

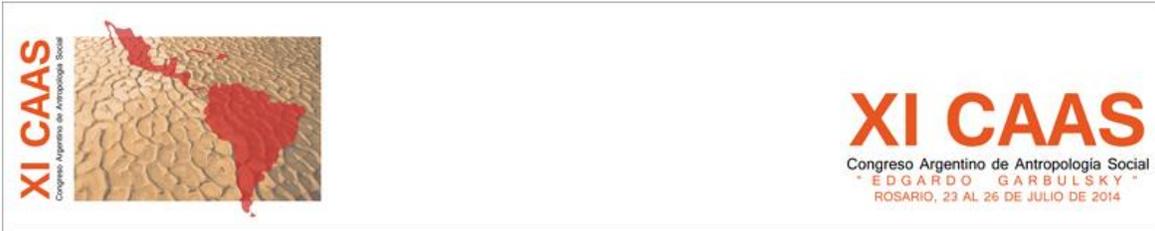
Ley Nacional de Salud Mental: aportes y desafíos en el marco de la experiencia de la Sala de Tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

Benassi, Evangelina.

Cita:

Benassi, Evangelina (2014). *Ley Nacional de Salud Mental: aportes y desafíos en el marco de la experiencia de la Sala de Tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/635>



XI Congreso Argentino de Antropología Social

Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

GRUPO DE TRABAJO

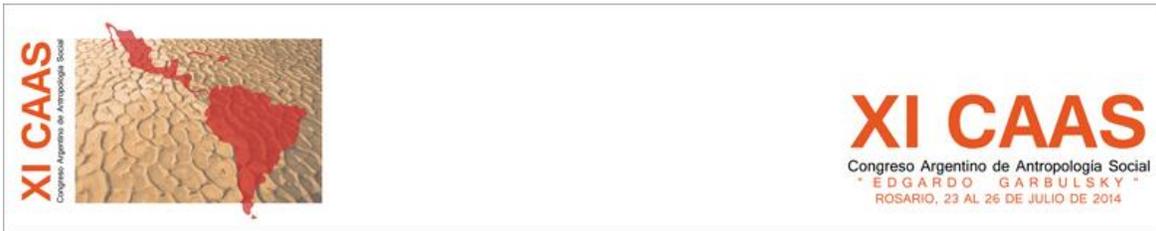
TÍTULO DE TRABAJO

Ley Nacional de Salud Mental: aportes y desafíos en el marco de la experiencia de la Sala de Tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros

1

Nombre y apellido. Institución de pertenencia.

EVANGELINA BENASSI – FACULTAD DE C. POLITICA Y RRII UNR – FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL UNER – DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL – COLONIA DE OLIVEROS



TITULO DEL TRABAJO: *Ley Nacional de Salud Mental: aportes y desafíos en el marco de la experiencia de la Sala de Tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros*

Introducción:

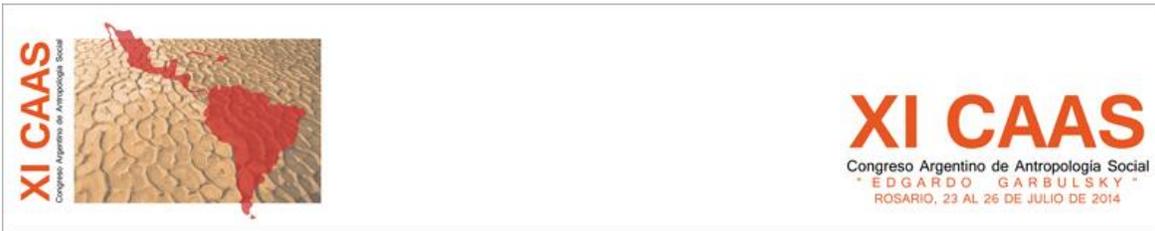
El presente trabajo tiene como objetivo estudiar la experiencia de la Sala de Tránsito de la Colonia de Oliveros utilizando la misma como ejemplo de una estrategia que surge contemporáneamente a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 –y enmarcada en ella-, cuyo objetivo es el abordaje de las crisis agudas en salud mental. La construcción y el sostenimiento de un dispositivo que permita la atención de las crisis agudas, previniendo la internación “en sala” genera efectos en lo clínico- individual como así también en las prácticas institucionales de un Hospital históricamente ubicado en un lugar asilar tanto para quienes allí estuvieron internados como para sus familias y la sociedad en general.

2

Para poder dar cuenta de ciertas aristas de ese campo de luchas y reivindicaciones históricas, analizaré algunos documentos que permitan reconstruir brevemente la historia del Hospital, puntualizando en tres hitos principales: el surgimiento del Comité de Admisión de la Colonia como dispositivo que permitió poner un coto a las internaciones compulsivas; la sanción y posterior reglamentación de la Ley Provincial de Salud Mental 10.772, y por último retomaré la experiencia particular de la Sala de Tránsito como un “punto de llegada” de esa historia institucional, pensándola como posible en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

La Colonia Psiquiátrica de Oliveros: la “CPO”

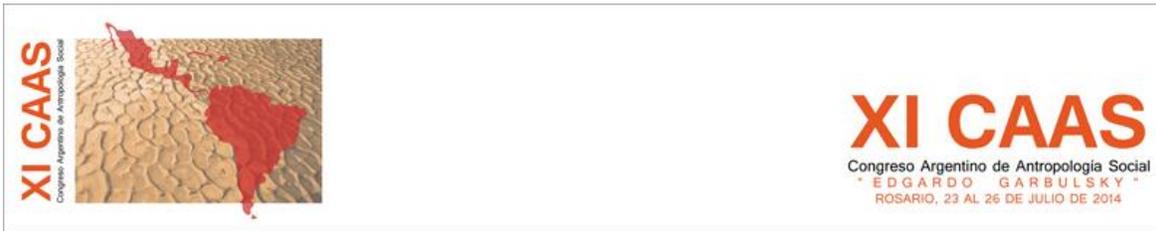
Para comenzar con el planteo de éste documento, considero pertinente reconstruir algunos rasgos que tienen que ver con el surgimiento del Hospital monovalente denominado “Colonia Psiquiátrica de Oliveros”, entendiendo que el mismo tuvo que ver con un contexto particular que hizo posible la creación de un dispositivo institucional de esas características. Para la realización del abordaje institucional en términos



históricos, se retoman los aportes de la Mg. Florencia Serra¹, quien fue trabajadora social de la institución a fines de los 90, y realizó un estudio de investigación sobre el abordaje con las familias de los pacientes institucionalizados desde la mirada del Trabajo Social. Así, encontramos que la Colonia de Oliveros (de aquí en adelante se enunciará como CPO, cuyo nombre “formal” es Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Abelardo Irigoyen Freyre), se encuentra ubicada en el camino de la ruta provincial N°11, a orillas del río Carcarañá, a 40 km al norte de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe y a 110 km de la ciudad de Santa Fe. La ruta 11 es el camino que une ambas ciudades. El Hospital se fundó en el año 1943 en el marco de la gestión del Dr. Abelardo Irigoyen Freyre en el Ministerio de Salud Pública y Trabajo de la provincia. Serra plantea que *“a partir del aumento considerable de la capacidad hospitalaria, motivada por los supuestos del incipiente Estado de Bienestar, la Colonia de Oliveros se crea como engranaje de una nueva estrategia que comienza a desplegarse en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular”* (Serra, 2011). Este abordaje tenía que ver con generar altos niveles de protección social en el acceso a derechos sociales universales, tales como la salud y la educación. Para ello, se construyeron diferentes dispositivos que intentaron dar respuesta a la cuestión social de la época. Entre las cuestiones relevantes, figuraban aquellas que atañen al cuidado de personas con padecimientos subjetivos y/o discapacidades mentales y físicas, lo cual en ese momento se consideró que podía ser atendido desde una misma organización institucional. Al decir de Rubén Lo Vuolo (1999) el ideario universalista del Estado de Bienestar en Argentina estuvo representado por las políticas sociales de salud y educación, y constituía un *“grupo de políticas sociales financiado desde rentas generales y ofrecido sobre bases universales... el espejo principal fue el régimen social – democrata, que pretende atender los derechos más allá del estrecho terreno de las necesidades absolutas y de alcanzar un estándar promedio en la distribución de*

3

¹ Título de la Tesis: “La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros”. Maestría en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Paraná, 2011. UNER.



