**II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política**

“Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global”

Buenos Aires, 2 al 4 de Agosto de 2017

MESA 53 | Neoliberalismo, bio/medicalización y salud mental en América Latina. Avances y resistencias en perspectiva

**Título de la ponencia:**

Reflexiones en torno a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional (contraste 2015-2016). Las instancias creadas por la ley y la implementación por parte de las organizaciones sociales.

**Autores:**Julián Agustín Ferreyra (CONICET-UBA)
Alicia Stolkiner (UBA)

**Resumen**

 Se parte de un análisis documental de legislaciones y actos administrativos oficiales para efectuar una discusión crítica sobre las complejidades y desafíos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (Boletín Oficial, 2010).

 En particular, se analizan los efectos del cambio en la gestión nacional en torno a las políticas públicas en salud mental (en adelante SM) y adicciones (contraste 2015-2016), como así también en las instancias creadas por dicha legislación. Al mismo tiempo se tienen en cuenta los efectos en la multiplicidad de actores sociales en distintas regiones del país. Se postula la importancia de visibilizar cómo un marco normativo como el de la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM) ha venido siendo también implementado por distintos actores más allá de las instancias gubernamentales, aún incluso en tiempos de un viraje en las políticas públicas.

 Por último, se presenta para la discusión el supuesto de ubicar que la LNSM introdujo un *conflicto* al interior de la lógicas estatales y en distintos ámbitos sociales, a los fines de situar una tensión central e irreductible: entre prácticas y dispositivos atravesados por un enfoque de derechos; o enfoques tendientes a la objetivación y a formas de pensar el malestar en términos individuales.

**1. Introducción**

 En la presente ponencia se parte de un análisis documental de legislaciones y actos administrativos oficiales para efectuar una discusión crítica sobre las complejidades y desafíos en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (Boletín Oficial, 2010). Las tesis aquí defendidas se vinculan a la concepción de la salud como un derecho, en abierto rechazo a la interpretación en términos de intercambio mercantil (Stolkiner, 2010). Así, el destinatario de las prácticas y políticas en salud mental (SM) es un sujeto de derecho, distanciándose de un posicionamiento tutelar o tendiente a la heteronomía de sus beneficiarios. Se trata de un enfoque teórico y conceptual basado en los postulados de la medicina social y salud colectiva latinoamericanas, adhiriéndonos a las normativas vigentes en el campo de la SM[[1]](#footnote-0), e introduciendo a los derechos humanos y a la centralidad del usuario en los procesos de toma de decisión.

 Desde la perspectiva de derechos, los sujetos “objeto” de atención se consideran como sujetos y, en consecuencia, es indispensable su involucramiento en los procesos de atención y de cuidado de la salud; como así también en distintas instancias ligadas a la toma de decisión en materia de políticas públicas. Ello se enmarca en las mencionadas normativas vigentes, y en ubicar a las prácticas que nos atañen circunscriptas al *campo de la SM* (Galende, 1990), entendido este como un campo heterogéneo, diverso y complejo desde su nacimiento, que se nutre no sólo del saber profesional o formal sino también de otros saberes. Así, dicha posición implica la incorporación plena de actores tales como los usuarios, sus asociaciones y agrupamientos, asignándoles a estos actores no sólo un marco de protección de derechos sino, al mismo tiempo, un saber en torno a sus formas de estar y padecer.

 En este sentido, pensar a la SM como un campo implica pensar *relacionalmente* (Bourdieu y Wacquant, 1992/2008), en base al rechazo al pensamiento que disocia tajantemente a la mente y el cuerpo, la naturaleza y la cultura, la estructura social y la agencia (Wacquant, 2005). Así, se recupera la realidad relacional y dialéctica del mundo social, asumiendo sus estructuras en términos de un espacio de posiciones, recuperando simultáneamente la experiencia de los agentes. Más aún, *“...los puntos de vista de los agentes variarán según el lugar que ocupen en el espacio social objetivo”* (Ibídem, p. 37). Según este enfoque, el campo de la SM es una red o una configuración de relaciones entre distintas posiciones, entre agentes e instituciones vinculadas al sector salud, entre tradiciones de investigación y de práctica. Se puede hablar tanto de disputas de sentido que dirimen la distribución del poder (Bourdieu y Wacquant, 1992/2008) como de la producción específica en las dimensiones que constituyen el campo (académico-profesional, sanitario-institucional, o la práctica clínica, entre otras, entre sí estrechamente relacionadas).

