada la norma por Decreto 794/92.

Por las características del tema en tratamiento se escucharon voces disidentes en cuanto a la temática a debatir:

“me atrevo a calificarlo como uno de los temas más importantes que en política de salud haya sido tratado por este cuerpo a partir de la restauración de la democracia en 1983, y digo esto porque es un proyecto de contenido y de compromiso ideológico que hace a la democratización de la sociedad que necesita de la plenitud de la libertad de la democracia para poder llevarse a cabo (...) pretende cambiar atavismos medievales en relación al enfoque de los pacientes con sufrimiento mental” (Leg. Romera⁸, Diario de Sesiones, Reunión VII/91)

Por su parte el Leg. Castro Ares⁹ manifestó:

“el término locura, demencia, alienación, psicosis; entraña un diagnóstico de marginación que hace que el enfermo-porque es una enfermedad que lo lleva a la locura quede en una situación de perder derechos civiles, políticos (...) cambiar el nombre de sufrimiento mental por locura no quita el hecho de que la persona humana que padece la enfermedad que lo lleva la psicosis se encuentre en condiciones de marginación social” (Diario de Sesiones, Reunión VII/91)

Respecto a lo Institucional el Leg Castro Ares sostuvo:

“La institución manicomial es una institución anacrónica que debe desaparecer, no creemos que deban desaparecer los Institutos de internación de agudos a los que se llama en crisis (...) tampoco determinados Institutos de internación para casos crónicos que requieren su reinserción a la actividad y su relación con la sociedad a partir del funcionamiento de los

⁸ Romera, Remigio legislador de la UCR

⁹ Castro Ares Norberto legislador del PPR

distintos elementos que hacen a la sensibilidad (...) el demente no tiene poder de raciocinio y de comprensión, ha perdido la lógica y esta pérdida le impide el discernimiento y es lo que lo lleva a la marginación (...) sin embargo no pierde la capacidad de sentir, amar, no pierde los instintos (...) su instinto social se debe fortalecerse a través de las instituciones que permiten a través de laborterapia, a través de la medicación, su inserción social”

Continuando con su exposición el legislador apunta que lo que debe reformarse es la ley de Salud de la Provincia, en ese contexto aseveró:

“les recuerdo que Río Negro tiene la mejor ley del discapacitado que existe en el país, es realmente un orgullo, pero no es de aplicación porque no tenemos medios; de modo que nos negamos a tratar esta ley y manifestamos nuestra oposición, en primer lugar porque entendemos que la modificación del concepto de enfermedad mental está errada; segundo porque consideramos que la internación o no de determinados pacientes mentales debe ser consensuada con la justicia, porque la criminalidad y la locura van de la mano (...) En tercer lugar porque creo que las metodologías de tratamiento de salud mental forman parte de las normativas que tienen que ver con la salud pública dentro de un contexto de una ley general de salud que desde su promulgación ha quedado en una ley antigua que debe ser modificada” (Diario de Sesiones, Reunión VII/91)

Un tema en disidencia fue la intervención de la Justicia en este ámbito, algunos legisladores sostienen que no se realizó la consulta pertinente y otros afirman que se realizó consulta al Poder Judicial y al Colegio de Magistrados de la Provincia, donde se discutieron intensamente los aspectos legales de la norma y desde allí surgió un proyecto consensuado con el Poder Judicial. Este actor fijó su posición, mediante documentos que remitió a la opinión en referencia a cuestiones fundamentales.

Siguiendo el trabajo de Gomiz Gomiz, Franco y Torres (2000) se puede observar cuál fue la opinión del Poder Judicial en cuanto a ciertas cuestiones:

“De los fundamentos del proyecto de Ley, objetó que se designe como “crisis” a todo trastorno mental. Consideró necesario revisar los alcances de este concepto, el que no contempla para este actor estatal- la innegable existencia de la cronicidad. Particularizan la preocupación frente a las propuestas que pueden derivar en casos concretos de irresponsabilidad profesional y/o de áreas institucionales especializadas en salud. En este sentido indican que las estructuras legales, edilicias y administrativas existentes, deben ser

superadas y reemplazadas pero solo por soluciones concretas absolutamente tangibles y legalmente previsibles.

A la normativa del proyecto, se le observa un “indebido desplazamiento” al Poder Judicial de acciones y responsabilidades del poder Administrador en el área de salud, y que se la han asignado responsabilidades a terceros (distintas unidades estatales, la provincia, vecinos, amigos y familias sustitutas mientras que al equipo terapéutico solo se le impone la posición de estrategias terapéuticas, quedando la definición implementación a cargo del Juez. Destacan además la excesiva idealización de los recursos terapéuticos, basados en la recuperación del enfermo en recursos sociales y difusos”.

De esta manera se puede dilucidar el claro posicionamiento por parte de un actor clave como es el Poder Judicial, el cual marca los lineamientos al Poder Legislativo para su tratamiento.

Al respecto, se considera que hay tres artículos de la ley 2440 que resumen sus principios generales:

Artículo 1º -- La Provincia promueve un sistema de salud que, atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental.

Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionadas con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deberán cumplimentar el régimen establecido en la presente.

Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente ley.

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona, debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible.

La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el

eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden

Art. 6° -- La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia garantizará la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental

Art. 11. -- Los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más cercano. La familia, vecinos o amigos, familia sustituta, como toda otra expresión de la organización comunitaria son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental. Su responsabilidad y rol específico se establecerán en la estrategia terapéutica para cada caso.

Con la sanción de la ley 2440, se instrumentó en Río Negro el modelo comunitario de tratamiento y rehabilitación de personas con sufrimiento mental que rige hasta la actualidad. La norma prohibió "la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado" y dio el marco jurídico a un modelo de atención de la persona con sufrimiento mental centrado en la promoción social y la reinserción en el ámbito laboral.