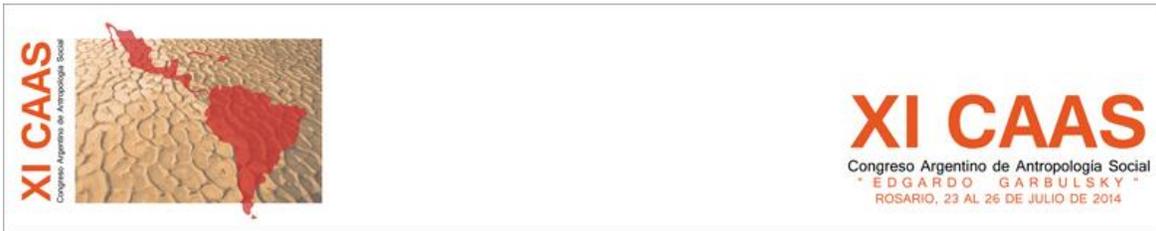
beneficios al conjunto de la población” (Página 186). Coincidente con el espíritu de la época, el cual planteaba la necesidad de la atención de los padecimientos subjetivos en zonas relativamente alejadas de los centros urbanos, la Colonia se instaló en plena zona rural, entre medio de dos localidades: Maciel y Oliveros. Por tal motivo es para las mismas la “fábrica” que permite acceso a trabajos “estables” en el marco del Estado y se convierte en el motor de organización de la vida cotidiana de sus habitantes: los horarios de trabajo, las relaciones laborales, las pertenencias afectivas se trasladan desde los pueblos al Hospital de manera permanente, lo que lleva a considerar a la institución como “el tercer pueblo” en donde se generan relaciones particulares como síntesis de lo que sucede en ambos. La Colonia se convierte, siguiendo a Serra en “una ciudad de locos, donde la locura tenía un lugar que no tenía en la sociedad y había lugar para ciertas extravagancias que en la cultura urbana no se sostienen” (Serra, 2011).²

4

Haciendo un repaso breve de la historia del hospital, podemos trazar una periodización que nos permita ordenar la información.

El **primer momento** tiene que ver con el **surgimiento**, y lo recortamos entre 1943 – 1976: momento en el cual en Argentina se produce el desarrollo de las instituciones típicas del Estado de Bienestar-consolidadas fundamentalmente en los períodos de gobiernos peronistas-, y en el campo de la Salud Mental se desarrollan estrategias que buscan consolidar y generalizar el modelo hospital-asilar. En relación al acceso a los servicios de salud, Andrenacci y Soldano (2006) plantean que durante la etapa del Estado Social, *“la política de servicios universales implicó una fuerte expansión del acceso, la intensidad y la calidad de la cobertura de los sistemas educativos, de salud pública y de infraestructura social...la salud pública tendió a completar una red de prestaciones gratuitas, desde la atención primaria hasta los servicios de alta*

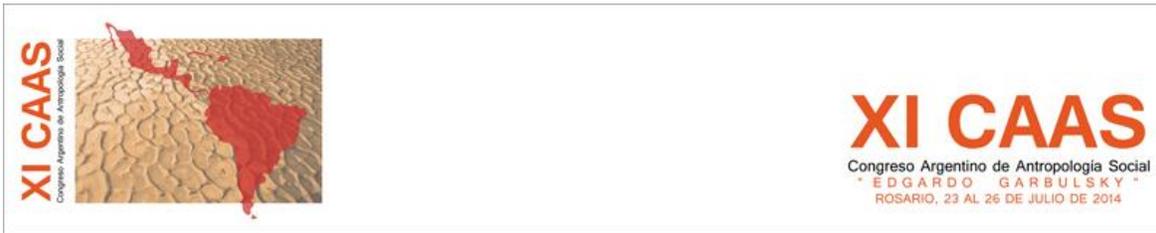
² Paulo Amarante inscribe a las Colonias de Alienados como un primer intento de rescatar el potencial terapéutico de la institución psiquiátrica. Las mismas se expanden en diferentes países en el siglo XX y son construidas en grandes áreas agrícolas, donde los alienados pudieran someterse al trabajo terapéutico. El trabajo es considerado aquí el medio terapéutico más precioso en tanto estimulaba la voluntad y la energía, a la vez que consolidaba la resistencia cerebral con tendencia a hacer desaparecer los “vestigios del delirio” (Amarante, 2007: 40-1).



complejidad, que elevaron el piso de condiciones de salud de los sectores de menores recursos” (2006: 60). En dicho momento histórico, específicamente en el abordaje del campo de la salud mental la propuesta de asistencia estaba sostenida en los modelos de intervención al estilo “Colonia”, siguiendo una lógica “manicomial” de abordaje del padecimiento subjetivo. Según Serra (2011), los modelos de Colonia proponen el tratamiento moral como eje, donde el trabajo representa el principal medio terapéutico. La autora historiza que durante la gestión de Irigoyen Freyre, éste propone un plan de Asistencia Psiquiátrica Integral en el cual se aportan las directrices para la atención de la salud mental en la Provincia de Santa Fe, organizada en Hospitales Monovalentes que se dividirían la población que se atendería en “agudos” (Hospitales ubicados en los cascos urbanos) y crónicos, los cuales serían atendidos en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros.

De acuerdo a los relatos de los familiares de los usuarios, que en el marco de la intervención profesional en el hospital fui reconstruyendo, los mismos historizan aquel momento con la “naturalidad” de considerar que era un lugar de residencia, en donde su familiar debía estar para poder garantizarle mejores condiciones de vida. En muchos casos, se apela al saber médico para justificar dicha decisión: *“el médico nos dijo que él debía vivir ahí, que no lo podíamos tener nosotros”*. En donde el “tenerlo” significaba hacerse cargo de la responsabilidad del cuidado, y aún asociada fuertemente la locura con la peligrosidad aparecía como un imposible. Esta “familiarización” con el hospital se refleja en una anécdota muy conocida, que se transmite en términos de registro institucional, y es la que cuenta que el colectivo interurbano (el conocido por todos como “lechero”), en aquel momento entraba al hospital, recorriendo todos los Pabellones. El relato versa en que los usuarios estaban apostados en el camino interno del hospital esperando la llegada de sus familiares, quienes además compartían en el espacio de ese viaje sus devenires respecto del usuario, de ese “otro” familiar.

En el marco de lo asilar y como se mencionó previamente, lo productivo – laboral cobra relevancia. *“En este período la Colonia se convierte en un importante polo productivo*

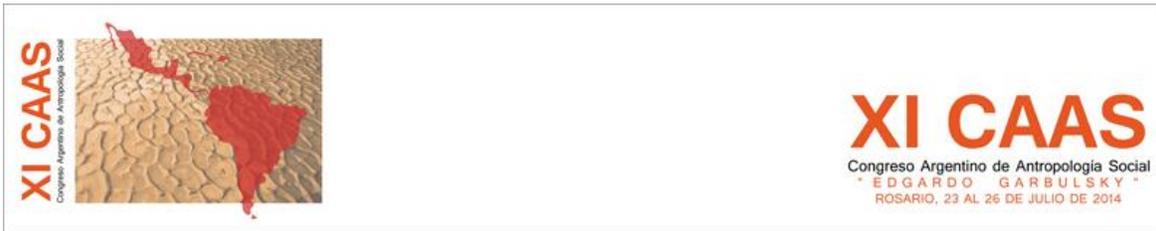


orientado a constituirse en un modo de financiamiento complementario. Hacia 1963 se encontraban en pleno funcionamiento emprendimientos de carpintería, panadería, fábrica de productos de limpieza, huerta y apicultura, mosaiquería, herrería, taller de automotores, lavadero, usina, escobería, zapatería, ropería, colchonería, entre otros” (Serra, 2011). Serra (2011) plantea que hacia la década del 70 la Colonia alcanza su máxima población con 1500 pacientes internados. La hegemonía del modelo médico-asilar centrado en la reclusión de la locura define el **momento fundacional** de CPO, y va a convivir con distintos intentos de *reformas y contrarreformas*³ que se producen en el campo de la salud mental en las décadas subsiguientes.