 En particular, se analizan los efectos del cambio en la gestión nacional en torno a las políticas públicas en salud mental y adicciones (contraste 2015-2016), como así también en las instancias creadas por dicha legislación. Para ello, se documentan como notas al final la referencia a las diversas decisiones públicas y administrativas emprendidas por la gestión nacional, haciendo un recorte en las que apuntan en un sentido diverso al de las propias normativas vigentes. Al mismo tiempo se tienen en cuenta los efectos en la multiplicidad de actores sociales en distintas regiones del país. Se postula la importancia de visibilizar cómo un marco normativo como el de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) ha venido siendo también implementado por distintos actores más allá de las instancias gubernamentales, aún incluso en tiempos de un viraje en las políticas públicas.

 La implementación plena de un marco normativo como es la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) requiere de distintas instancias de gestión estatal, y principalmente de una voluntad política y social para su concreción -que excede pero sí requiere de las instancias formales. En esta ponencia, próximos a cumplirse los 7 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y promediando ya el segundo año de la actual gestión nacional, interesa la reflexión sobre las complejidades y desafíos de la implementación de los postulados de la Ley.

**2. El Estado, las políticas públicas y la Salud Mental**

No es una novedad que han existido y existen distintas resistencias a que las prácticas en salud -como así también el derecho a la salud- estén atravesadas por los derechos humanos y la dignidad de las personas -usuarias, trabajadores y profesionales-. Tampoco es novedoso que al interior del propio Estado -en sus ámbitos de gestión nacional, provincial o municipal- existen tensiones, resistencias burocráticas y corporativas al momento de poner en marcha una serie de acciones, medidas y procesos de gestión/planificación con el fin de operacionalizar y concretar lo que una ley o una serie de marcos normativos consignan.

 En este marco, es posible contrastar que mientras hace un año el Estado Nacional -a través de la autoridad de aplicación de la LNSM y de otras instancias nacionales que la propia Ley creó- operaba como un actor clave en dichas tensiones y contradicciones, siendo incluso una posición a veces minoritaria en el marco de las políticas sanitarias, durante 2016 ubicamos a una autoridad nacional de aplicación en salud mental y adicciones posicionada como un foco resistencial más a los procesos de reforma, que al tiempo de afirmar formalmente cumplir con la(s) ley(es) va invalidando todos los instrumentos e instancias que la misma creaba, acompañado esto por un discurso difuso, que sin demasiados fundamentos teóricos, epistémicos o políticos pregona un giro hacia las neurociencias que termina siendo funcional a un armado ideológico cercano al discurso del mérito individual, la ubicación de grupos “deficitarios”, la objetivación y segregación de distintas poblaciones -por ejemplo los usuarios de drogas ilegales-; distintas formas de apartarse de la discusión por los derechos y la dignidad de las personas.

 La LNSM vino a introducir un conflicto -en clave freudiano- al interior de las prácticas, las posiciones teóricas, las lógicas institucionales y culturales sobre el malestar y el padecimiento subjetivos; vino a introducir un conflicto para visibilizar una historia de vulneración de derechos con el fin de llevar adelante acciones desde lo público y en conjunto con los distintos actores sociales que conforman el campo de la salud mental. En este sentido, el cambio de posición por parte de las instancias gubernamentales deja abierto un panorama de estancamiento y de fuertes retrocesos; pero fundamentalmente nos compele a repensar las estrategias sociales y políticas en pos de una reforma. Esto, advertidos a su vez del trasfondo de crisis en la gestión del Ministerio de Salud de la Nación, con acciones contradictorias en su interior, el despido de técnicos idóneos y la subejecución de partidas presupuestarias ligadas a programas clave; y de la intención oficial de implementar la llamada CUS (Cobertura Universal en Salud), tendiente a coartar el acceso universal a la salud, tomando como modelo recetas que históricamente han fracasado. Trasfondo ministerial de crisis afirmado por diversos especialistas y fuentes periodísticas, una de ellas el diario La Nación[[2]](#footnote-1), el cual no se caracteriza precisamente por ser un diario opositor al actual gobierno.