De este modo la provincia se hace presente en una política pública con mucha sensibilidad social, produciendo un quiebre de paradigma, se pasa de un modelo médico a un modelo biopsicosocial. Los mismo son opuestos; el primero ubica la discapacidad como deficiencia, mientras que el segundo considera a la discapacidad como una construcción social en la cual se obliga a los sujetos que puedan desarrollar ciertas capacidades productivas para la misma.

II.3-Actores y estrategias comunitarias

Para dar cumplimiento a lo que establece la ley 2440, debe darse una reorganización del sistema, esto implica la promoción de una serie de funciones y generar estrategias entre los actores.

Como señala Hugo Cohen¹⁰ y Graciela Natella¹¹, (2013) la desmanicomialización fue concebida como una transformación de un sistema de Salud Mental, para que los usuarios del servicio vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni en ninguna otra forma de abandono. Por otra parte los autores señalan que este cambio de cultura implicó la participación de distintos actores que se manifestaron y se manifiestan de distintas formas. Así mismo, el cambio de las prácticas asilares conllevó la modificación de la atención hospitalaria, como indican Cohen y Natella (2013) las prácticas tradicionales hacían hincapié en la prácticas clínicas de atención de la Salud Mental que han sido fieles a un concepción asistencial centrada en el paciente y su observación directa, omitiendo la observación-acción en el contexto y la cultura que lo determinan.

Las nuevas prácticas cambiaron la denominación de los hospitales, se pasó de hospitales monovalentes a tener hospitales generales con Servicio en Salud Mental, donde se incluyó distintas prestaciones:

- Ambulatorias: Atención de urgencias de Salud Mental, las veinticuatro horas. Admisión individual y/o grupal. Atención al grupo familiar. Reuniones de Asociaciones de usuarios y familiares. Control de medicación individual/grupal.
- Internación de toda crisis pro sufrimiento mental, en particular y como una de las misiones y funciones principales que desempeña el segundo nivel de atención con las correspondiente apertura y/o incremento de camas de internación en el área de salud mental.
- Acompañamiento y seguimiento institucional, domiciliario y comunitario de los usuarios del sistema.
- Gestión de estructuras y dispositivos intermedios para la promoción y desarrollo de la vivienda y el empleo, sumada a toda practica de inclusión laboral y habitacional
- Articulación con todos los efectores de la red.

¹⁰ Fue Jefe del Programa de Salud Mental en 1985y Jefe del Departamento de Salud Mental.

¹¹Psiquiatra y Jefa de Salud Mental en el Hospital Zatti de Viedma y Jefa de la División de Promoción de las Personas dependiente del Ministerio de Salud Pública.

Así como se modificaron los hospitales también se crearon nuevos dispositivos para mejorar la atención en Salud Mental. Uno de ellos es los Equipos de Salud Mental, que fueron el eje de la red de servicios y su principal articulación; fueron coordinados por equipos interdisciplinarios, si se proponía una concepción biopsicosocial, el Jefe Coordinador podía ser un médico o un psicólogo, un trabajador social o un enfermero. La disciplina no fue la determinante para la atención, sino las cualidades para organizar y facilitar la tarea de todos los integrantes del equipo. El pasaje de servicio a equipo fue motor y sostén de la transformación de prácticas y estructuras. (Cohen y Natella, 2013)

Por otra parte se elaboraron distintas estrategias terapéuticas para una mejor atención en las personas con padecimiento mental. Se diseñó un tratamiento tomando en cuenta distintas variables que podían influenciar en los resultados de las intervenciones. La estrategia fue elaborada con el equipo de Salud Mental a partir de la comprensión y el diagnóstico situacional de los pacientes. Se analizaron los criterios de Internación dentro de las estrategias terapéuticas, considerándola cuando otros métodos menos restrictivos con el ambulatorio/domiciliario se hayan intentado sin éxito, o no fueran posibles. Se entendió que este recurso debía ser transitorio ya que tenía como objeto cuidar y promocionar a la persona y a su vez favorecer la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto comprometidos por la crisis.

La elección del Hospital General como estructura principal de atención e internación fue esencial porque permitió trabajar en un dispositivo polivalente, donde los recursos humanos son parte de un todo. Desde este espacio se generó una labor que tuvo dos ejes: hacia el interior de la Institución y hacia el entorno socio sanitario.

Como destaca Shiappa Pietra, el programa desmanicomializador requería que se entendieran los espacios institucionales, entre ellos el de internación; este espacio podía delimitarse en cualquier lugar, incluso en una casa de familia, mientras cumpliera con las pautas y principios sanitarios estipulados y se adecuara al logro del fin propuesto.

Un cambio en la atención fue trabajar sobre la urgencia, asistir la urgencia y abordar la crisis de manera adecuada favoreció la internación comunitaria y alejarse de los hospitales psiquiátricos, como señalan Cohen-Natella (2013) la atención de la urgencia implica la

intervención en crisis, donde se aborda la triada usuario-familia-entorno.

En este sentido nuestro entrevistado Cristian Musi¹², sostiene que:

“la crisis de un persona con padecimiento mental consiste en un proceso que se va generando y se desencadena en lo que consideramos una crisis para nosotros los neuróticos. En ese punto esas personas tienen su facultades mentales alteradas, pueden tener alucinaciones, vivir situaciones donde no es consciente de sus actos y eso ocurre quizás una vez o dos en su vida o quizás nunca. Entonces ese es el momento, donde nosotros los neuróticos, creemos que el loco va a hacer daño, entonces lo que nosotros necesitamos es ayudar a esa persona a travesar ese proceso de crisis donde él está teniendo un padecimiento y puede llegar a generar un problema hacia otro, que pueda atravesarlo lo más normalmente posible”

Otras estrategias del proceso terapéutico implementadas fueron: a) la atención ambulatoria, b) la visita domiciliaria, c) armado de la red de apoyo, d) espacios de sensibilización comunitaria y e) la creación de equipos móviles, denominados EMID-patrullas.