El **segundo momento** lo enmarcamos en la época de la Dictadura militar – criminal, realizando un recorte desde los años 1976 a 1983, momento de recuperación democrática. Tras el golpe militar de 1976, la CPO- al igual que la mayoría de las instituciones psiquiátricas públicas del país- quedan bajo la dirección de médicos pertenecientes a la marina mercante. Serra (2011) plantea que las principales líneas de intervención de los militares en las instituciones psiquiátricas fueron endurecer las formas de autoridad médicas presentes en estas organizaciones y hacer desaparecer cualquier tipo de experiencia de abordaje que representara un más allá de los contenidos más conservadores y medicalizantes. “*El encierro indiscriminado de personas con padecimientos subjetivos y la utilización de métodos terapéuticos propios de la psiquiatría tradicional: chalecos de fuerza, electroshock, lobotomías, guardó una íntima relación con las metodologías que el terrorismo de Estado empleó con la sociedad argentina durante el período 1976-1983*” (Serra, 2011). En la historia institucional y subjetiva tanto de los usuarios como los trabajadores, la etapa de la dictadura militar quedó inscripta como un momento de terror institucional, de total avasallamiento de los DDHH y en donde la moneda corriente eran las prácticas vejatorias. Así, al día de hoy aún circulan mitos en torno a lugares que quedaron

6

³ La autora (Serra, 2011) retoma al Mg José Alberdi (2003) en su estudio de los movimientos de reformas en el campo de la salud mental en Argentina, y que da título a su obra.

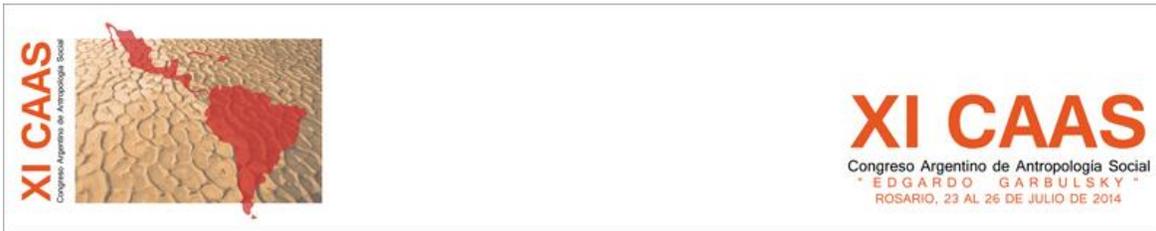


“marcados” por los padecimientos generados en picanas, electroshocks y otras prácticas, que siguen conviviendo en el imaginario institucional con lo que sucede cotidianamente; como un fantasma que se reinventa y aparece.

Por último, un **tercer momento**, que se recorta desde 1983 hasta la actualidad, en donde al albor de la recuperación democrática, y en consonancia con el espíritu renovador de la época, el campo de la salud mental es atravesado por una fuerte crítica al rol hegemónico de las instituciones manicomiales y al poder psiquiátrico ejercido en el interior de aquellas.

El eje del debate se centró en **repensar si el dispositivo asilar es un dispositivo terapéutico asistencial válido**, que genera condiciones para la mejoría de las situaciones de los usuarios, encontrándose fuertes críticas al mismo fundamentalmente por parte de los trabajadores. Así, comenzó a circular en el lenguaje de los mismos pero también de los funcionarios del campo de la salud la experiencia de la “**desmanicomialización**” de Trieste, Italia, constituyéndose en una bandera que era necesario proponer y sostener, en post de generar mejores condiciones de atención para quienes se encontraban atravesando una situación de padecimiento subjetivo. “*La pretendida desmanicomialización en la CPO durante el período de transición democrática, al igual que la mayoría de los hospitales neuropsiquiátricos públicos, encontró múltiples formas de resistencias que permiten comprender la sobrevivencia del paradigma asilar. No obstante esta experiencia habilitó debates en la institución y movilizó a distintos sectores institucionales a promover prácticas alternativas al manicomio*” (Serra, 2011).

A raíz de estas discusiones en torno a qué hospital queremos construir, se comienza a pensar, entre otras cosas, que era necesario regular el acceso e ingreso de los usuarios al mismo, que hasta ese momento se presentaba de manera espontánea e indiscriminada. En ese marco de incipiente transformación, la Ley Provincial de Salud Mental 10.772, sancionada en 1992 es aprehendida como herramienta jurídica y como



espacio de lucha política, en la empresa de construcción de un modelo asistencial alternativo a la depositación manicomial. A pesar de que esta ley se va a reglamentar recién en el año 2007, constituyó el marco normativo desde el cual se buscó legitimar la reforma institucional. *“En esta nueva configuración la política organizacional de la CPO se intenta definir a partir del criterio de cogestión, creándose un Consejo General de Dirección, integrado por los directores y coordinadores de las distintas Áreas. Asimismo se insertan en la institución profesionales de diferentes disciplinas”* (Serra, 2011).

De éste tercer momento, que podemos mencionarlo como un momento que aún tiene vigencia en la actualidad del Hospital, lo interesante es señalar la convivencia de dos “**modalidades**” institucionales de abordaje de la atención del padecimiento subjetivo: lo **manicomial** encarnado en la figura de lo asilar y lo **sustitutivo**, alternativo que se va conformando con diferentes experiencias que aún no tienen el grado de institucionalización necesario como para pensarlas como políticas públicas que trascenderán las gestiones o buenas intenciones de los trabajadores que las realizan.

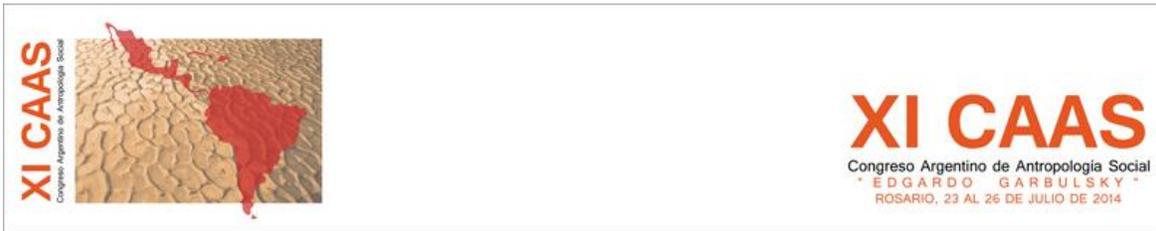
8

En ese marco de tensión es que se considera en éste trabajo a la **Sala de Tránsito** como un dispositivo que, sostenido en el tiempo desde el año 2010, viene instalando una serie de prácticas institucionales que permiten reformular el paradigma asilar en la institución, o al menos lo pone en cuestión.

Pero antes de llegar al desarrollo del Dispositivo Sala de Tránsito, es pertinente revisar la historia del surgimiento del Comité de Admisión, ya que dicha instancia es el antecedente inmediato de ésta.

El Comité de Admisión como herramienta para poder repensar la institución “asilar”.

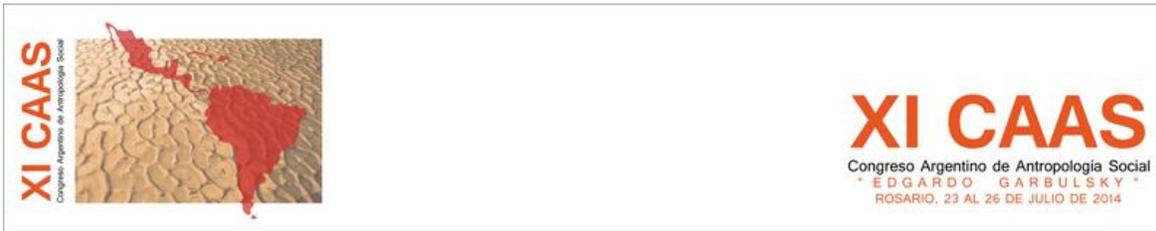
En el marco de la discusión descrita previamente en torno a la “desmanicomialización”, surge el dispositivo de Comité de Admisión como una herramienta que podía plasmar en la realidad institucional las transformaciones que se



venían pensando⁴. El dato relevante para pensar el surgimiento del Comité, lo constituye el Proyecto de Externación de la Colonia construido en el año 1984, por el cual se construye el dispositivo “Comité de Admisión y Egreso”, el cual se conforma por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y abogados. El proyecto planteaba que *“la admisión está conformada por un equipo de salud que participa en el pedido de internación, analizando la demanda del sujeto y del grupo familiar, en el registro de la particularidad. Tiene autonomía para decidir la entrada a la institución cuando no es posible la permanencia en la comunidad”* (Barrios, 2010).