***2.1. Presiones corporativas***

 A finales de julio de 2016 se produjo una reunión entre la Asociación Médicos Municipales (AMM), que nuclea a profesionales médicos de la CABA, y las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación. Dicha Asociación -que ha sido históricamente opositora a la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), como también a la Ley nº448 de la CABA- relató lo siguiente de dicha reunión, que tuvo como objetivo denostar la normativa intentando la reforma de su reglamentación: “*...las autoridades se comprometieron a actuar para encontrar una solución a las dificultades que esta norma genera a los colegas en el ejercicio de su profesión y a los inconvenientes que a diario ocasiona a los pacientes en la atención de su salud (…) la AMM hizo llegar (…) su preocupación por el efecto nocivo que ocasiona en los pacientes y en la praxis médica de los colegas, la intromisión irrestricta del Órgano de Revisión y de los abogados, que acosan día a día al equipo de salud en los neuropsiquiátricos con la amenaza cierta de su cierre en 2020 (…) La AMM solicitó el estudio de la reglamentación de esta ley que ha demostrado no servir para los supuestos fines para los que fue sancionada”[[3]](#footnote-2).* La extensión de la cita tiene el objetivo de ubicar la posibilidad cierta de que estas demandas corporativas devengan en compromisos asumidos por parte de las autoridades, llevando a coartar las posibilidades de acción del Órgano de Revisión, las Unidades de Letrados y toda medida que proteja los derechos de los usuarios -recordando que dichas instancias no tienen la finalidad de perseguir a los profesionales sino justamente enmarcar sus prácticas en un enfoque más amplio de protección de derechos-.

***2.2. Desmantelamiento de los organismos creados por la Ley Nacional de Salud Mental***

 La asunción formal por parte del Dr. André Blake como Director Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) fue postergada por un no tan breve período luego del cambio de gobierno. En dicha postergación se produjeron una gran cantidad de despidos de trabajadores y trabajadoras de dicha Dirección, que cumplían funciones principalmente en la CABA pero también a lo largo y a lo ancho del país. Esto trajo como consecuencia, además de los efectos en los propios trabajadores, la desarticulación y desmantelamiento de distintos dispositivos de abordaje territorial y comunitario, so pretexto de concebir que dentro de las funciones de la DNSMyA no sería correcto la participación directa en dispositivos de abordaje territorial. Si bien la discusión sobre las competencias y alcances de una dirección nacional es válida, se comprende que desarticular dispositivos en territorio sin ninguna planificación para el traspaso a otras jurisdicciones tiene claramente consecuencias negativas.

 La publicación del nuevo organigrama[[4]](#footnote-3) de la cartera ministerial da cuenta, en lo atinente a las funciones, objetivos, acciones y responsabilidades primarias de la DNSMyA, de algunos elementos preocupantes tales como: un deslizamiento para nada ingenuo al referirse reiteradas veces a “atención psiquiátrica” en vez de “atención en salud mental”; escasa articulación con otras áreas clave para pensar en políticas y acciones desde la Atención primaria en la salud; y por último una “omisión” de las acciones necesarias para la generación de dispositivos alternativos al encierro, es decir, una omisión al problema del manicomio -eje central de la LNSM, que ubica la re-conversión de dichas instituciones para el año 2020.

 Otro elemento preocupante es la no conducción y asunción de las competencias marcadas por la legislación de distintos organismos públicos creados e instrumentados por la LNSM. Tales son los casos de la no convocatoria a la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA), ni a la Comisión Permanente “Art. 34º” (encargada del desarrollo de estándares de habilitación y supervisión de los servicios de salud mental públicos y privados). En torno a la CoNISMA se suma también su traslado desde la Jefatura de Gabinete de Ministros (tal como indicaba el Decreto Reglamentario 603/2013) a la órbita del Ministerio de Salud[[5]](#footnote-4), empobreciendo a su vez su conformación por no incluir a la totalidad de Ministerios y Secretarías de Estado que la componían hasta diciembre de 2015. Este pasaje, lejos de ser una anécdota administrativa, conlleva en el fondo una pérdida del carácter intersectorial que inspiró a la creación de esta Comisión, centrando nuevamente a las problemáticas en salud mental y adicciones solamente desde la égida del sector salud -dificultando aún más la erogación presupuestaria en materia de salud mental y adicciones a otras carteras o espacios ministeriales-. Recordamos que el trabajo intersectorial es uno de los principios centrales de la LNSM, que hunde sus raíces en los postulados de la Atención Primaria en la Salud en tanto se concibe que las problemáticas en salud requieren necesariamente de acciones, estrategias y dispositivos que no sean meramente sanitarios (vivienda, trabajo, educación, desarrollo social, cultura, diversidad y no discriminación, articulación con las fuerzas de seguridad y la justicia, la especificidad de niñas, niños y adolescentes, entre otros).