Además del personal médico, los enfermeros y los Operadores en Salud Mental¹³ fueron otros de los actores importantes en este proceso; Sin embargo el vínculo entre ellos era dificultoso. La inclusión de enfermeros en los equipos de Salud Mental nunca pudo resolverse, como si no estuvieran organizados para trabajar en el modelo biopsicosocial. Los equipos han sido integrados por neurólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y un conjunto de personas de las comunidades, que realizaron sus prácticas compartiendo saberes comunes. Todos fueron útiles al programa, la mayoría continúan en el mismo; mientras los enfermeros siempre estuvieron, si no ausentes, por lo menos como si no estuvieran. (Schiappa Pietra, 2008).

Frente a las estrategias comunitarias se pueden encontrar distintas posiciones, al respecto

¹² Entrevista realizada a Cristian Musi ex operador de salud mental en Viedma, en junio 2016. Entrevistadoras Semprini Carolina y Semprini Natalia.

¹³ No son Psicólogos, Psiquiatra, enfermeros; sin embargo instalan en los equipos de Salud Mental las condiciones de posibilidad para el trato persona a persona, son expertos en la realización de trabajos interdisciplinarios.

nuestra entrevistada Ailin Gallo¹⁴ manifiesta:

“Acá en Río Negro se habla de un equipo interdisciplinario, pero no se definen quienes los integran, entonces se entiende que si hay un psicólogos y un enfermero ya estamos hablando de interdisciplinariedad, pero lamentablemente los equipos acá en la provincia son en su mayoría psicólogos y hay muchos médicos , pero muy pocos trabajadores sociales. Lo que tiene de interesante nuestra ley es que incorpora recursos humanos no convencionales, que son operadores de salud mental, personas que son de la comunidad, que se forman para trabajar justamente en la cotidianeidad de la promoción de la salud de los usuarios”

II.4- Dispositivos comunitarios: casas de medio camino y empresas sociales

Las casas de medio camino son dispositivos con base comunitaria de la nueva red de servicios de salud mental que brinda a las personas que atraviesan padecimientos mentales no severos las herramientas y el apoyo interdisciplinario necesario para su efectiva inclusión. Pueden ser definidas como un espacio de contención y producción de saberes, donde se concentran acciones integrales destinadas a la rehabilitación y reinserción social de pacientes con padecimiento mental que buscan la promoción y el desarrollo del máximo de sus potenciales capacidades, en su medio habitual.

Tienen la finalidad de lograr un mayor grado de autonomía en la situación de cada uno de los pacientes. A través de actividades recreativas y productivas generando la formación de hábitos, como por ejemplo de limpieza, de alimentación, de un orden de horarios, de socialización.

Nuestro entrevistado Cristian Musi¹⁵ sostiene “que en salud comunitaria son los trabajadores de la salud, como también los espacios comunitarios, los que ayudan a las personas con padecimiento a atravesar esas crisis”. A su criterio existe una dependencia de por vida por parte de los usuarios con respecto a las estructuras intermedias de la salud

¹⁴ Entrevista realizada a Ailin Gallo, trabajadora social-Jefa de Residentes de Salud Mental. Ministerio de Salud de Río Negro, Viedma, junio del 2016. Entrevistadoras Semprini Carolina y Semprini Natalia.

¹⁵Entrevista realizada a Cristian Musi ex operador de Salud Mental en Viedma, en junio 2016. Entrevistadoras Semprini Carolina y Semprini Natalia.

mental comunitaria.

Según Schiappa Pietra (2008), las casas de medio camino suelen ser tomadas como referencias sociales, de identidad, de vida por quienes no poseen ningún otro lugar que sienten como propio. En casos de crisis concurren a cualquier hora para que escuchen sus problemas o buscando una simple compañía. Por su parte la jefa de residencia interdisciplinar de Salud Mental comunitaria, Ailin Gallo¹⁶ sostiene que “es importante aclarar que las casas de medio camino no funcionan como lugares de alojamiento permanente, sino que son casas donde los usuarios transitan durante el día. Sin embargo, “la casa de convivencia es un lugar de residencia en el cual actualmente- año 2016- conviven 3 personas y están acompañados por un operador de salud mental”.

La reglamentación de la ley hace referencia a estos dispositivos, que remiten a la figura de los Centros de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psicosocial establecidos desde 1987 en algunos estados de Brasil tras los procesos de reforma y desmanicomialización del sistema de salud mental.

En estas casas se realizan diversas actividades, como cocinar, limpiar, almorzar en conjunto, programas recreativos; es decir todas actividades que se llevan a cabo en el interior de una casa de familia. Se llaman casas de medio camino, porque justamente, los usuarios que la demandan, son personas que están a “medio camino” de reinserirse a la sociedad y a sus familias. Se trata de un lugar intermedio entre el hospital y la reinserción social.

Una situación problemática que se produce al interior de este dispositivo, es que no está previsto ni para alojamiento permanente, es decir que dichos usuarios no pasan las noches allí, ni para las situaciones de personas que además de padecer trastornos mentales a su vez son portadores de VHI-SIDA y que en algunos casos no existe una familia que los pueda contener. Al respecto en su momento la ministra de Salud Cristina Uría,¹⁷ por una situación que ocurre en General Roca manifiesta: “es un caso donde se mezcla lo social con lo de

¹⁶Entrevista realizada a Ailin Gallo, trabajadora social-Jefa de Residentes de Salud Mental. Ministerio de Salud de Río Negro, Viedma, junio del 2016. Entrevistadoras Semprini Carolina y Semprini Natalia.