El proyecto tenía como intencionalidad generar cierta ruptura con la lógica de encierro y con el ingreso indiscriminado de pacientes al hospital, quienes solamente eran evaluados por médicos de guardia y luego ingresaban a una sala. Pero más allá del ingreso en sí, lo que se ponía en cuestión era qué registros en relación al padecimiento subjetivo, y su expresión más cotidiana “la locura” había en las comunidades, en las familias y en los equipos territoriales intervinientes en diversas situaciones. Es por ello que se plantearon criterios taxativos a la hora de evaluar las situaciones que llegaban al Hospital, intentando discriminar que es lo pertinente para un efector monovalente y qué cuestiones podían ser atendidas desde otras políticas sectoriales, o desde el sector salud pero en el primer nivel. En el Artículo 1 se plantea cual es la lógica de utilizar un “criterio de admisión”, y se dice al respecto: *“el criterio de Admisión es re significar la demanda que llega a la institución desde un abordaje interdisciplinario que permita situar aquella instancia de admisión que con mayor eficacia pueda dar una respuesta terapéutica a la problemática planteada”* (Barrios, 2010). Se enmarcan los criterios de admisión en la Ley Provincial de Salud Mental 10.772, contemporánea de aquel momento de creación del dispositivo. La Ley Provincial, entre otras cosas enuncia que *“se privilegiaran aquellas alternativas de tratamiento de las crisis subjetivas que menos restrinjan la libertad y alejen del grupo familiar y social, sin desatender los criterios de*

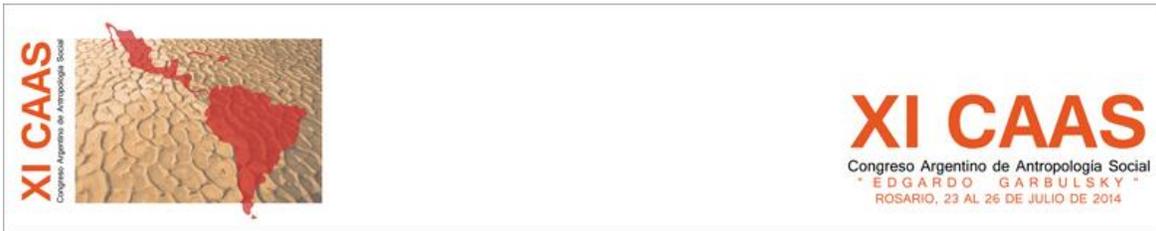
⁴ La Lic. En Trabajo Social Marisa Barrios, quien se desempeñó profesionalmente en la Colonia de Oliveros, realizó su tesis de Maestría en Trabajo Social de la UNER sobre el Comité de Admisión y los criterios de admisión. “Delimitación de funciones terapéuticas y funciones asilares en la problematización de los criterios de admisión a las instituciones psiquiátricas. El caso de la Colonia de Oliveros luego de la última crisis argentina de 2001”. UNER. Paraná, 2010.



regionalización, privilegiando la particularidad del cuadro clínico” (Ley 10.772, Artículo 3). El criterio de regionalización se convirtió en un eje de disputa territorial respecto del abordaje que los tres efectores monovalentes debían realizar. En ese sentido se comienza a depurar la internación apuntando a que los usuarios transiten la misma en el efector más cercano a su comunidad y familia, por lo cual ya no se permitieron internaciones de aquellas personas cuya referencia territorial no estuviese ligada al área programática del Hospital, en éste caso recortado en la zona centro y este de la Provincia. Si bien quedaron usuarios alojados en el Hospital de épocas anteriores, oriundos del norte o sur provincial, se intentó respetar de allí en más ese criterio. El reglamento interno excluye como criterios de internación aquellos que refieran a cuestiones de “clínica médica” que no requieran atención de tipo psiquiátrica en forma de internación y también excluye los criterios “gerontológicos”, de pacientes ancianos que puedan ser atendidos en instituciones específicas.

10

Respecto de estos dos puntos, el acento estaba puesto en la pertinencia de la internación en un hospital monovalente de usuarios que estuvieran transitando situaciones que podían ser atendidas por otros efectores de manera adecuada. Así, se comenzó a plantear que las cuestiones clínicas se podían atender en Hospitales Polivalentes, de diferentes complejidades, y que si en el marco de esa atención el usuario atravesaba una crisis subjetiva lo mejor era que el servicio de salud mental de ese hospital pudiera atenderlo. De igual modo, con el criterio de la pertinencia, se limitaron las internaciones gerontológicas atendiendo a que la institución no da respuestas específicas de abordaje de dicha problemática, ni cuenta con los recursos necesarios para hacerlo. El estatuto funcionó como marco de regulación estableciendo criterios respecto de problemáticas a ser admitidas dentro de lo que se denomina campo de la salud mental y diferenciándolas de problemas ligados con la pobreza o ciertas enfermedades ubicadas dentro del campo de la clínica médica. Si bien en términos enunciativos esta distinción podía aparecer clara, al momento de realizar las evaluaciones el entrecruzamiento de las causas en el malestar del usuario hacía difícil

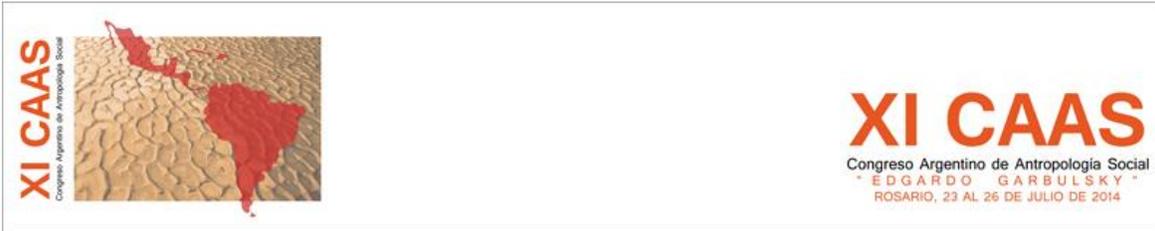


distinguir si el padecimiento subjetivo respondía a una causa “psi” o si tenía que ver con las condiciones concretas de existencia, entendiendo que una no puede ser pensada sin la otra.

Aquí me parece importante repensar como la salud y la asistencia, que históricamente surgen de manera conjunta como políticas sociales por parte del Estado, incluso en términos organizativos, arrastran esa herencia de manera permanente, lo cual se reedita permanentemente en las prácticas. Las preguntas: ¿qué es lo específicamente atendible desde el campo salud? Y ¿qué es lo específicamente atendible desde el campo de la asistencia social?, son muy difíciles de precisar.

Marisa Barrios (2010) retoma una discusión que en el año 2005 un grupo de trabajadores del hospital se dan respecto de los Criterios de Admisión. El punto de partida tenía que ver con considerar que aquellos establecidos en el estatuto del año 1992 y enmarcados en la Ley Provincial de Salud Mental 10.772 se habían “**flexibilizado**”, respondiendo a una lógica manicomial con una intervención predominantemente asistencialista / paternalista. En esa discusión se plantearon algunos ejes de debates, tales como los que refieren a aquellos pacientes que viven el hospital como su “hogar” y la “comodidad” que los mismos tenían allí; también se menciona el aumento de las internaciones por “órdenes judiciales”, agudizándose la discusión en el año 2006 con el traslado de pacientes que se encontraban en el Pabellón Psiquiátrico de la Unidad N° 1 de Coronda.

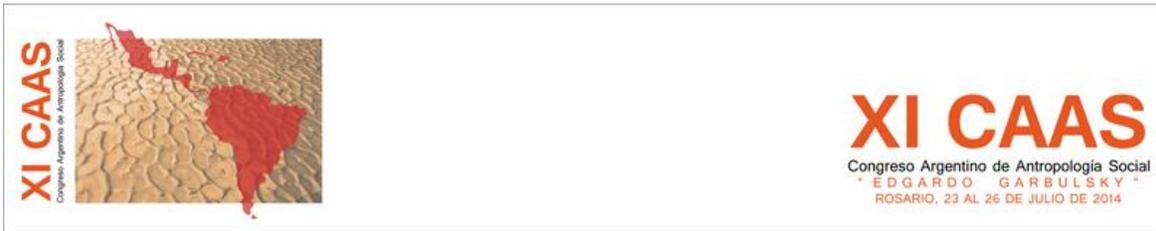
De éste apartado es importante destacar que la **discusión respecto de los criterios** fue atravesando diferentes momentos, relacionándose con distintas instancias y gestiones a nivel institucional como también con diferentes momentos políticos que se vivieron en el hospital, algunos de los cuales tenían que ver con conflictos gremiales, eleccionarios, y que fueron transformando y metamorfoseando las discusiones, que siguieron girando en torno al mismo eje: el **manicomio** y la **sustitución** de las lógicas manicomiales. La condensación de las discusiones y las imposibilidades de construir



acuerdos institucionales y precisiones teóricas - clínicas al respecto hicieron que en muchas circunstancias se refuerce (el manicomio) lo primero desde posiciones que reivindicaban lo segundo. Así mismo desvalorizaron el concepto de “desmanicomialización” utilizándolo como una generalización que no tuvo bordes precisos en términos de las intervenciones concretas. “El manicomio” paso a ser la “organización institucional”; que si bien claramente hacía carne de esas modalidades, la situación se fue tornando cada vez más compleja cuando teníamos que pensar: ¿qué otros modos de abordajes en términos de organizaciones institucionales son posibles?