 En esta misma línea, la autoridad de aplicación de la LNSM no convocó durante todo el año 2016 al Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCH), otra de las instancias creadas desde la Reglamentación de la LNSM, el cual tiene el objetivo de formalizar un espacio de participación e incidencia en la toma de decisiones a través de distintas organizaciones sociales (de derechos humanos, asociaciones y colegios de profesionales, sindicatos, redes y asociaciones de usuarios y familiares), pudiendo estas planificar, asesorar y proponer a la autoridad de aplicación distintas acciones y políticas públicas. El CCH está conformado por 30 organizaciones de todo el país, y no fue convocado formalmente por la DNSMyA, siendo que se tenía planificado un calendario de reuniones plenarias y de trabajo en comisión para todo el año 2016. La CoNISMA, que al ser la instancia intersectorial hacía las veces de nexo con el CCH, bajo la actual conducción de la cartera sanitaria no ha convocado formalmente al Consejo, ni tampoco designado a un Secretario Técnico Administrativo, ni mucho menos ha afrontado la erogación presupuestaria para la realización de las reuniones plenarias -esto es, simplemente garantizar un espacio físico y encargarse del traslado y viáticos de los consejeros que representan a organizaciones que no son de la CABA o alrededores-; ante esto último, además de ubicar una clara posición ideológica reactiva a la participación comunitaria para la toma de decisiones en políticas públicas (Ferreyra, 2016), se ubica un incumplimiento del orden jurídico y reglamentario previsto en las normativas vigentes.

 Por último, cabe mencionar que el Ministerio de Salud de Nación está elaborando a través de una comisión de salud mental creada durante 2016[[6]](#footnote-5) un proyecto de reforma de la reglamentación de la LNSM, que impactaría directamente en la conformación, atributos y existencia del Órgano Nacional de Revisión (ORN), instancia creada por la ley y reafirmada por su reglamentación como una pieza clave en la plena implementación de la LNSM, ubicado en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa y no dentro de algún ministerio del Estado Nacional. El proyecto que las autoridades ministeriales preparan incluye, entre otros elementos, los siguientes puntos: el Ministerio de Salud quedaría como autoridad del ORN; se eliminaría al plenario que actualmente lo conforma (compuesto por 3 representantes del ejecutivo y 3 de la sociedad civil -asociaciones interdisciplinarias de profesionales, de usuarios y familiares y de derechos humanos-); reformularía dicho plenario incluyendo en su composición a 2 organizaciones de psiquiatras, diluyendo así la cuestión interdisciplinaria. Recordamos que la figura del ORN que la ley y su reglamentación postulan se basa en recomendaciones internacionales de estándares en torno a políticas públicas de control y fiscalización del cumplimiento y aseguramiento de los derechos de las personas con problemáticas de salud mental y adicciones (OMS, 2012). Hacer pasar a esta instancia a un ámbito ministerial, como puede ser el Ministerio de Salud, es facultar a un mismo sector a ser juez y parte en torno al cumplimiento cabal de la norma, lo cual se constituye en una medida ilegítima que incluso reniega de la división de poderes.

 Tal como la experiencia de lo acontecido en las CABA en torno a la (no)aplicación de la Ley de Salud Mental Nº 448, los mismos actores que se ocupaban de la cartera sanitaria porteña llevan a cabo el mismo *modus operandi*, esto es, mantener en lo formal un cumplimiento de compromiso con el marco normativo vigente, mientras en la práctica predomina la inacción y el desmantelamiento de dispositivos y organismos mediante su vaciamiento y desvirtuando sus funciones.