¹⁷ Ministra de Salud Pública de la Provincia de Río Negro, del 2007 al 2011

Salud Mental y con el agravante, en la situación de esta chica que lo torna más complejo, su condición de paciente HIV que por sus características de debilidad mental no tiene conciencia de su situación que puede contagiar a otro” [...] “no se pueden tener permanentemente en la cama porque no tienen una dolencia física entonces caminan por el hospital, los pasillos y tampoco tienen custodia porque no es un caso de inimputable”¹⁸

Si bien estos dispositivos son considerados muy importantes para los funcionarios de salud y se los tiene presente presupuestariamente, son muy pocos los que se encuentran habilitados. Schiappa Pietra (2008), manifiesta que continuar con la política desmanicomializadora implicaba entrar en los servicios¹⁹, es decir pensar la salud mental como interdisciplinaria y centrada en la promoción social; los hospitales, los consultorios, el edificio mismo y sus costumbres médico-asistenciales, inhiben y obstaculizan ese tipo de trabajo. “Los Hospitales generales no pueden servir para dar comida a los sufrientes mentales indigentes e incluso para que en ellos se realicen talleres de oficios artesanales o simplemente como lugares de recreación (...) Imagínenos nomás una tropa de locos pasando por una sala médica de internación con palas y picos hacia una huerta, o la sala de espera llena de indigentes buscando alimento”.

En ese contexto nació la idea de La Casita, un Centro Hospitalario de Salud Mental Comunitaria, que trabajaría desde y con la comunidad. El primer centro se pensó en General Roca, tal como revela Schiappa Pietra (2008):

“La dirección del Hospital de General Roca no demostró el más mínimo interés; como quien debía proveer el edificio y personal, el Hospital no iba hacer nada, con Hugo²⁰ pensamos una alternativa. Operaríamos en esa área pero desde la Supervisión Zonal de Servicios de Salud Mental que tenía independencia y autonomía. Administrativamente La Casita dependería de la Presidencia Zonal (...) distintos organismos colaboraron con recursos materiales y humanos. Se capacitaron Promotores Sociales que se transformaron en Operadores de Salud Mental”

¹⁸ Entrevista periodística del diario Río Negro, el día 6 de mayo del 2007

¹⁹ Esto significaba ir hospital por hospital a trabajar con cada servicio de Salud Mental

²⁰ Hugo Cohen, jefe del programa de Salud Mental y Jefe del Departamento de Salud Mental en Río Negro.

En 1992 comenzó su primer trabajo el equipo²¹ de Salud Mental en La Casita, se realizaron múltiples tareas. La fundaron para dar a los sufrientes no algo preciso, sino cualquier cosa que ellos necesitaran para su reinserción social; O sea, nada denominado de antemano sino lo que las necesidades siempre cambiantes y los derechos vulnerados, fueran señalando. Se inauguró como centro día, pero pronto se transformó en un espacio usado de noche. Algunas personas llegaban de día y se iban de tarde, otros solo venían a comer o a dormir. Este lugar presentaba tan poca semejanza con las tradicionales instituciones sanitarias, que repugnaba o asustaba a los conservadores. Pero funcionaba como tratamiento y era eficaz para curar; este espacio siguió con este trabajo hasta 1998 en que deje el servicio; cuando la Casita pasó a depender del Hospital, terminaron para mí los años heroicos en Salud Mental. (Schiappa Pietra, 2008)

En otras localidades se abrieron espacios parecidos: Viedma, El Bolsón, Bariloche, Cinco Saltos. En la actualidad señala la Coordinadora Provincial en el área²² :

“Hay varias y tienen distintos nombres, para nosotros son estructuras intermedias. En Choele Choel está la casa del Joven que además de ser casa de medio camino, se trabaja el tema adicciones; existen otras similares en Valcheta, El Bolsón, Rio Colorado, Luis Beltrán y General Roca. En Cipolletti y San Carlos de Bariloche hay un centro cultural abierto, que también es la misma función que la casa de medio camino. Además en otros lugares como Sierra Grande, Comayo y Menucos hay un espacio de salud, que más allá de la cuestión nominal, son lugares que funcionan como casas de medio camino”.

El funcionamiento de las estructuras intermedias, dependen de la estructura hospitalaria de cada región. Cada lugar tiene una modalidad de inclusión en las casas de medio.

Por su parte, las empresas sociales consisten en diferentes propuestas laborales para las personas con padecimiento mental. Su objetivo es el desarrollo de distintas capacidades para la vida cotidiana, como la responsabilidad, la autoestima, la interacción con la comunidad, de manera tal de generar un bienestar en los usuarios, partiendo de la base de que son sujetos capaces de diferentes producciones. Esas producciones son ofrecidas a la

²¹ Formaron parte antiguas promotoras sociales, celadoras de hogares de menores, Psicólogas, coordinados por el Psicólogo José Schiappa Pietra.

²² Entrevista realizada a la Lic. Santillán, en Viedma, Abril del 2016. Entrevistadora: Semprini Carolina y Semprini Natalia.

comunidad en distintas formas, a través de las empresas sociales.

Los emprendimientos sociales dependientes de los Servicios de Salud, luchan contra la exclusión y a favor de la dignidad de las personas. Se plantean así, como una necesidad imperiosa de integrar a los grupos más vulnerables de las diferentes poblaciones, dirigiéndose principalmente a aquellas personas que padecen sufrimiento mental, con la misión principal de ofrecer un espacio de reinserción social y laboral y promoviendo la capacidad de involucrarse y participar activamente en los distintos proyectos de la comunidad (Muscillo, 2001)

En la Provincia se han desarrollado distintas empresas sociales:

- En la Ciudad de Cinco Saltos se desarrolló la Empresa Social "Manos laboriosas", un emprendimiento en el que trabajaban de manera permanente tres usuarios y en forma rotativa otros siete. Posteriormente se constituyó en cooperativa, integrada en su mayoría por madres de jóvenes con esquizofrenia.
- En Cipolletti se está desarrollando una Empresa Social de catering y gastronomía en las renovadas instalaciones del edificio original del Hospital General de la zona.
- En Valcheta se desarrolla actividades de lavandería
- En Ingeniero Jacobacci se lleva a cabo una confitería ambulante.
- En Bariloche se realizan actividades de vestimenta artística
- Actividades de parquización de espacios públicos en General Conesa
- En El Bolsón un emprendimiento productivo cuenta con la concesión del refugio de la confitería del Cerro Perito Moreno, la concesión del bufet del club
- Polideportivo Municipal incluyendo los Servicios de catering para fiestas y reuniones de la localidad y la atención de turistas en el área recreativa "Cabeza del Indio".
- En Maquinchao, desde el equipo de Salud Mental del Hospital "Orencio Callejas" con el apoyo del Municipio, se está desarrollando una Empresa Social "Nuestros Sueños", que cuenta con 8 socios de la localidad, quienes fueron capacitados durante cuatro meses para brindar el servicio de confitería, catering, mucama y servicios generales, bajo la coordinación de Cesar Huentenao, para la

administración de un Parador para el arribo de los micros. Es importante destacar, que el equipamiento para este proyecto fue financiado a través del Proyecto ISOLE, mediante un acuerdo firmado por la Ministra de Salud, Cristina Uria, y representantes de la ONG italiana CISP, y un aporte de la Dirección Nacional de Salud Mental

- En Viedma, el servicio de Salud Mental del Hospital General de Área Programa Viedma, Hospital Zatti, cuenta con una chacra -Empresa Social Chacra La Unión- de 29 hectáreas, en la cual se realizan diversas actividades rurales.

Las estructuras intermedias que se desarrollaron más arriba, comparten objetivos y características afines con respecto al desarrollo del modelo de salud mental comunitario en la provincia. Hugo Cohen y Natella (2013) explican los puntos en común que comparten las estructuras intermedias:

- a) “Funcionarán como dispositivos promocionales, es decir, que ayudaran al usuario a desarrollar y potenciar sus aptitudes y habilidades y produjeran condiciones de independencia. Esto implica el intento de que el usuario sea parte de la gestión de su vivienda, y de todas las cuestiones referidas a esta, para lo cual era necesario que los trabajadores de salud mental acompañaran el proyecto como facilitadores de su autonomía, actividad y capacidad de gestión. En donde los operadores de salud debían estar preparados para mediar cualquier situación de conflicto pero sin bloquear la capacidad de resolución de los problemas del usuario.
- b) Se promueve la elaboración conjunta de normas de convivencia; reglas acordadas en la cotidianidad o de manera escrita en las que se asientan las situaciones cotidianas relevantes.
- c) Respetando las costumbres y hábitos sin generar un choque con su formación y cultura.
- d) Que estén integradas al tejido social y no se encuentren en zonas alejadas y apartadas de otras viviendas de la comunidad.
- e) Que reúnan características que las asimilen al hogar natural de la persona, respetando condiciones de privacidad y subjetividad. Que cada habitante disponga de un cuarto individual, que el número de habitantes sea limitado, que respeten sus preferencias y elecciones en referencia al ritmo de vida.

- f) Que siguieran un criterio de transitoriedad en el alojamiento, en el sentido de no obstaculizar alternativas de autonomía progresiva.
- g) Que generen grados crecientes de auto organización y responsabilidad con la vida propia, la casa y el grupo”.

Según los autores estas características son las que garantizan la reinserción social entendida como:

“un principio que respeta el derecho de la persona a permanecer en sociedad, sea cual fuere su grado de dificultad, y para lograrlo se inicia en el primer contacto con el usuario. Reconociendo desde un primer momento su identidad, historia y circunstancia de vida, preservando sus vínculos, brindando asistencia ambulatoria o en hospitales generales y centros de salud, para generar un cambio de evitación del estigma e inclusión en el sistema general de salud. Además de atender a la persona durante la crisis, se promueven especialmente sus aspectos sanos y se ayuda a organizar su vida cotidiana y alcanzar auto validez y autodeterminación hasta donde fuera posible” (2013).

II.5- El caso de la ciudad de Viedma

La atención de Salud Mental en la ciudad capital está a cargo del Hospital Artémides Zatti, perteneciente a la III zona sanitaria del Ministerio de Salud Pública Provincial. Según los responsables del área de la Provincia el hospital de Viedma cuenta con un grupo aproximado de 26 profesionales dedicados a la atención en esta temática; el recurso formado se destaca en psiquiatría, psicología y médicos generalistas; estos profesionales reparten su actividad entre atención en el nivel central (hospital) y los Centros de Salud ubicados en los barrios periféricos de la ciudad. A su vez cuentan con la figura de los operadores de salud mental, Según Cristian Musi:²³

“Los operadores, además de atender las necesidades de los pacientes tienen que trabajar con todo el contexto social que rodea a los mismos; tienen que pensar además de su salud, poder evaluar las condiciones de vida, laborales, sociales y familiares; entonces su tarea va más allá de entregar su medicación o atender que su esquema de medicación este correctamente, que tengan su atención con su médico de cabecera sino que además tienen

²³Entrevista realizada a Cristian Musi ex operador de salud mental en Viedma, en junio 2016. Entrevistadoras Semprini Carolina y Semprini Natalia

que pensar en trabajar con el paciente en su reinserción social.”

Desde la sanción de la Ley 2440, el Servicio de Salud Mental del Hospital ha implementado diversas estrategias de reinserción socio-laboral, poniendo en prácticas distintos dispositivos que funcionan como Empresas Sociales.

En Viedma funcionan distintas empresas sociales tales como:

- el Vivero La Esperanza, ubicado en un barrio de la ciudad, donde realizan la tarea algunos usuarios y son acompañados por Operadores del Servicio de Salud mental y reciben capacitación por parte de Técnicos del INTA;
- b) un emprendimiento de construcción con una capacitación en albañilería;
- c) La Chacra la Unión,²⁴ donde plantan verduras y poseen instalaciones para recreación.

Mediante un Proyecto de Voluntariado en el año 2011, donde participaron docentes de la Universidad Nacional de Río Negro, Técnicos del INTA, usuarios y operadores del Servicio de Salud Mental que trabajan en la Chacra la Unión y otras personas de la comunidad, se puso en marcha una empresa social, que contó con el apoyo de AMAS²⁵; actividad que fue resuelta en Asamblea por el grupo de usuarios.