De la Ley Nacional de Salud Mental y la construcción del dispositivo Sala de Tránsito

La ley Nacional de Salud Mental fue sancionada en noviembre de 2010, reglamentándose en mayo de 2013. La misma establece un paraguas general, a nivel federal que permite regular las prácticas de salud mental en todo el territorio. En el caso de la Provincia de Santa Fe y tal como fue mencionado previamente, desde el año 1992 venimos construyendo nuestras prácticas en el marco de la Ley Provincial 10.772, Ley que fue reglamentada en el año 2007 (quince años después), la cual en general tiene el mismo espíritu que la Nacional en términos de “privilegiar aquellas estrategias que menos restrinjan las libertades individuales de los pacientes psiquiátricos”. En tal sentido, para nuestras prácticas “cotidianas” la Ley Nacional no derivó en grandes transformaciones, pero sí en lo que refiere a algunas cuestiones que son importantes mencionar. Por un lado, lo que refiere a los plazos de internación, estableciéndolos de modo legal. Si bien como se dijo previamente la Ley 10.772 planteaba que “las intervenciones debían ser aquellas que menos restrinjan la libertad” no establecía plazos al respecto. La Ley Nacional plantea en su **Artículo 14**: “*La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con*

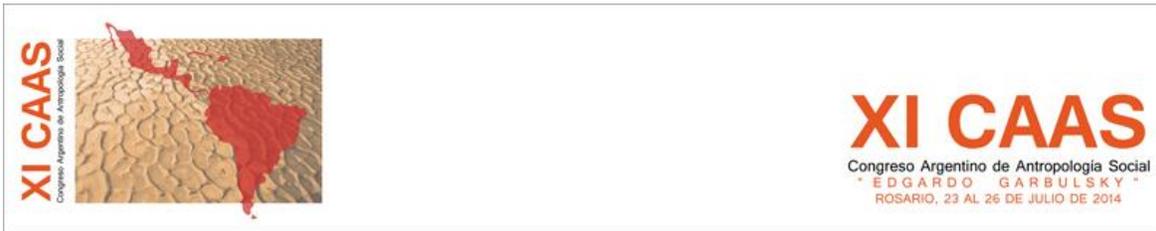


sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”; el **Artículo 18** se establece como **plazo máximo de internación** con consentimiento los 60 días corridos. En caso de que en ese período el paciente aun continúe requiriendo de internación, la situación debe “judicializarse”, esto es, “ser comunicado a un juez” quien evaluará si la internación continúa teniendo carácter de voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria⁵.

En términos institucionales y políticos, es necesario mencionar algunos otros aportes centrales que introduce la nueva Ley Nacional como marco para pensar el abordaje en Salud Mental. Los mismos fueron retomados del análisis que realiza Enrique Carpintero (2011) a partir de cuatro conceptos: **1.Derechos humanos**: la ley establece la defensa de los derechos de los usuarios modificando el Código Civil⁶. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su “peligrosidad”, como así también para garantizar internaciones por plazos breves. En términos políticos, implica complejizar la histórica asociación entre locura – peligrosidad, lo cual tiene implicancias en términos sociales: un usuario se interna en tanto y en cuanto la situación de riesgo (no peligro) para sí o para los demás inhabilite otras alternativas por la vía ambulatoria. La protección, en primera instancia, es para el usuario en tanto portador de DDHH, y es en tal sentido que se evaluará la intervención. **2.Equipo Interdisciplinario**: la Ley Nacional promueve los equipos para la atención en salud mental, añadiendo que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la APS. Este viraje en torno a privilegiar lo ambulatorio, si bien en la Provincia de Santa Fe ya se venía llevando adelante desde hace tiempo, es importante

⁵ “En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por ésta ley’ (Artículo 18 – Ley Provincial 10.772)

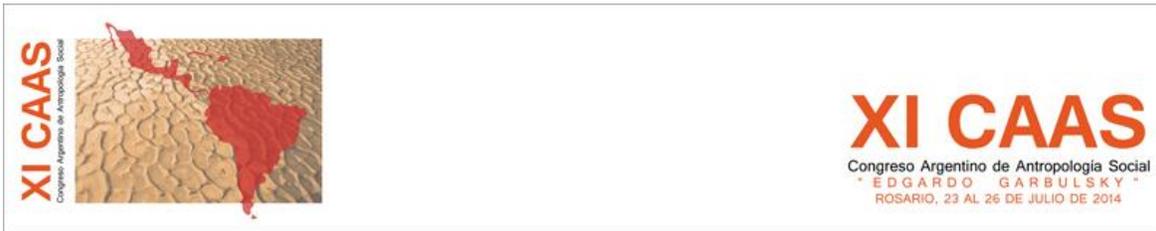
⁶ Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la “constatación de riesgos cierto o inminente. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos”, “se propician las internaciones por plazo breve”.



que sea reconocido a nivel nacional porque habilita en la gestión de recursos comunitarios suficientes para atender a la complejidad de las demandas. **3. Estructuras manicomiales:** prohíbe la creación de nuevos manicomios y en el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios de la ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. En términos de banderas y de eslóganes, este aspecto de la Ley Nacional es el que ha calado más hondo en términos sociales, desde mi perspectiva, desde la idea “no más manicomios”. Así, recientemente en la Provincia de San Juan el Gobernador Gioia “inauguró” un nuevo hospital monovalente, lo cual valió el inmediato repudio de organizaciones como el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales)⁷ y la posterior aclaración desde la Dirección Nacional de Salud Mental de que no creaban un nuevo manicomio, estaban arreglando el que ya existía para dejarlo en condiciones dignas de asistencia... Allí se abre un nuevo aspecto del debate, que es ¿cómo se genera la transición hacia los nuevos dispositivos? , ¿Qué sucede con las condiciones de alojamientos actuales de los usuarios que sí están internados?, ¿Cómo pensamos la transformación? 4. Por último, la Ley instala **Reivindicaciones democráticas** en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales para ocupar cargos de gestión de los servicios.

Hay dos aspectos más que pueden ser destacados. Uno tiene que ver con la propuesta que la ley establece respecto del aspecto **presupuestario**, planteando en el Artículo 32 que *“el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio”* (Artículo 32). Este aspecto es

⁷ El CELS publica en su página oficial, el 22 de mayo de 2014 la siguiente nota: *“Preocupación por el incumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la provincia de San Juan: El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), integrante de la Red por la Plena Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, realizó un pronunciamiento conjunto con otras redes y organizaciones en rechazo del proyecto de remodelación y ampliación del Hospital Mental Zonda en San Juan. Esta iniciativa es contraria a una política de atención en salud mental inserta en la comunidad, de carácter interdisciplinario y que evite la estigmatización y el aislamiento de las personas con discapacidad psicosocial. El proyecto implica un claro retroceso y entra en contradicción con los principios reconocidos por la Ley Nacional de Salud Mental y los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos asumidos por Argentina”* (www.cels.org.ar)



central para poder transformar el manicomio, pensar en dispositivos sustitutivos y responder a la pregunta anterior: sólo podremos generar transformaciones y construir sustituciones si contamos con qué hacerlo. Considerando que la política pública se expresa en el presupuesto y no en las “buenas intenciones”, contar de hecho con ese presupuesto sería un buen modo de comenzar la transformación⁸. Hasta el momento, no se cuenta con el mismo. El otro, es que la ley **incluye a las adicciones** como una problemática del campo de la salud mental (Artículo 4). En este sentido, limita al sector privado que era el que habitualmente abordaba situaciones problemáticas de consumo, derivándolas ahora al sector público para su atención integral⁹.