***2.3. Efectos de la política pública en la habilitación y fiscalización de instituciones en salud mental y adicciones***

 En diciembre de 2015 la anterior gestión nacional de la cartera sanitaria reglamentó una normativa de habilitaciones de instituciones de salud mental y adicciones[[7]](#footnote-6), que además de cumplir con una necesidad lógica de actualización -la anterior norma era de los años 80'- venía a traducir los postulados de la LNSM en lo atinente a habilitaciones y fiscalización de instituciones avocadas a la temática, introduciendo la posibilidad de contar con dispositivos intermedios (hospital de día, casas de medio camino, viviendas con apoyo, entre otros). La medida, interesante en tanto posibilitaba traducir administrativamente los supuestos de la LNSM, estableciendo plazos claros para adecuación de instituciones monovalentes, duró poco. Primero, las entrantes autoridades ministeriales derogaron dicha norma[[8]](#footnote-7), y luego sancionaron una nueva normativa[[9]](#footnote-8) que preocupa por los siguientes puntos: produce un centramiento en la disciplina médico-psiquiátrica por sobre otras disciplinas avaladas por la LNSM y su reglamentación, restringiendo el acceso a jefaturas de servicios y de otras instituciones -si en la institución se atienden usuarios con consumos problemáticos, por ej., el director a cargo debe ser médico-, yendo a contramano de la apuesta interdisciplinaria que la normativa sostiene; deja abierta también la posibilidad de que existan instituciones dedicadas solamente a consumos problemáticos (volveremos sobre esto último en el siguiente apartado); y finalmente crea también la figura de institutos de salud mental, en donde abre concretamente a la posibilidad de experimentar con personas usuarias.

 Recordamos que, por un lado, la necesidad de contar con una normativa actualizada y acorde a derecho en materia de habilitaciones y fiscalización es una demanda histórica de distintos actores sociales, sobre todo de quienes han venido llevando a cabo buenas prácticas a lo largo de todo el país; por otro lado, tender al quiebre de la interdisciplina responde directamente a una demanda corporativa de cierto sector del campo de la psiquiatría, como así también la creación de instituciones específicas para consumos problemáticos lleva a legalizar las prácticas de las llamadas “comunidades terapéuticas” que, por cómo estructuran sus tratamientos y modalidades de abordaje, se presentan profundamente contrarias a derecho. Finalmente, la apertura a la investigación con personas usuarias se presenta en sintonía con el delirante proyecto de crear hospitales, instituciones o “polos” de neurociencias.

 Sobre esto último, dicha propuesta o intento de reconversión de un hospital monovalente como el Borda -y podríamos también aludir a cuestiones similares que se intentan producir en otros hospitales psiquiátricos de la CABA como el Moyano o el Alvear- se constituyen como nuevas formas de correr el foco en materia de una verdadera mejora en la atención en SM. Esto es, no se postula una transformación del modelo hospitalo-céntrico que posibilita la existencia de instituciones monovalentes, ya que no se apela a la atención de proximidad con la comunidad y con las instituciones sociales donde las personas transitan.

 Plantear que un hospital se convierta en un polo de neurociencias es tan desacertado como plantear un polo de psicoanálisis o de cualquier marco teórico, ya que justamente en una institución pública se espera y se requiere de la diversidad de enfoques, que corresponden a diferentes dimensiones de la práctica de SM. Se trata, claramente, de una consecuencia del aplicacionismo que preside el enfoque de muchos neurocientistas respecto de la organización de las instituciones en SM. Sin estos fundamentos epistemológicos y ontológicos no se puede entender el intento de conformación de hospitales monovalentes de estas características. En cambio, una perspectiva apoyada en un *marco epistémico* *relacional* (García, 2002; 2006) involucra un abordaje interdisciplinario, en un sentido amplio, el que es imposible cuando se considera que un marco teórico o una(s) disciplina(s) está por sobre las otras. Al mismo tiempo, no puede soslayarse que el intento de construir polos de neurociencias implica valorizar unilateralmente las prácticas en SM, vía la incorporación de costosa aparatología, convirtiendo a la psiquiatría, revisitada desde su biologización, en una disciplina dentro de la medicina que aporte significativamente a las formas de mercantilización de la salud. Así, los intentos de reconversión institucional son consecuencia de la pretensión de ciertos neuro-cientistas por hegemonizar el campo de la SM (Ferreyra y Castorina, 2017).

 Por último, y si bien estas legislaciones tienen efecto directo solamente en la CABA y en las instituciones de índole nacionales en salud mental y adicciones ubicadas en distintos lugares del país, se constituye como un precedente preocupante en tanto es la máxima autoridad sanitaria quien las establece. Es de esperar que muchas provincias, lejos de conducirse en esta línea, puedan generar normativas de habilitación y fiscalización acordes a derecho, cuestión que dependerá de las posibilidades de organización y articulación de diversos actores sociales -elemento que analizaremos más abajo-.