El Proyecto tuvo como objetivo dar respuesta a una demanda de diversificación productiva de la Chacra La Unión, incorporando la producción de hongos comestibles en el ámbito de la Empresa Social, dando de esta manera nuevas oportunidades de inserción laboral a los usuarios del programa y posibilitando la participación de miembros desocupados de la población de San Javier²⁶, promoviendo de esta forma un mayor nivel de integración con la comunidad.

Para llevar adelante el Proyecto se realizó una capacitación práctica sobre la producción de Hongos, en la Chacra la Unión, por parte del Presidente de la Cooperativa Agropecuaria

²⁴ La chacra “La Unión” se encuentra ubicada sobre el km 990,5.Ruta Nacional 3-parcela A-273 en la Zona IDEVI del Valle Inferior-Río Negro

²⁵Asociación de Manos abiertas y Solidarias

²⁶ Pequeña localidad ubicada en la zona rural –IDEVI-de Viedma.

GIRPAT de General Roca (Diario Rio Negro,21/4/12); una vez que la producción estuvo en condiciones de colocarse en el mercado; en una asamblea se resolvió con el acompañamiento de los Técnicos del INTA y los Operadores del Servicio, colocar un Stand en la Feria Municipal donde se mostró la producción y se la comercializo; al respecto nuestras entrevistadas nos manifiestan.

“con el permiso de la Municipalidad, que nos cedió un lugar gratis y vecinos de la comunidad que colaboraron con la cartelería y la degustación del producto, pudimos colocar un Stand en la Feria Municipal, de esta forma insertarlo en la comunidad. Los usuarios aprendieron a pesar y calcular el valor para su venta y lo recaudado fue repartido entre los usuarios participantes”²⁷.

Viedma, además de las Empresas Sociales, posee una Casa de Medio Camino, donde concurren alrededor de 50 usuarios por día, en este lugar se les sirve alimentos, controlan la medicación y hay talleres de recreación. Siendo asistidos por Auxiliares Asistenciales y Operadores de Salud Mental que son los encargados de atender las necesidades del usuario, trabajan el contexto social del sufriente mental. Y un equipo interdisciplinario que consta de psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, dependientes del Hospital local.

Como nos manifestó nuestra entrevistada Ailin Gallo²⁸: “Los pacientes realizan actividades de convivencia y ocupacionales, en el horario de 9 a 15 hs, allí se realizan actividades recreativo-terapéuticas, talleres de cocina, alimentación, de limpieza y jardinería; Donde participan de las actividades el equipo interdisciplinario del hospital Zatti de la ciudad”. Estos lugares funcionan como espacios de contención y capacitación para la reinserción socio-laboral, allí los usuarios festejan sus cumpleaños, fiestas de fin de año y en los talleres aprenden a trabajar en herrería, madera y en las huerta.

Acompañan a las personas con padecimiento mental una Asociación de Familiares-AMAS- que surge como un espacio solidario de acompañamiento y contención, a través de ella se canalizan y generan acciones en beneficio de un objetivo común: la inclusión social de los

²⁷Entrevista realizada a María Teresa Doñate–Técnica Área de extensión y Desarrollo Rural ProHuerta-INTA-Viedma y Alder Maite –Investigadora en Área INTA-en Viedma en mayo del 2016 .Entrevistadora: Carolina Semprini

²⁸ Trabajadora Social, jefa de residencia interdisciplinar en Salud Mental Comunitaria en Viedma. Entrevista realizada junio del 2016

usuarios.

III- CONCLUSIONES:

El presente trabajo tuvo como propósito analizar el proceso de reforma de Salud Mental en Río Negro, en el marco de la sanción de la ley 2440. Es a partir del año 1984 que se inicia una transformación en el Sistema de Salud Mental; tal como sostienen Cohen-Natella (2013) “el flamante Gobernador provincial y su Ministro de salud, en consonancia con las políticas nacionales, definieron a la Salud Mental como una de las áreas prioritarias de la salud pública de la provincia”

La desmanicomialización formo parte de la transformación de esta política pública, fue un proceso gradual, de construcción colectiva, que permitió la inclusión de sectores comunitarios, como usuarios, familiares y otros actores sociales, hasta ese momento desestimados de la esfera medico asistencial.

La sanción de la ley 2440 vino a legitimar una práctica que ya estaba instalada (Testa,1991); fue una etapa de gran compromiso tanto desde la esfera estatal como de la esfera no estatal. Este cambio cultural, respecto a lo manicomial donde se pasa de una modelo medico hegemónico o biomédico a un modelo comunitario o biopsicosocial, trajo como consecuencia el cierre del manicomio. Como destacan Cohen y Natella “la desmanicomialización fue sinónimo de nunca más manicomios o sus equivalentes- hospitales psiquiátricos, hospitales monovalentes de salud mental, colonias, asilos”

La transformación del paradigma, fue en muchos aspectos una reforma pionera en el país y en la región. Es así que se manifiesta un alto nivel de legitimidad por parte de la comunidad hacia esta política y muchos profesionales llegaron a la región a partir de esta propuesta innovadora (Franco, Gomiz Gomiz,Torres ,2000).