La construcción del Dispositivo “Sala de Tránsito” en la Colonia de Oliveros

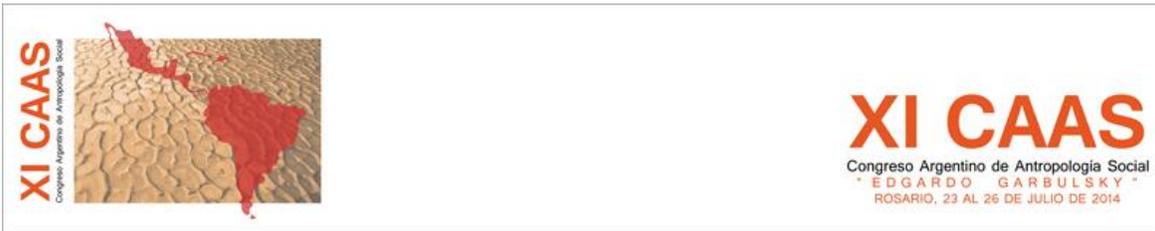
La sala de tránsito se inaugura el 20 de diciembre de 2010, emplazada en un sitio del hospital en donde funcionó históricamente el dispositivo “Moradores”, que consiste en viviendas para usuarios que pueden vivir sin atención de enfermería 24 horas, y residen en una morada compartida, al interior del Hospital. En ese entonces, Moradores se trasladó a otro sector del hospital en donde funcionaba un área administrativa, y la casa en la cual estaba emplazada se reasignó al dispositivo de Tránsito.

Los criterios generales de la ST la definen como un dispositivo de 10 camas (7 hombres, 3 mujeres) destinado a períodos de internación de 1 mes como máximo. Si en ese lapso no se generaron condiciones de externación el paciente será derivado a sala de ingreso, tomando el equipo de dicha sala la situación.

La intervención se considera como “específica”, en el sentido que tiene como objetivo la estabilización subjetiva en usuarios que cuenten con los recursos (sociales, familiares,

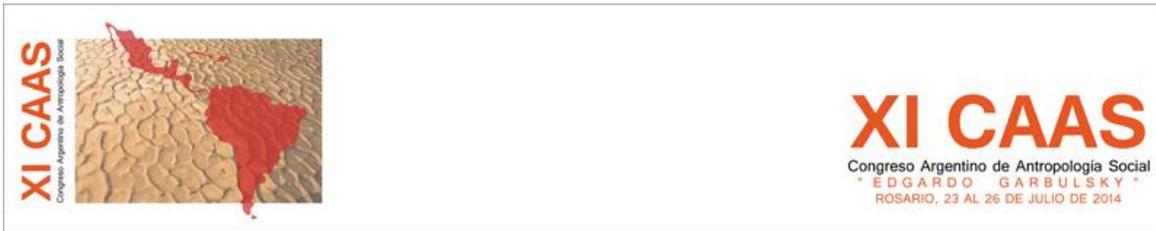
⁸ De hecho es uno de los cuestionamientos más ríspidos de la Ley Provincial de Salud Mental, la cual en su artículo 18 establece la necesidad de construcción de dispositivos sustitutivos pero no menciona la modalidad presupuestaria que se utilizará para lo mismo, quedando en la mayoría de los casos a merced de las buenas prácticas de los trabajadores.

⁹ La inclusión de las problemáticas de las adicciones al campo de la salud mental plantea una multiplicidad de interrogantes y desafíos que ameritaría un abordaje específico que trasciende los alcances de este artículo.



sanitarios, etc.) para ser externados en cuanto existan condiciones clínicas para la prosecución ambulatoria de la atención del caso. En tal sentido la construcción del dispositivo significa un salto cualitativo en términos de que previamente aquel usuario con criterios de internación y luego de ser evaluado por el Comité era internado en las “salas” del Hospital. Es necesario realizar aquí una breve referencia a las salas de internaciones para comprender el porqué de la complejidad de la internación “como primera instancia” en las salas. La CPO tiene una totalidad de 10 salas de internación. Las mismas se encuentran organizadas por divisiones de género (salas de mujeres – salas de hombres) a excepción de la sala 9 que es mixta. También organizadas por el tipo de situaciones que atienden. Se encuentran, así, las salas de pacientes crónicos (de mujeres, sala 2 y 3 y de hombres salas 8 y 10) y de “ingresos” o agudos (salas 1 de mujeres, y 5, 6 y 7 de hombres). La conformación de dicha organización de las salas es relativamente reciente, a fines de los 90 y durante la década del 2000/2010 se fueron redefiniendo éstas modalidades, lo cual generó que en la mayoría de las salas haya coexistencia de ambas tipologías: crónicos y agudos o ingresos. Por tal motivo, las salas consideradas de “ingreso” siempre se encontraron con una cantidad de pacientes estables, que vivían en el hospital desde hacía ya muchos años y cuyo trabajo de externación requería de un abordaje lento, procesual. Así mismo al ser consideradas como salas de ingreso recibían aquellos pacientes que tenían criterios de internación y recién llegaban a la institución. La coexistencia de ambas lógicas constituyó y constituye una dificultad para el trabajo de los equipos profesionales y de enfermería, ya que no se puede abordar las situaciones con los cuidados y atenciones específicas que ambas requieren.

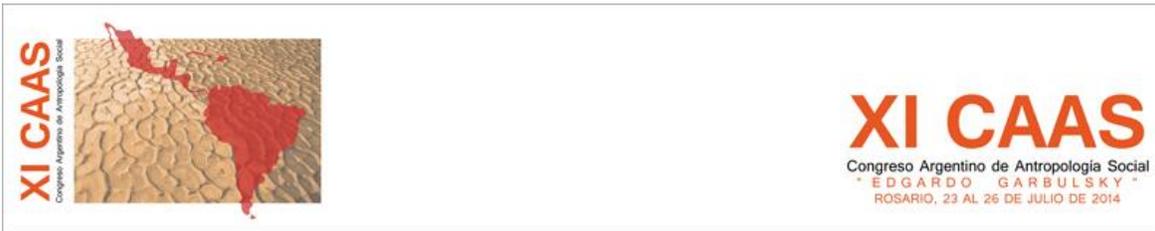
Es por esto que se pensó la ST como un dispositivo que pudiera “aliviar” la internación de las salas, pero no desde un lugar de camaradería de compañeros sino poniendo énfasis en la cuestión clínica: había una gran cantidad de pacientes que ingresaba a la institución y debido a las dificultades de abordajes en las salas permanecía en el hospital mucho más tiempo que el “necesario”, esto es, que la estabilización de su



cuadro clínico. Para poder llevar adelante los objetivos del dispositivo se consideró pertinente que era necesario constituir varios equipos de trabajo que funcionen diariamente atendiendo en forma rápida e inmediata la crisis y luego derivar la situación al efector “más cercano al domicilio” (nótese nuevamente, el criterio de regionalización se resignifica). Respecto los equipos de Comité de Admisión/Sala de Tránsito, tienen a cargo tanto las admisiones al hospital como la atención de los pacientes que sean alojados en el dispositivo. El equipo funciona de modo integrado con el equipo de guardia.

Es interesante remarcar que, con la creación del dispositivo Sala de Tránsito, se rediscuten los criterios de admisión. Aquellos que previamente habían sido revisados en el año 2005, son nuevamente puestos en consideración, pero desde una óptica operativa en el sentido de poder redireccionar las intervenciones en éste nuevo espacio del hospital. La sala de tránsito establece sus propios criterios de admisión. Los aspectos más conflictivos o complejos son aquellos que responden a “causas sociales” lo cual de acuerdo a lo establecido no sería alojado en el tránsito, considerando que la situación llevará mayor tiempo de externación. Algunas de las dificultades tienen que ver con el número de camas, que en general aparecen como insuficientes; el tiempo de alojamiento establecido (máximo de 30 días para compensación de la crisis); derivaciones hiperburocratizadas (en los CAPS se han conformado equipos de Fortalecimiento que toman la derivación y en muchos casos dificulta el abordaje farmacológico) y también vuelve a aparecer la vieja discusión (año 2005) respecto de los “casos sociales” o aquellas situaciones que requieren de mayor tiempo de internación no por cuestiones estrictamente clínicas sino más bien porque no cuentan con “ningún recurso” ni afectivo, material o simbólico que funcione como sostén en el “afuera”.