**3. Sobre la política y consumo de drogas**

 El giro en la política de drogas que el Gobierno Nacional viene anunciando, en la línea de acuerdos internacionales ligados a la llamada “guerra contra el narcotráfico”, ha tenido como consecuencia un fuerte viraje dentro de la SEDRONAR, la Secretaría de Estado dedicada a la temática. Además de recordar el fracaso rotundo de este modo de concebir las políticas públicas en torno al consumo -y recordando a su vez que transitamos dentro de una sociedad que basa la existencia en el consumir- ubicamos una serie de actores y posiciones corporativas que han venido intentando extirpar del campo de la salud mental -o mejor dicho, del campo sanitario- a las adicciones o consumos problemáticos. Esto se materializa en la existencia de una gran cantidad de proyectos de ley presentados en ambas cámaras que buscan derogar el artículo 4º de la LNSM: el mismo caracteriza a las adicciones como parte del campo de la salud mental y las retira del terreno de la penalización para garantizar los derechos de quienes deben ser asistidos por esta problemática. Es necesario ubicar que además de la LNSM en nuestro país existe una Ley Nacional de Consumos Problemáticos[[10]](#footnote-9), que entre otros elementos reglamenta un plan integral de acción para el abordaje de este problema, ubicándose en un modelo de intervención cuyos enfoques van más allá de la sustancia (legal o ilegal), poniendo el foco en la prevención y el cuidado respecto de los padecimientos que el consumo puede generar en una persona o comunidad.

 También se observa con preocupación la política en torno a las drogas en plural, cuando se incluye el problema del consumo de sustancias legales: se dio de baja la trazabilidad[[11]](#footnote-10) de una gran cantidad de psicofármacos de uso corriente, perdiendo así el Estado la posibilidad de arbitrar en torno al uso inapropiado de dichas drogas. En esta misma línea, mientras se observan en varias provincias las consecuencias de los recortes en el Programa REMEDIAR, encontramos un *cóctel* profundamente negativo: el recorte al acceso al medicamento como pieza esencial del derecho a la salud, y el favorecimiento de prácticas medicalizantes -esto es, la reducción del acto clínico a la mera prescripción de fármacos y utilización de aparatorologías por sobre la escucha y las prácticas de cuidado-. Dicho de otro modo, y siguiendo al último Foucault (1984; 2001), el acto por el cual distintas formas de la (bio)medicina se recortan a sí mismas como un campo *sin exterioridad*, degradando y subalternando a toda práctica, posicionamiento o saber que se exprese por fuera de su circunscripción. Problematizar las formas actuales de la medicalización, incluyendo la apelación a las drogas de circulación legal y masiva, resulta necesario a los fines de problematizar el doble estándar basado en situar las prioridades en torno al consumo desde posiciones ideológicas más que desde preocupaciones sanitarias.

**4. La implementación de la Ley por parte de actores sociales**

 Resulta indispensable ubicar dentro de este análisis no sólo las acciones formales que las distintas agencias gubernamentales vienen realizando -en su gran mayoría en desmedro de una reforma- sino también los efectos que la LNSM ha venido teniendo en las organizaciones sociales, consolidando armados, redes y espacios de producción y resistencia frente a la contra reforma. Modos de organización diversos y contrahegemónicos a lo largo de todo el país, que han comenzado una línea crítica de debate y accionar que recupera los postulados de la legislación, introduciendo en la discusión por los dispositivos y prácticas la centralidad del enfoque de derechos.

 La extensión del campo de la SM involucra nuevos actores, como las organizaciones de usuarios y de derechos humanos. De este modo, la Convención de Derechos de Personas con discapacidad, con estatuto constitucional en nuestro país, menciona entre otros supuestos el derecho a la participación como elemento fundamental para abogar por la concreción del modelo social de la discapacidad. Se reconoce, así, la necesidad de incluir a los propios sujetos de derecho en distintos procesos institucionales, sociales y políticos de toma de decisiones (Kraut, 2006), como serían los procesos de tratamiento en SM. Este enfoque se opone a una línea de pensamiento lineal, simplificador y reduccionista del positivismo, sosteniendo que el conocimiento es relativo y contextual, y por ello se requiere de otra perspectiva epistemológica. Más aún, esta perspectiva relacional en SM es integral y permite una multiplicidad de conocimientos, los que tienden a una unidad dialéctica que articula dinámicamente la multiplicidad de las dimensiones, consideradas por las diferentes disciplinas -desde la psiquiatría y el psicoanálisis hasta las ciencias sociales-; esto es, una aspiración de colaboración interdisciplinaria (Almeida-Filho, 2006).