Un elemento importante en la transformación del sistema, fue el recurso humano organizado, donde con nuevas prácticas e intervenciones novedosas se comenzó atender no solo a los sufrientes mentales sino a la familia y su entorno social. Se tuvo que trabajar sobre un nuevo perfil profesional con capacitaciones permanentes, donde no solo dispusieran los instrumentos teóricos y metodológicos sino lo actitudinal para activar

familias y otros actores sociales hasta su transformación en recursos terapéuticos (Cohen-Natella, 2013)

La inclusión de la Salud Mental como quinta clínica básica en los hospitales fue primordial para el cierre del neuropsiquiátrico de Allen; si bien esta fue una importante decisión política, no siempre la parte gubernamental a pesar de ser siempre del mismo signo político, acompañó el proceso de reforma; como expresan Cohen y Natella (2013) “la continuidad no vino per se, se logró principalmente por el esfuerzo cotidiano de la conducción del departamento de Salud Mental, con frecuencia nadando en contra la corriente, sorteando presiones para abandonar la lucha, impulsando permanentemente nuevas iniciativas”

La ley 2440 hace mención a dispositivos comunitarios y se infiere que la vinculación entre la esfera estatal y no estatal se produce a través de los dispositivos. Los cuales se ven reflejados en la normativa como productores de un mayor bienestar, de mayores derechos y valores para la comunidad. Sin embargo, en la práctica diaria, se visualiza la falta de recursos edilicios y humanos en cada uno de estos dispositivos sin tener en cuenta, situaciones especiales como es el caso de los usuarios con VHI-SIDA, las personas con problemas judiciales y los usuarios desamparados;. Dado que algunos dispositivos como las casas de medio camino no funcionan como alojamiento permanente, sino que las mismas son un espacio de atención diurna, dejan a los usuarios en un estado de absoluta vulnerabilidad; frente a esta situación se observa la presencia de organizaciones de la sociedad civil como es el caso, en la ciudad de Viedma, de la asociación AMASS, la cual acompaña a los familiares y usuarios durante el proceso de reinserción social.

Sobre la base de las ideas expuestas se considera que la Política de Salud Mental implementada en nuestra provincia, no solo le compete responsabilidades a la esfera estatal sino que también a la esfera no estatal. Esta política pública plantea una “doble tendencia hacia la integración y la descentralización de competencias y recursos” (Gralia, Kunz y Merlo, 2006). Entendiendo a la descentralización de la misma como un medio para democratizar la sociedad; Siendo esta la esencia de dicha política, una apertura hacia el entorno social de las personas con padecimientos mentales, generando una “mayor participación ciudadana.

La Política de Salud Mental es compleja, hay diferentes miradas entre profesionales o entre escuelas de una misma profesión, es por eso que el trabajo en equipo se debe realizar desde una Coordinación del Departamento en Salud Mental, que este comprometida con la tarea a los fines de consolidar el sistema, sino nada es posible. Como sostiene Majone (1994) “plantear una política pública es, no solo tomar decisiones en el sentido de una elección de alternativas sino que hay que explicar la decisión de cambiar y persuadir a los demás de sus beneficios”.

La ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Padecimiento Mental, reubica a los usuarios como sujetos de derecho, a la población como objeto de esta política pública pero coloca al Estado como mayor responsable de su cumplimiento efectivo.

En 25 años que lleva este proceso de reforma desde la sanción de la ley se observan avances y retrocesos, épocas donde proyectos de voluntariados se comprometen desde la Sociedad Civil a trabajar en políticas de estado, donde agrupaciones de familiares acompañan y se involucran con los usuarios, otras donde el estado no parece estar presente como debería hacerlo, pero como sostienen Cohen y Natella (2013) la desmanicomialización comienza cada día, como comienza la vida de las personas; requiere de profesionales formados con un enfoque en Salud Pública y no haciendo prácticas en hospitales Psiquiátricos; es decir deben tener otro enfoque, estar orientados a intervenciones de corte comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, L (2009): Marco para el análisis de las políticas públicas. En Mariñez, Freddy y Garza, Vidal (2009) Política pública y democracia en América Latina del análisis a la implementación. Porrúa, México, D. F.
- ABAL MEDINA, J (2010): “Manual de Ciencia Política” EUDEBA. Buenos Aires.
- AMARENTE, P (2015): “La salud mental y la atención psicosocial”, Editorial Grupo 5; ISBN 9788494398049.
- ARDILA, S Y GALENDE, E (2011): “El concepto de comunidad de salud mental comunitaria”. Revista salud mental y comunitaria: Año 1, N° 1. Buenos Aires. Ediciones de la UNLa.
- BALMACEDA, R: “Patrimonio Cultural de la Salud, Identidad y Calidad de vida. La resignificación activa del valor identitario del “hospital común regional de Allen”, Rio Negro, Patagonia norte, como patrimonio cultural de la salud. Revista académica Calidad de Vida UFLO. Universidad de Flores, Año III, Número 6: 37-57
- CAPONI, S (1997): “Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud”. Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos, IV(2):287:307
- COHEN, H Y NATELLA, G (1995): Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro, Lugar Editorial, Buenos Aires.

- COHEN, H Y NATALLA, G (2013): La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- CHIARVETTI, S (2008): La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental; Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII p.p. 173-182. Fundación AIGLE
- DI NANNO, A (2008): “Hacia la construcción de una política en salud mental. rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad”. REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII N°2 p.p. 155-166.Fundación Aiglé. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/640/racp_xvii_2_pp155_166.pdf
- FALCONE, R (2000): Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf
- FARAONE, S; VALERO, A; BIANCHI, E; MANTILLA, J Y TAMBURRINO, C (2009):“El proceso de desinstitucionalización en salud mental”. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-062/1502.pdf>
- FARONE, S (2013) “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”. Revista Salud Mental y Comunidad. Año 3, N° 3 - Diciembre de 2013 - ISSN 2250-5768. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>

- FRANCO, M (2007): “Política de Salud Mental: Reforma Estatal y Percepción Social”. La salud publica en los tiempos del Neoliberalismo. El caso de la Provincia de Rio Negro, Ediciones del CEAPPE.
- FRANCO, M; TORRES, A; GOMIZ GOMIZ, J (2000): “Estrategias de reforma y prácticas sociales: La Política de salud mental en la provincia de Río Negro (1984-1992). Revista Pilquen N° 3.Centro Regional Zona Atlántica. Universidad Nacional del Comahue.
- GARCÍA DELGADO, D (1997): “Introducción nuevos escenarios locales. el cambio del modelo de gestión” en Hacia un nuevo modelo de gestión local. Municipio y sociedad civil en Argentina. FLACSO - Oficina de Publicaciones del CBC, UBA –Universidad Católica de Córdoba
- GALENDE, E (1988): “Modernidad y modelos de asistencia en salud mental en argentina”. II JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD. Disponible en:
<http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atencion-primaria>
- GALENDE, E Y ARDILA, S (2012): “El concepto de comunidad de salud mental comunitaria”. Revista salud mental y comunitaria, Año 1, N° 1:2011, Editorial-Revista Salud Mental y Comunidad. ISSN: 2250-5768. Buenos Aires Ediciones de la UNLa.
- GERLERO, S Y AUGSBURGER, A (2004):“Salud Mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos”. En el cual, se analiza la política de Salud Mental Comunitaria en las provincias argentinas. Editor Laborde.
- HERMOSILLA, A Y CATALDO, R (2012): “LEY DE SALUD MENTAL 26.657.ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS”. En PSIENCIA REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA. VOLUMEN 4 • NÚMERO 2. ISSN 2250-5504 . Departamento de Publicaciones - Asociación para