Ahora bien, como “invertir” a largo plazo en la construcción de marcos institucionales que ayuden a procesar las modalidades de resolución de conflictos (en éste caso, crisis subjetivas que ponen en conflicto una familia, un barrio, una comunidad, un sujeto) y

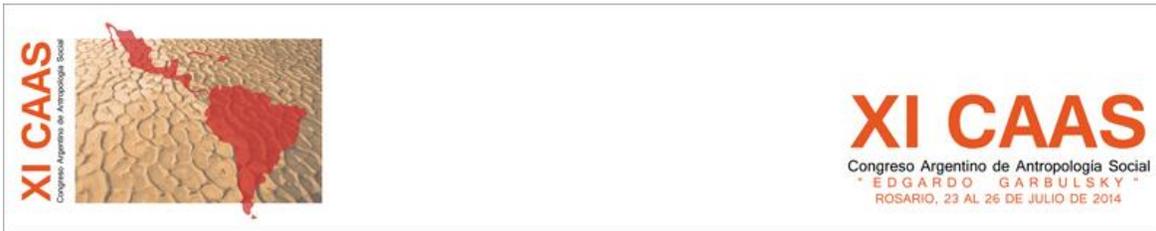


actuar sobre esas modalidades? Repetto nos dice al respecto que “*el papel de las instituciones respecto de la gestión pública reside en enmarcar el accionar de los actores que pugnan por darle cierto carácter y dirección a las decisiones y acciones de quienes ejercen el manejo del Estado en diversos campos de intervención, por ejemplo, las políticas sociales*” (Repetto, 2011: 144). La institucionalidad política es un proceso de inclusión / exclusión en el cual se constituye (e instituye) la agenda pública (representando ciertos intereses e ideologías sobre otros) y se deciden, implementan y evalúan las políticas públicas. Pensando que, en la construcción de la institucionalidad política, somos actores que operamos en tanto recursos de dicha institucionalidad, fundamentalmente en lo que refiere a la administración de la misma, es posible pensar las potencialidades que ese rol tiene en términos de construir e instituir nuevas modalidades de abordaje. Como actores, no operamos “en vacío” sino que lo hacemos en el marco del sistema de instituciones políticas que organizan el poder en torno a una determinada temática en éste caso la Salud Mental. Si pensamos la gestión como un espacio de mediación entre los procesos macro –políticos- y la vida cotidiana de la población, podemos decir que la Sala de Tránsito se constituye en un dispositivo en el cual se gestiona el abordaje del padecimiento subjetivo, en éste caso expresado a través de crisis o rupturas con la vida cotidiana que requieren de un abordaje. Abordaje que intentará trascender la particularidad e instalar regularidades, que permitan pensar que, más allá del caso, hay una legalidad que funciona como parámetro que universaliza.

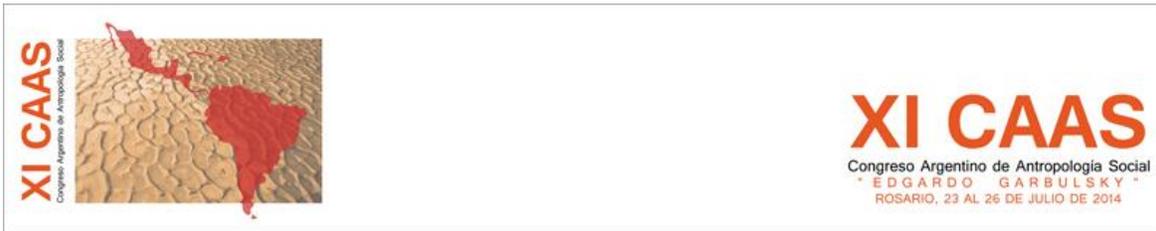
18

La sala de tránsito, un dispositivo que aporta a la construcción de institucionalidad en el abordaje de las crisis subjetivas

La institucionalidad social, puede ser pensada siguiendo a Repetto como “*el conjunto de reglas de juego formales e informales (incluyendo las rutinas y costumbres organizacionales) que se ponen en funcionamiento para procesar y priorizar los problemas sociales, a la vez de enmarcar el contenido y la dinámica administrativa y política de las políticas sociales. Para todos los involucrados, la institucionalidad social*



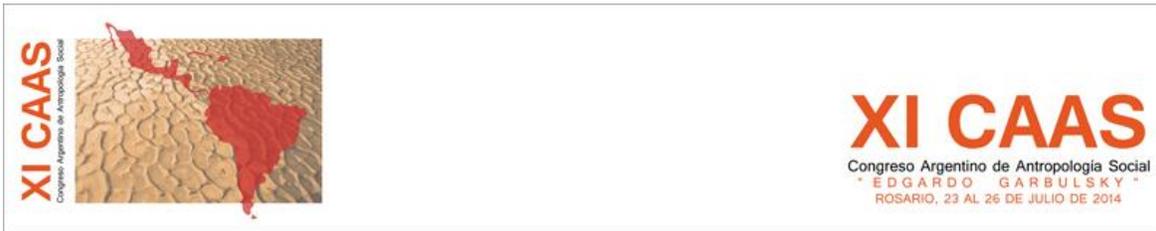
representa un entramado de incentivos, que estructura sus límites y oportunidades de negociación y acción, lo cual, sin embargo, no clausura las posibilidades para que se avance en transformaciones más o menos amplias de dicha institucionalidad” (Repetto, 2011: 153). **Cuáles son las reglas del juego que, en el campo de la salud mental, el dispositivo Sala de Tránsito permite construir? Lo contextual – estructural:** En primer lugar, retomo aquí la importancia de construir esas reglas en el marco de la institucionalidad normativa, o de la “legalidad” escrita- formal. Las leyes de salud mental provinciales como la Ley Nacional son los parámetros de referencia que nos permiten ordenar esas intervenciones. Así en el caso de un dispositivo que tiene una función específica: abordaje de la crisis subjetivas, estabilización y luego derivación para posterior tratamiento ambulatorio, la Ley Nacional nos plantea que el plazo máximo de internación “voluntaria” puede ser de hasta 60 días. La ley Provincial también establece que se evitarán aquellas medidas que restrinjan la libertad, considerando que la internación así lo hace. **Las prácticas de intervención: Impactos hacia afuera - Impactos hacia adentro:** En segundo lugar, sostener en las prácticas cotidianas el eje de pensarnos como parte de la gestión en salud mental, en el sentido de que nuestras prácticas construyen precedentes y van instalando nuevos abordajes y a su vez des- instalando las modalidades “típicas” (el eje asistencial – asilar que desde el mito de origen caracteriza las internaciones en el Hospital). Si pensamos la gestión como espacio de mediación, tenemos que aprovechar las potencialidades que un dispositivo en el cual se define el ingreso o no a la institución nos da. Posicionarnos como interlocutores al interior del campo de disputa político de la salud mental y en tal sentido definir criterios, plantear “límites” y construir especificidades de abordaje del hospital monovalente, en el “mientras tanto” se aplica efectivamente la Ley, ya que esa toma de posición tiene impactos hacia afuera porque delimita intervenciones. Lo confuso aparece en relación a lo “social asistencial”. Una de las cuestiones a problematizar permanentemente es lo clínico – asistencial – lo social asistencial como algo “no específico” de salud mental. En el cruce individual / particular y lo institucional, la



“política” genera tensión, posicionamientos diversos, móviles, cambiantes que en muchos casos producen “malestar” en el trabajo cotidiano.

Una de las “limitaciones” de la sala de tránsito es el abordaje de aquellas situaciones que no tienen familiar referente, ni ningún circuito instalado de salud o al menos consultado. Se considera que el abordaje de esas situaciones implica un desempeño que lleva más tiempo que “un mes”, por lo que directamente se deriva a sala. Ahora bien, es la admisión de esos “casos” la más conflictiva, la más difícil: no es reinstalar el manicomio? Qué otras alternativas tenemos? Lo asilar, puede convertirse en una alternativa terapéutica? En éste momento nos encontramos replanteando el proceso de la sala de tránsito debido a la triplicación de las consultas, desde el momento de su surgimiento a la actualidad. Los motivos son variados: - la desestructuración del sistema de salud pública de Rosario, que se encuentra cada vez con mayores problemáticas que desde los compañeros se plantean como “inabordables” lo cual los lleva a pensar en la internación como una alternativa viable para situaciones que en otros momentos se podían resolver por la vía ambulatoria; - la complejidad de situaciones atravesadas por el consumo problemático, lo que requiere de algún “límite” para lo cual la internación muchas veces “funciona” en ese sentido; - la escasez de dispositivos de “evaluación” lo cual genera que los juzgados requieran evaluaciones a éste Dispositivo y que “dictaminemos” en relación a situaciones de las más heterogéneas: violencia familiar, consumo, situaciones penales. Y fundamentalmente, la lectura es que la demanda aumenta considerablemente por haber instalado la oferta. Esto sugiere considerar que es necesario instalar éste tipo de dispositivos en el cual se agilicen las “respuestas” y se pueda brindar asistencia, asesoramiento y acompañamiento en plazos que sean breves, que aborden la situación de crisis justamente como su nombre lo indica como “contingencia” y no como regla.¹⁰

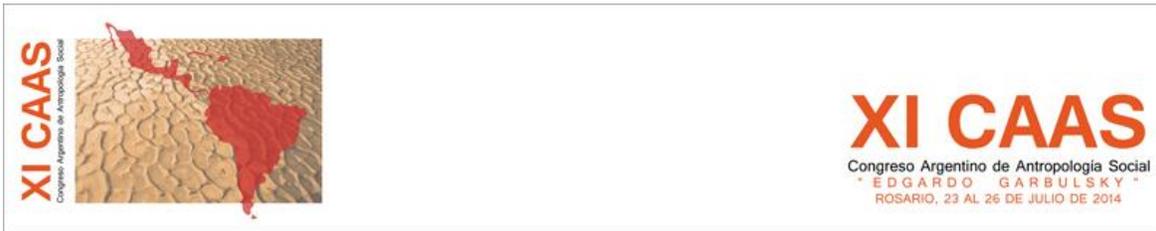
¹⁰ Algunos datos que ejemplifican lo planteado: en el 2012 se produjeron 294 consultas (promedio: 24.5 al mes); De ese total, 205 fueron consultas de hombres (70%) y 89 consultas de mujeres (30%); De esas 294 consultas, 216 resultaron en internaciones (74% de las consultas) (promedio: 18 por mes); Las consultas fueron por orden judicial



A modo de cierre ...

La intención de éste documento tiene que ver, por un lado con problematizar como ciertos contextos de “posibilidad” dan lugar a la construcción de dispositivos que vienen siendo pensados y problematizados por los propios trabajadores. Tanto la Ley de Salud Mental como las discusiones /reflexiones / debates de los trabajadores en torno a la atención de las crisis subjetivas, los criterios de internación y la resignificación de la lógica “asilar” del hospital fueron pilares necesarios para la construcción de este nuevo modo de abordaje. Cuando digo “nuevo” quiero decir que en el Hospital se habilitan toda una serie de recursos, de prácticas y de significantes que lo ubican en un lugar diferente al resto de lo que “ya existía”. Por otro lado pensar en cómo estos criterios y éstos significantes son dinámicos, cambiantes, se vuelven efímeros si no los ponemos a discutir permanentemente. Algunos desafíos en términos de la Ley, que **aún nos quedan pendientes**: La **creación de órganos de revisión** que funcionen como instancias de contralor judiciales y también de los equipos, pero que sirvan como interlocutores frente a situaciones en las cuales se nos agotan las posibilidades de pensar en cómo abordarlas; por otro lado, en **términos presupuestarios**, aún en la Provincia de Santa Fe el gasto mayoritario de la política en salud mental está dirigida al sostenimiento de las internaciones en hospitales monovalentes, y si bien experiencias como la descrita anteriormente intentan hacer un contrapeso a dicha hegemonía, aun no dejan de ser “experiencias piloto” en una provincia cuya política de salud mental, al menos desde la lectura presupuestaria, no puede realizar un viraje por fuera de lo estrictamente asilar. Si pensamos que la salud mental es un campo complejo, en el cual hay actores, intereses, posiciones dominantes, y disputas de poder y sentido, también se vuelve dificultoso definir los dispositivos de intervención de lo que delimitamos en dicho campo. Al decir de Paulo Amarante, “*pocos campos de*

fueron 80 (27% de las consultas realizadas); Se produjeron 40 reingresos (14% de las consultas) (18% de las internaciones); Del total de 216 internaciones, 130 se resolvieron en el tránsito (60%, promedio 11 por mes), 76 se derivaron a salas de ingreso (35%) y se produjeron 10 altas voluntarias o retiros sin acuerdo con el equipo tratante (5%).



conocimiento y actuación en la salud son tan vigorosamente complejos, pluralistas, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes... cuando nos referimos a salud mental, ampliamos el espectro de los conocimientos involucrados, de una forma tan rica y polisémica, que encontramos dificultad para delimitar sus fronteras, saber donde empiezan y terminan sus límites” (Amarante, 2009: 17). La complejidad para delimitar las fronteras y los límites del campo de la salud mental se traduce en la dificultad para precisar las incumbencias de los profesionales que intervienen en el mismo, ya que como dice Emiliano Galende (1997), los problemas de Salud Mental tienen que ver con la calidad de vida, intervenimos en la vida cotidiana de los sujetos. Por todo eso, es importante seguir apostando a la construcción de dispositivos que permitan revisar permanentemente los criterios de internación en los –ya devaluados- hospitales monovalentes, pero también utilizarlos como lentes para evaluar la accesibilidad a un derecho fundamental para todo ciudadano: el derecho a recibir cuidados, y en ese marco, el derecho a la atención en salud.

22

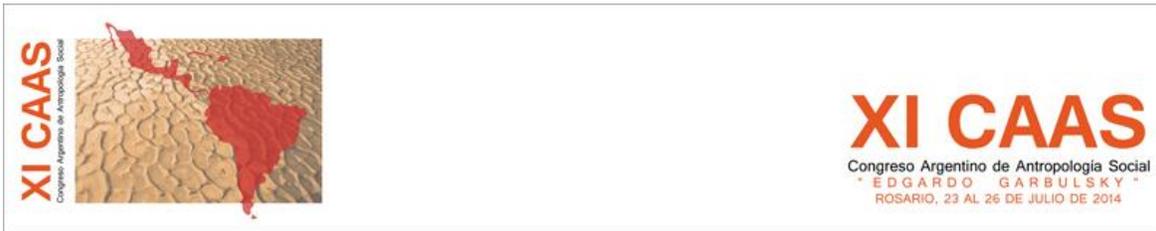
Bibliografía

AMARANTE, P. (2007) “Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial”. Buenos Aires: Editorial Topía.

ANDRENACCI, Luciano y **SOLDANO**, Daniela (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En **ANDRENACCI**, Luciano (Compilador), **Problemas de la política social en la Argentina contemporánea**. Buenos Aires: Prometeo.

BARRIOS, Marisa (2010). “Delimitación de funciones terapéuticas y funciones asilares en la problematización de los criterios de admisión a las instituciones psiquiátricas. El caso de la Colonia de Oliveros luego de la última crisis argentina de 2001”. Paraná: UNER.

CARPINERO, Enrique (2011). La Ley Nacional de Salud Mental: Análisis y Perspectivas, Topía. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. En



<http://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>, 10 de junio de 2014.

De SOUSA SANTOS, Boaventura (2000). "De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la postmodernidad". Colombia: Siglo del hombre Editores, Ediciones Uniandes, Universidad de los Andes.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657.

LEY PROVINCIAL DE SALUD MENTAL N° 10772. PROVINCIA DE SANTA FE.

LO VUOLO, Rubén (1998). "¿Una nueva oscuridad? Estado de Bienestar, crisis de integración social y democracia", en **LO VUOLO, Rubén** (Compilador), "**La nueva oscuridad de la política social: Del Estado populista al neoconservador**". Buenos Aires: Ciepp, Miño y Dávila, Buenos Aires.

REPETTO, Fabián (2009). "El marco institucional de las políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social". En Chiara y Di Virgilio (comp): **Gestión de la política social: conceptos y herramientas**. Buenos Aires: Prometeo.

23 **SERRA, Florencia; BENASSI, Evangelina** (2012). La ley de Salud Mental como herramienta para el abordaje profesional en dicho campo. Buenos Aires: Revista El Aluvión. Año 4. N° 5.

SERRA, Florencia (2011). "La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros". Maestría en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Paraná