 Por mencionar algunos casos, se resalta la Conformación de la Red de Órganos de Revisión, que propugna por la creación de los mismos en las provincias (habiendo conseguido ya la creación de muchos de ellos); el sostenimiento del Consejo Consultivo Honorario por parte de las propias organizaciones que lo componen, reconociéndolo un espacio de discusión y apoyo a la implementación de la LNSM, aún cuando desde la autoridad de aplicación no los convoquen ni legitimen; la existencia de fallos y acciones desde el Poder Judicial innovadores, retomando la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, la LNSM y los postulados del nuevo Código Civil; la existencia de políticas públicas interesantes en ámbitos provinciales y municipales, que de manera aislada generan políticas intersectoriales y confeccionan abordajes comunitarios; la proliferación de redes, agrupamientos, encuentros de discusión, marchas en diversos puntos del país y foros de diversos actores sociales, en especial de organismos de DD.HH. y de usuarios; la discusión en ámbitos académicos en la línea de reformular los programas y tradiciones formativas, entre otros ejemplos.

 Muchos de estos actores o agrupamientos fueron surgiendo como efecto de la LNSM, pudiendo ubicar que la implementación de un marco normativo de estas características no incluye solamente efectos formales o institucionales, sino también la posibilidad de generar transformaciones sociales novedosas, ligada a actores que no sólo se presentan en apoyo a la normativa sino que desde la misma han podido darse formas de organización, de discusión y movilización inéditas. A su vez, muchos agrupamientos pre-existentes, con una amplia trayectoria y compromiso social con la temática, han comenzado a dejar de ser casos aislados, pudiendo a su vez legitimar las prácticas interesantes y ligadas a un enfoque de derecho que efectuaban, consideradas anteriormente como marginales o literalmente perseguidas.

 Como corolario, cabe resaltar lo acontecido durante 2016 en la provincia de Jujuy como caso testigo, en donde una serie de actores sociales se presentaron en contra de la aplicación de un electroshock a una usuaria, que finalmente se pudo dejar sin efecto. Esta práctica, denunciada tanto por espacios profesionales como desde diversos organismos de derechos humanos dentro y fuera de nuestro país -historizada críticamente por diversos autores tales como E. Galende (2016)- nos remite a este suceso, el cual resulta interesante, curioso y esperanzador como caso testigo, ya que se produjo en una provincia que actualmente es conducida por un gobierno que priva ilegítimamente de la libertad a una militante social: curioso lo que el movimiento en salud mental ha podido producir, pensando así en la potencialidad que la unidad, la solidaridad, la creatividad y la organización pueden generar.

**5. Discusión: el conflicto introducido por la LNSM: dignidad y derechos más allá de la objetivación**

 En esta ponencia se han puesto de manifiesto los retrocesos, estancamientos y acciones tendientes a una contra reforma por parte de las actuales autoridades ministeriales. Al mismo tiempo, resulta interesante reflexionar acerca de los efectos producidos en las organizaciones sociales, profesionales o de usuarios, como así también en las instituciones, equipos de trabajo y ámbitos de gestión de algunas provincias y municipios, en tanto esto obliga a repensar qué implica la implementación plena de una normativa de estas características. Reflexión que necesariamente nos lleva a ponderar los efectos más allá de lo meramente institucional que la LNSM introduce, visibilizando así el cambio cultural y social. Así, el Estado es un territorio en disputa: aún cuando actualmente ubiquemos que hegemónicamente la gestión de gobierno se conduce de manera contraria a la plena implementación de la LNSM, no se pueden dejar de soslayar los efectos sociales de la misma, reintroduciendo una tensión central e irreductible que claramente excede pero incluye a los efectos propios de este cambio de gobierno: la existencia de prácticas sociales -incluidas las ligadas a dispositivos en salud- y de políticas públicas atravesadas por un enfoque de derechos, que tienda a la emergencia de la singularidad, rescate la dignidad de las personas y se posicione abierta a la conflictiva inherente a la vida comunitaria; o por el contrario la existencia de enfoques tendientes a la objetivación (Stolkiner, 2001), la apertura a la vulneración de derechos y a formas de pensar el malestar en términos individuales, como déficit, y a la posibilidad de afrontarlo a través de estrategias patologizantes leídas desde el privilegio o mérito.

**6. Bibliografía**

-Almeida-Filho, Naomar. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva*, *2*(2), 123-146. Recuperado en 09 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es&tlng=es.

-Boletín Oficial (2010). Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Año CXVIII, No. 32.041, 3 de diciembre de 2010.

-Bourdieu, P. (2003). El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad. Barcelona: Anagrama.

-Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2008) [1992], Una invitación a la sociología reflexiva, Buenos Aires: Siglo XXI.

-Ferreyra, J. A. (2016). La participación de organizaciones de usuarixs en la formulación de políticas públicas en salud mental: estudio de caso del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Primeros resultados y discusión preliminar. Presentado en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología – XXIII Jornadas de Investigación – Décimo Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 23 al 26 de noviembre de 2016 en la Facultad de Psicología, UBA (ISSN: 1667-6750).

-Ferreyra, J. A.; Castorina, J. A. (2017). El aplicacionismo de las neurociencias en el campo de la salud mental: análisis crítico de los supuestos filosóficos y políticos implicados. Presentado y aprobado para el IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología – XXIV Jornadas de Investigación – Décimo Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (inédito).

-Foucault, M. (1984). *Le souci de soi*. Paris. Gallimard.

-Foucault, M. (2001). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México D.F.: Siglo XXI editores.

-Galende, E. (1990). Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Paidós.

-Galende, E. (2016). El mito de los criterios benéficos del shock. Por qué no el electroshock y las terapias convulsivantes. Publicado en el suplemento Psicología del diario Página 12. Recuperado desde: <https://www.pagina12.com.ar/4855-por-que-no-el-electroshock-y-las-terapias-convulsivantes> (7 de mayo de 2017).

-García, R. (2002), El conocimiento en construcción, Barcelona, Gedisa.

-García, R. (2006), Sistemas complejos, Barcelona, Gedisa.

-Kraut, A. (2006). Derechos humanos y salud mental en la Argentina. En Galende, E. & Kraut, A. El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

-Organización Mundial de la Salud (2012). WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Recuperado desde:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150398/1/9789241548410_spa.pdf?ua=1&ua=1> (5 de marzo de 2017).

-Stolkiner, A. (2010) Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Medicina Social. Extraído el día 29 de abril de 2013 de: http://www.medicinasocial.info/Volumen 5 Número 1, 89-95.

**7. Notas**

1. Además de la mencionada Ley Nación Nº 26657 de protección de la salud mental, se alude a la de los derechos del paciente Ley Nacional Nº 26529 – Boletín Oficial, 2009; y de las personas con discapacidad psico-social, Ley Nacional Nº 26.378 – Boletín Oficial, 2008. [↑](#footnote-ref-0)
2. Dicha nota puede recuperarse de http://www.lanacion.com.ar/1962150-renuncias-despidos-y-problemas-de-gestion-jaquean-al-ministerio-de-salud [↑](#footnote-ref-1)
3. Fuente: <http://www.medmun.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=2344:gremiales-prueba&catid=126:mundo-hospitalario-ano-xviii-no155-agosto-2009> [↑](#footnote-ref-2)
4. Ministerio de Salud de la Nación, decisión administrativa 498/2016 - “Estructura Organizativa”. [↑](#footnote-ref-3)
5. Resolución1053/2016 del MSAL. [↑](#footnote-ref-4)
6. Resolución 93/2016 del MSAL. [↑](#footnote-ref-5)
7. Resolución 1484/2015 del MSAL. [↑](#footnote-ref-6)
8. Resolución 1876/2016 del MSAL. [↑](#footnote-ref-7)
9. Resolución 1876/2016 del MSAL. [↑](#footnote-ref-8)
10. Ley Nacional N.º 26.934. [↑](#footnote-ref-9)
11. El sistema de trazabilidad permite conocer el origen, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de toda la cadena de distribución, incluyendo laboratorios, distribuidoras, operadores logísticos, droguerías, farmacias y establecimiento asistenciales. Este sistema de control tiene como objetivo principal garantizar la seguridad de los usuarios al evitar la comercialización de medicamentos adulterados o falsificados, pero además sirve para evitar ventas en negro, la estafa al Estado con la presentación de troqueles truchos, y por último la existencia de una sobremedicación o prescripción inadecuada. [↑](#footnote-ref-10)