el Avance de la Ciencia Psicológica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4391089.pdf>

- K N A P P, M; M C D AN, D; MOSSIALOS, E; THORNICROFT,G (2007). Salud Mental en Europa: Políticas y Prácticas Líneas Futuras en Salud Mental; Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LA SERNA, C y GOMIZ GOMIZ, J (2007): “La salud publica en los tiempos del neoliberalismo. El caso de la Provincia de Rio Negro”, Ediciones del CEAPPE.
- MAJONE, G, (1994) Los usos del análisis de Políticas, en Aguilar Villanueva, L (comp) La hechura de las Políticas Públicas, 2da Ed. México. Porrúa grupo editor.
- MARAZINA, I (2012): “El proceso de tercerización en la salud mental brasilera”. Disponible en:
<https://www.topia.com.ar/articulos/proceso-tercerizaci%C3%B3n-salud-mental-brasilera>.
- MINOLETTI, A; ALVARADO, R; RAYO, X Y MINOLETTI, M (2014): “Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile”. Segundo Informe de Junio. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS). Universidad de Chile. Facultad de medicina. Escuela de salud pública. Se encuentra disponible en:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- MINOLETTI, A Y ZACCARIA, A (2005): “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia”. RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth 18(4/5). Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

- MUSCILLO, M (2001) “La Empresa Social, una forma de ser en el mercado” en Diario El Bolsón diario@elbolson.com
- O`DONELL, G (1993) “Acerca del Estado, la democratización y algunos problemas conceptuales. Una perspectiva latinoamericana con referencia a países poscomunistas”. Desarrollo económico, Vol. 33,Nº 130
- ___ (2002) “Acerca del Estado en América Latina. Diez tesis para discusión “Preparado para el proyecto PNUD-DRALC, Desafíos de la democracia en América latina, Buenos Aires y Brasilia.
- PELLEGRINI, J (2011) “Historia del publicitado “manicomio” de Allen, Río Negro”. Verte, Revista Argentina de Psiquiatría N*99. 15º Congreso Mundial de Psiquiatría Buenos Aires, Argentina: 392-395, Septiembre – Octubre. 2011
- RODRIGUEZ, J (2007): “La atención de salud mental en América Latina y el Caribe”. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N°2.
- RODRIGUEZ, J Y GONZALEZ, R (2007): “La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”. OPS/OMS- Washington.
- ROSENDO, E (2013): “Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental 2009-2013”. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. Buenos Aires. Disponible en:
<http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/viewFile/1999/2450>
- SANS, D (2013): Tratar la Locura: La Judicialización de la Salud Mental, Topía Editorial, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- SCHIAPPA PIETRA, J (2008): Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental. Fondo Editorial Rionegrino-Salud Pública documento de trabajo: La Desmanicomialización en Rio Negro.1995

- STOLKINER, A (2008): “Hacia la Construcción de una Política en Salud Mental”. REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII N°2 p.p. 167-171. Fundación Aiglé. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780011>
- VAINER, A (2014): “Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización”. Revista Topia. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud-mental-reforma-psiqui%C3%A1trica-y-desmanicomializaci%C3%B3n>
- VERCELLINO, S (2011):“Chacra la Unión”: producción de hongos comestibles patagónicos. Produciendo vínculos para la inserción socio laboral de personas bajo el programa de Servicio Mental del Hospital Artemides de Zatti de la ciudad de Viedma” Proyecto de Voluntariado –Universidad de Rio Negro-INTA-Servicio de Salud Mental Hospital Zatti-.

Fuentes:

- Código Penal de la Nación Argentina
- Ley Nacional 26657
- Ley Provincial 2440 de Rio Negro y sus modificatorias
- Constitución de Rio Negro 1994
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2004): Nuestra Democracia: *La democracia en América Latina: Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*, Nueva York, 2004. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/issues/democracy/costarica/docs/PNUD-seminario.pdf>

- MINISTERIO DE SALUD PRESIDENCIA DE LA NACIÓN- dirección de Salud Mental y Adicciones. Disponible en:
www.msal.gov.ar/saludmental
- REDI -Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad- (2011): El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social. Buenos Aires. Disponible en:
<http://www.redi.org.ar/index.php>

Diarios:

- Noticias
- Rio Negro
- Página 12
- La Nación

Páginas web:

- <http://www.who.int/es/> (Organización Mundial de la Salud)
- <http://saludmentalrionegro.blogspot.com.ar>
- <http://www.topia.com.ar/articulos/int-sans.htm>. (Revista Topia)h
- <http://www.msal.gov.ar/saludmental> (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación)
- <http://www.legisrn.gov.ar> (legislatura de Rio Negro)
- <http://www.appnoticias.com> (agencia patagónica de noticias)
- <http://www.actualidadrn.com.ar>(diario digital)
- <http://www.bariloche2000.com> (diario digital)
- <http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atencion-primaria> (Universidad de Nacional de Lanús)
- http://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/democratic_governance.html
- www.actualidadrn.com.ar/solotitulos.php?pagina=555. “

ANEXO I:

COMPOSICIÓN DE LA ESTRUCTURA DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO



