

COMUNICACIÓN PARA LA DESMANICOMIALIZACIÓN

APROXIMACIONES A UN ANÁLISIS COMUNICACIONAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Milagros Mercedes Mon

milagrosmon@gmail.com

Recibido: 10 de junio

Aceptado: 4 de noviembre

Resumen

En noviembre de 2010 se sanciona en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) como fruto del debate entre distintos actores de dicho campo. La ley define la salud mental como un proceso integral atravesado por factores que no se agotan en lo biológico, y sienta las bases, desde el tratamiento de diversas aristas, para el abordaje de la salud mental desde un paradigma desmanicomializador y una perspectiva de derechos. La LNSM promueve una mirada amplia de la salud mental, entendiéndola como un proceso atravesado por componentes culturales, históricos, sociales, económicos, y no solo biológicos o psicológicos. Por lo tanto, generar políticas públicas de salud mental no puede ni debe agotarse en lineamientos clínicos. Se abre un campo para pensar la salud mental desde una perspectiva integral, involucrando la interdisciplina y la atención primaria en salud como puntos estratégicos y fundamentales para el abordaje de los padecimientos mentales.

El presente artículo aborda una serie de aproximaciones al análisis de la implementación de la LNSM en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la perspectiva de los profesionales insertos en diversos efectores del subsistema público de salud. Se sustenta en los resultados de la tesina (Dato extraído a los fines de evaluación)

Palabras clave

Comunicación y salud, salud mental, desmanicomialización, atención primaria en salud.

COMMUNICATION FOR DEMANICOMIALIZATION

Approaches to a communicational analysis of the implementation of the National Mental Health Law in the Autonomous City of Buenos Aires

Summary

In November 2010, the National Mental Health Law N° 26.657 (NMHL) was passed in our country as a result of the debate between different actors in the field. The law

defines mental health as a comprehensive process crossed by factors that are not limited in the biological, and lays the foundation, from the treatment of various edges, for the approach to mental health from a demanicomializing paradigm and a human rights perspective. The NMHL promotes a broad view of mental health, understanding it as a process crossed by cultural, historical, social, economic components, and not only biological or psychological. Therefore, generating public mental health policies cannot and should not be drained in clinical guidelines. It opens a field to think about mental health from an integral perspective, involving interdisciplinarity and primary health care as strategic and fundamental points for the management of mental illnesses.

This article addresses a series of approaches to the analysis of the implementation of the NMHL in the area of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires from the perspective of professionals inserted in various effectors of the public health subsystem. It is based on the results of the thesis (Data extracted for evaluation purposes)

Keywords

Communication and health, mental health, demanicomializing, primary health care.

La salud mental desde una perspectiva integral

El Modelo Médico hegemónico (MMH) ha regido históricamente el campo de la salud en general, y la salud mental en particular imprimiendo una perspectiva biologicista y ahistórica (Menéndez: 1998) al abordaje de las problemáticas de salud mental. Las diversas formas de entender la locura han ido variando en distintos periodos. Históricamente la cristalización del MMH en el campo de la salud mental se ha dado a través del manicomio. Los neuropsiquiátricos surgen en el primer cuarto del siglo XIX, colocando a la locura bajo la órbita de la medicina. El diálogo entre la neurociencia y el derecho positivo pone de manifiesto un nuevo poder, el poder disciplinar: la peligrosidad es certificada por un “experto” y consecuentemente se vuelve legítimo actuar sobre ella desde la privación de la libertad. (Foucault: 1989) Este proceso instaura un cambio epistemológico que nos permite pensar los padecimientos mentales desde la medicina, es decir, pensarlos como enfermedades. El sujeto con padecimientos mentales pasa a ser objeto de un saber científico, y se encuadra bajo la idea de peligrosidad.

Entender la lógica del encierro desde una perspectiva que contemple la subjetividad nos permite hablar de desmanicomialización. Si bien el modelo asilar y manicomial ya sumaba críticas desde comienzos del siglo XX, la gran crisis se da después de la segunda guerra mundial. Sobre todo por la relación de similitud entre los hospitales psiquiátricos y los campos de concentración. Y en consecuencia se pone en cuestión el carácter terapéutico de dichos espacios. Se instala así la posibilidad de pensar la salud mental desde otro paradigma. La desmanicomialización no consiste simplemente en el cierre de los hospitales monovalentes, sino en lograr cambios en la subjetividad de las personas que han sufrido situaciones de encierro para que esas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir fuera del hospital. En este sentido Susana Siculer et.al. (2008) señala que “la desmanicomialización apunta a un deconstrucción ideológica de la concepción manicomial o asilar, mientras que la desinstitucionalización

es la puesta en acto, es el proceso para llevar adelante la desmanicomialización desde la perspectiva de la transformación de un sistema, la transformación de una institución”. Pero además señala la diferencia entre estas dos concepciones y el concepto de deshospitalización, que consiste en el cierre de las instituciones públicas y estatales y que tiene su sustento en la lógica e ideología neoliberal.

El paradigma desmanicomializador por lo tanto se centra en el despliegue de la subjetividad en pos de romper con la lógica de objetivación que ha reinado desde el modelo manicomial. La perspectiva consiste en salir del objeto ontologizado de la medicina- la enfermedad- para centrarse en el sujeto, el enfermo (Campos: 1997).

La ley Nacional de Salud Mental al definir a la salud mental desde una perspectiva integral, y considerar a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho, se inscribe en el paradigma desmanicomializador.

Metodología

Con el objetivo de indagar las opiniones y experiencias de los y las profesionales del campo de la salud mental acerca de la implementación de la ley, como así también sus concepciones acerca de la comunicación, se realizó un estudio exploratorio y cualitativo

Se empleó una guía de pautas semi-estructurada. Las temáticas de la guía fueron: impresiones generales sobre la ley y su implementación, conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios, abordaje territorial e intersectorialidad y opiniones sobre los aportes de la comunicación al campo de la salud mental en general, y el proceso de desmanicomialización en particular. Fueron entrevistados de manera presencial, entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016¹, once profesionales: cuatro trabajadores de Centros de Salud (tres psicólogas y una trabajadora social). Otras tres entrevistas fueron realizadas a profesionales de Hospitales Generales, dos de ellos psiquiatras y una psicóloga. Otras tres entrevistas se realizaron a profesionales de hospitales monovalentes, dos psiquiatras y una enfermera. La entrevista restante se realizó a una psiquiatra asesora del cuerpo de letrados que la ley establece para los casos de internaciones involuntarias.

El criterio de la muestra fue realizado tomando los diversos efectores de salud, con el objetivo de dar cuenta de los alcances de la ley de acuerdo a la atención brindada en cada nivel. De los entrevistados ocho fueron mujeres y tres hombres. Cuatro psicólogas, cinco psiquiatras, una trabajadora social y una enfermera. La intención fue no agotar la indagación en una sola disciplina, sino por el contrario, teniendo en cuenta el carácter interdisciplinar del trabajo como uno de los aspectos a abordar, poder tener en cuenta diversos campos profesionales insertos en el marco del tratamiento de la salud mental.

Principales Hallazgos

Lo instituido y lo instituyente: Desmanicomialización y desinstitucionalización

¹ El 10 de diciembre de 2015 asumió como presidente de la Nación Mauricio Macri, candidato de la alianza CAMBIEMOS, y abandonó la presidencia Cristina Fernández de Kirchner. Seis de las entrevistas fueron realizadas durante un gobierno, y cinco durante el siguiente.

Uno de los emergentes que se presentó en las diversas entrevistas a los profesionales fue la especial relevancia que brindaban a las prácticas, a sus prácticas cotidianas, como dimensión central a la hora de pensar tanto la lógica manicomial como los procesos de desmanicomialización. Para los profesionales, el sentido de la desmanicomialización debe captarse “en acción”, en las prácticas se despliegan las concepciones manicomiales. La objetivación del paciente, la vulneración de sus derechos, la lógica manicomial, se da en la interacción, en el modo en que se establece dicha relación entre profesionales y pacientes, en función de las acciones que allí operan. La lógica del campo de la salud mental que ha contado con legitimidad ha sido manicomial, por lo tanto, los actores insertos en ese campo incorporan dicha lógica como forma de percepción y acción, hacen carne la estructura del campo en el que se mueven. Las prácticas son la puesta en acto de esos habitus, que acotan el universo de lo posible de pensar y hacer en diversas situaciones a las que los profesionales se enfrentan.

Desde esta perspectiva, las críticas que algunos profesionales realizan a la LNSM refiere al hecho de que la ley centra la desmanicomialización en el cierre, o el fin de los manicomios, en tanto lugares de encierro, sin poner en primer plano la necesidad de modificar las prácticas que los profesionales despliegan, más allá del lugar donde lo hagan.

Ahora bien, los espacios institucionales no se agotan en sus aspectos meramente edilicios o materiales. Las instituciones se despliegan en diversos niveles de significado, es necesario rastrear los intersticios en los cuales lo simbólico y lo material se conjugan para el despliegue de determinadas prácticas posibles de ser pensadas, o no, en el marco de diversas situaciones. Las prácticas tienen un rol central, pero no pueden ser analizadas de forma aislada, el rol del contexto influye en las acciones de los profesionales, pero además, las dinámicas institucionales, su idiosincrasia, su cultura, su historia, su modo de funcionamiento y diversas lógicas que allí operan condicionan aquello que los profesionales puedan hacer, o no, en sus marcos.

Las instituciones tienen cierto grado de autonomía que les permite diferenciarse y lograr una cultura singular, dicha cultura institucional resume ciertas formas de responder a determinados mandatos y demandas que la sociedad realiza a dicha institución (Fernández: 1994), esta dinámica institucional repercute en las prácticas de todos los actores alcanzados por dicha institución. Por ejemplo, en las diversas entrevistas, profesionales que trabajaban en instituciones manicomiales relataban como práctica cotidiana la "contención" de pacientes, dicha práctica, en el marco de esas instituciones, no es objeto de reflexión, se presenta a priori como respuesta innegable frente a cualquier situación problemática. Mientras que en otras entrevistas, a trabajadores que ya no ejercían en instituciones de encierro, o que se dedicaban a la "visita" a los mismos, la práctica de contención era vista y analizada con una perspectiva crítica. Vemos, por lo tanto, como las cuestiones vinculadas a lo institucional hacen al proceso de desmanicomialización y a la posibilidad de pensar otras prácticas, otras interacciones.

El proceso de desmanicomialización implica la “deconstrucción ideológica de la concepción manicomial” (Siculer et.al: 2008), esta deconstrucción es un proceso con diversas aristas, en el cual la desinstitucionalización forma parte de su puesta en acto. La desinstitucionalización implica la transformación de un sistema, de las instituciones.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que las instituciones no se agotan en sus aspectos materiales y es menester contemplarlas en su complejidad. La desinstitucionalización implica poder modificar el funcionamiento de los diversos espacios institucionales que son parte del campo de la salud mental, y para que dicha modificación pueda vehiculizarse es importante analizar las instituciones en su complejidad.

La desinstitucionalización como puesta en acto del proceso de desmanicomialización implica “resolver los vicios institucionales”, trabajar sobre lógicas naturalizadas, pujar sobre lo instituido. Es importante recuperar una mirada dialéctica a la hora de pensar el despliegue institucional entre aquello instituido y lo instituyente, es decir, entre aquellas tendencias fijas, estables y la posibilidad de crítica, de transformación (Fernández: 1994), dado que en ese doble juego entre lo instituido y lo instituyente es donde se desarrolla la dinámica institucional, y sobre ese juego debemos operar para desarrollar el proceso de desmanicomialización.

Interdisciplina y abordaje comunitario: El rol de la formación

Una de las aristas que la LNSM coloca en primer plano a la hora de abordar la salud mental desde una lógica no manicomial refiere al trabajo interdisciplinario. La LNSM señala que “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida autorización de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Artículo 8). Asimismo, en la reglamentación de la ley se establece que las disciplinas enumeradas no son taxativas, y cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos de acuerdo a las necesidades de la población. La aproximación interdisciplinaria permite, por lo tanto, partir de los problemas y no de las disciplinas dadas (Elichiry: 2009).

En las entrevistas ha aparecido la necesidad de abordar las problemáticas en salud mental desde una perspectiva integral, generando objetivos y marcos de acción comunes, producto del diálogo y aporte de las diversas disciplinas. Sin embargo se ha señalado como principal obstrucción para este proceso a la formación. Los entrevistados señalaron que sus experiencias formativas han sido deficitarias en lo que refiere a trabajar interdisciplinariamente y abordar la salud mental desde una perspectiva integral. En relación a la formación en psicología manifestaron que existe una predominancia del paradigma clínico asistencial, con escasa práctica vinculada al trabajo interdisciplinario y una fuerte orientación hacia el ámbito privado. En relación a la carrera de psiquiatría los profesionales consideran que se mantiene una hegemonía del MMH, con una perspectiva fuertemente biologicista (Menéndez: 1998) que no prioriza el trabajo en equipo, ni el diálogo con otras perspectivas y disciplinas. En consecuencia, la conformación de equipos y la posibilidad de trabajar desde una perspectiva integral se ve fuertemente condicionada por la experiencia de los profesionales previamente. La formación previa en instancias de trabajo que implican perspectivas interdisciplinarias vuelve plausible la posibilidad de desplegarlas en el ámbito laboral cotidiano.

Otro aspecto que se encuentra condicionado por la formación se vincula al desarrollo de prácticas en la comunidad, la falta de una perspectiva de atención centrada en el primer

nivel, y de una formación en ese sentido opera como obstaculizador a la hora de articular acciones con la comunidad y desplegar acciones por fuera del espacio hospitalario, quedando este punto nuevamente relegado a las voluntades individuales que en general se desprenden de trayectorias formativas particulares.

Los procesos de formación condicionan las prácticas que posteriormente serán posibles de ser pensadas por los profesionales y generan marcos de acción y percepción, abordajes de la realidad que se les presenta. De acuerdo a su formación los profesionales naturalizan ciertas prácticas y modos de acción, construyen sentidos sobre su profesión y disciplina y vedan la posibilidad de abordar las problemáticas desde otra lógica. La formación es central en la construcción de un habitus profesional, es la primera inserción al campo, y condicionará el posterior desarrollo que los profesionales tengan en su interior. La LNSM hace hincapié en la formación de los profesionales y en su decreto reglamentario señala que el Ministerio de Educación deberá adecuar los planes de estudio de formación de profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental, poniendo de relieve la capacitación de los profesionales en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria en salud, y de todas las áreas que intervienen en el orden intersectorial. Asumir un cambio de perspectiva en el abordaje de la salud mental implica modificaciones epistémicas, ético-políticas y educativas, que permitan poner en práctica un abordaje desde una nueva matriz epistémica fundada en el paradigma de la complejidad (Rodríguez Zoya: 2017) El desafío consiste en construir intersaberes, es decir, incorporar la interdisciplina desde una perspectiva que no se limite a articular previamente enfoques disciplinarios, sino que construya un marco epistémico compartido por los integrantes de un equipo de salud (Stolkiner: 1999). Modificar las matrices epistémicas desde las cuales se forman los profesionales es vital para vehicular otro tipo de abordaje en el campo de la salud mental.

Una constante: recursos insuficientes

La desinstitucionalización, como puesta en práctica del proceso de desmanicomialización, es alcanzada por la LNSM a través de medidas regulatorias que prohíben la creación de nuevos manicomios y abren la puerta a transformaciones de las instituciones existentes, por ejemplo, en relación a las internaciones en hospitales generales. En su artículo 9 la ley señala que la atención debe basarse en los principios de atención primaria en salud, y reforzar, restituir y promover los lazos sociales de los pacientes. La APS se sostiene en la articulación comunidad- sector salud, y promueve la prevención y la promoción de la salud en ámbitos de la comunidad, con un fuerte enfoque intersectorial (Menéndez: 2003). La lógica cerrada del manicomio no se encuadra en esta perspectiva, es menester la creación de otros dispositivos que posibiliten y favorezcan otras prácticas vinculadas a cumplimentar los objetivos planteados por la reglamentación vigente. Sin embargo, frente a un marco normativo que implica volcar la atención hacia el ámbito comunitario, y hacia dispositivos no manicomiales los profesionales vivencian una falta de recursos, es decir, la imposibilidad de ajustarse a la ley por una carencia estatal. Las decisiones a tomar, los modos de abordaje, las posibilidades de tratamiento, se ven condicionados por los recursos existentes. En la práctica este condicionamiento se vive angustiosamente, dado

que los profesionales vivencian estos cambios como normativas que recaen sobre ellos sin que tengan las herramientas para dar respuesta.

La modalidad de abordaje que la ley propone se centra en los principios de la APS, sin embargo, los recursos no son destinados en ese sentido. Para aquellos profesionales que integran el primer nivel y se encuentran trabajando en centros de salud, la preocupación central refiere a la falta de recursos para poder hacer frente a posibles externaciones de hospitales monovalentes, dicha carencia implica la imposibilidad de que esa práctica no solo suceda, sino de que sea posible de ser pensada. Además, estos dispositivos no cuentan con recursos para hacer frente a las necesidades que se presentan, ni con profesionales que puedan responder a la demanda espontánea y al mismo tiempo desarrollar prácticas comunitarias a partir de un diagnóstico de la comunidad en la que se encuentran inmersos, por lo tanto las prácticas que realizan en y con la comunidad se terminan vinculando en general a sus inquietudes y trayectorias profesionales, y no a las demandas de la población local.

El escaso fortalecimiento de dispositivos del primer nivel de atención y la falta de dispositivos alternativos genera la continuidad de internaciones prolongadas y de una atención centralizada en instituciones de encierro. La LNSM señala, en su artículo 27, que la sustitución definitiva de las instituciones manicomiales debe cumplimentarse en el 2020, sin embargo, en el 2019 se realizó el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental donde se detalla la existencia de 162 instituciones manicomiales del sector público y privado, que cuentan con un total de 12035 personas internadas. El promedio de permanencia en las instituciones es de 8 años y el promedio de edad 50 años². En relación a los motivos de continuidad de la internación el principal motivo refiere a problemas económicos o de vivienda (37,2% de los casos), seguido por presentar riesgo cierto o inminente para sí o terceros (36,4% de los casos). En consecuencia, a una década de la sanción de la LNSM los manicomios no han sido reemplazados por establecimientos alternativos y la permanencia en estas instituciones tiene su principal fundamento en aspectos socioeconómicos.

La internación: un significativo en disputa

La internación es un punto central en la LNSM, de hecho cuenta con un apartado específico donde se la define como “recurso terapéutico de carácter restrictivo” (art. 14) y también se establece que debe ser lo más breve posible (art 15). En aquellos casos donde la internación se da de forma involuntaria se señala que la misma se constituye en un recurso terapéutico excepcional, que sólo puede realizarse cuando el equipo tratante considere que existe riesgo cierto o inminente para sí o terceros (art. 20). En relación a los dispositivos encargados de la internación, la ley plantea que las mismas deben efectuarse en hospitales generales (art. 28)

La centralidad de la internación en la normativa repercute en los profesionales dado que incide, en mayor o menor medida, en sus prácticas cotidianas, y también despierta la posibilidad de repensar dicha práctica. En las entrevistas realizadas diversas opiniones

² En relación a la distribución por identidad de género el 49% se auto percibieron varones, el 45% mujeres, no se contó con información del 5% de las personas, y el resto se identificó con otros géneros.

se presentaron vinculadas a este punto, sin embargo se evidenció cierto consenso en acordar con la definición establecida por la ley que presenta a la internación como un recurso.

La internación como recurso la coloca en el orden de las herramientas, de los instrumentos con los que los profesionales cuentan para poner en marcha un abordaje terapéutico. Acuerdan, por tanto, en que es una herramienta que no puede ser dejada de lado, ahora bien, ¿debe ser abordada como primera instancia o como última?, ¿eso puede ser acaso determinado por ley? Podríamos pensar que el significante internación no se encuentra aislado en el campo de la salud mental, sino que se encuentra entramado en una cadena significativa que lo pone en diálogo con otros tales como: encierro, manicomio, objetivación, medicalización. En dicha cadena es donde el sentido insiste (Lacan: 1975)

Ahora bien, otra serie de enunciados, se articulan en el marco de un nuevo paradigma en salud mental, enunciados que se relacionan y se alinean en nuevas formaciones discursivas (Foucault: 1970). Dichas formaciones discursivas operan sobre la cadena significativa antes descrita y pujan por ubicar a la internación por fuera de esa lógica, y re significarla como herramienta al interior de un abordaje de la salud mental con una perspectiva no manicomial. Si el significante internación hace sentido en la formación discursiva ligada al paradigma manicomial vacía su sentido en tanto acción terapéutica, ahora bien si logra ser re inscripto en tanto recurso en el marco de prácticas no manicomiales recobra su fuerza en el campo. En este sentido, esquemáticamente, la LNSM pone especial interés al carácter terapéutico de la internación, en contraposición a prácticas que implican sanciones o castigos por la vía del encierro. Deconstruir la unidad de los enunciados que se inscriben en formaciones discursivas manicomiales implica re conceptualizar las categorías desde una lógica disímil. La reconfiguración de enunciados en torno a la internación es un ejemplo de esta puja por el sentido al interior de un campo en movimiento.

Ahora bien, al incluir la internación en salud mental en Hospitales generales, se plantea otra disputa de sentido ya no en el campo de la salud mental en particular sino de la salud en general. Otra cadena significativa se abre allí: internación- dolor- padecimiento físico. En el marco de los Hospitales generales la internación no funciona como encierro o disciplinamiento sino como recurso temporal destinado a la solución de un malestar físico que acontece. En este marco la irrupción de la internación en salud mental es vista de modo hostil, dado que un padecimiento que no es físico no cobra sentido como padecimiento. Los profesionales entrevistados relatan la resistencia de muchos colegas de otras disciplinas que deslegitiman la internación en salud mental, dado que consideran prioritario que los recursos hospitalarios sean destinados a pacientes con padecimientos físicos. Por lo tanto, la internación en tanto recurso no puede ser utilizada por los profesionales de la salud mental, como si es utilizada por otros profesionales del campo de la salud.

En consecuencia, el carácter terapéutico de la internación queda por fuera, tanto en las instituciones de encierro como en otros dispositivos. La internación se vuelve un significante en disputa tanto al interior del campo de la salud mental, donde puja por imprimir su sentido terapéutico, como al interior del campo de la salud donde debe legitimarse como recurso necesario.

Comunicación para la desmanicomialización

Primer nivel: Información para participar.

La tarea de comunicar en el ámbito de la política pública en general, y la política de salud en particular consiste, quizás principalmente, en instalar conversaciones (Bruno: 2012). La comunicación, en su doble juego de proceso y estrategia (Beltrán: 1998), se despliega como espacio central de apertura de debates necesarios para la vehiculización e implementación de las políticas públicas.

La LNSM se presenta como cristalización normativa de una serie de disputas al interior del campo que, lejos de estar saneadas con la reglamentación, se despliegan cotidianamente en el orden de las prácticas sociales de los actores inscriptos en el campo (Massoni: 2000). La construcción de escenarios de encuentro y de debate consiste en un aporte fundamental de la comunicación para poder dar curso a esas disputas en torno a una implementación plena del derecho a la salud.

Como condición necesaria para instalar dichos debates “la información debe ser socializada para que a partir de ello la gente pueda tomar decisiones” (Bruno: 2012). A partir del desconocimiento es imposible poder ejercer el derecho a participar en el curso de la política pública. Los profesionales entrevistados señalaron que existe, por parte de muchos de los usuarios, un desconocimiento de la ley y consecuentemente, un desconocimiento de los derechos que dicha legislación les otorga. La accesibilidad de la ciudadanía a la información adecuada se presenta como asignatura pendiente, no existen mecanismos formales y periódicos de información (Bruno: 2012) acerca de los derechos que la ley otorga, por lo que dicha tarea queda, muchas veces, en manos de los profesionales, o en su defecto a merced de la trayectoria de cada usuario en particular. Podríamos asociar este primer nivel de análisis a una perspectiva más instrumental de la comunicación (Lois: 2013), asociada al manejo de técnicas y medios de comunicación, pero es interesante pensar la difusión de la información, sin acotarla a los medios (aunque estos resulten indispensables en la tarea) y también aportar a instancias más micro, como la posibilidad de difusión en espacios de tránsito de los usuarios, como los hospitales. Es interesante recuperar este primer nivel, vinculado a la difusión de información desde su doble juego de lo micro y lo macro, para poder garantizar el acceso a la información de toda la población.

Segundo nivel: instalar el debate.

El acceso de la población en general, y de los usuarios de salud mental en particular a la información es condición necesaria más no suficiente para la garantía de derechos. No se puede brindar un poder grandilocuente al emisor negando o desconociendo las negociaciones y mediaciones a las que los receptores someten los mensajes recibidos (Lois: 2013), como tampoco se puede desconocer que más allá de la información con la que los diversos actores cuentan a la hora de enfrentar el debate, los mismos no se encuentran en igualdad de condiciones en la conversación o conversaciones a encarar. En este sentido, Bruno (2012) señala que “no deberíamos soslayar la desigual distribución del poder de incidencia de los actores sociales en lo público”. Los usuarios de salud mental son actores históricamente excluidos de espacios de debate público, que consecuentemente se encuentran ubicados en condiciones desfavorables sin la

construcción de espacios para que puedan expresarse en condiciones legítimas de enunciación (Bruno: 2012). El rol de la comunicación en los procesos de cambio consiste en generar espacios de intercambio que pongan en cuestión la circulación del poder y encontrar los espacios de mediación donde el sentido se pone en disputa a través de diversas relaciones de fuerza (Massoni: 2000)

Algunos de los profesionales entrevistados señalaban que tanto dentro del campo de la salud como por fuera existen miradas y concepciones que vinculan la ley al cierre de hospitales, o a la pérdida de trabajos, por lo tanto es menester trabajar desde la comunicación sobre esos imaginarios, y también abordar la recepción de los mensajes que se emitan. Recuperar una visión relacional de la comunicación, donde se ponga en primer plano la construcción social de sentido y se enfatice la visualización de las cuestiones estructurales y los contextos en los cuales los sujetos generan sus ideas e imaginarios (Cuberli: 2008). La ley puede ser una institucionalización de derechos para trabajadores y usuarios de la salud mental o un modo de cerrar hospitales y dejar personas sin trabajo de acuerdo a las matrices socioculturales desde las que los actores insertos en el campo analicen y perciban los cambios que allí se están desplegando (Massoni: 2000). El trabajo por la disputa de esos sentidos es fundamental a la hora de instalar procesos de cambio: disputar los sentidos de salud que circulan y se negocian en el campo, los sentidos del derecho e incluso de las dolencias o padecimientos que los usuarios presentan. Trabajar sobre los imaginarios para poder instalar conversaciones plurales y democráticas.

Igualmente importante es generar espacios de intercambio a nivel organizativo, en los propios Hospitales y Centros de Salud, para disputar la institucionalidad como espacio de mediación central (Barbero: 2003) Construir espacios de encuentro y concertación, donde se activen redes de mediación entre los actores del campo. Pero asimismo, ampliar ese debate a nivel comunitario o social, con acciones que interpelen a la sociedad para instalar temas y enfoques en la agenda mediática desde una perspectiva de derechos (Bruno: 2012)

Repensar la interlocución entre agendas ciudadanas, agendas mediáticas y agendas públicas se vuelve central a la hora de instalar debates (Bruno: 2012). La construcción mediática de las problemáticas sociales instala discursos hegemónicos en torno a la locura y las problemáticas de salud mental, que dialogan con el modo en que los ciudadanos reciben la información de la que hemos hablado en el apartado anterior. Es por esto que no basta con difundir, sino que es necesario disputar y poner en tensión esos sentidos. Intervenir el Estado y lo público desde la comunicación implica recuperar su dimensión estratégica para poner en tensión los discursos que se anquilosan al interior del campo y negociar los significados y los sentidos que los actores brindan a sus prácticas y percepciones.

Tercer nivel: Lo micro.

El doble juego de proceso y estrategia de las definiciones de Comunicación en Salud (Beltrán: 1998) se despliega en los espacios micro, es decir, en las instituciones donde los actores cotidianamente interactúan y negocian los sentidos de sus prácticas. Allí la comunicación se les presenta a los profesionales como herramienta o instrumento para sus acciones cotidianas y su práctica laboral. Los profesionales ponen en práctica todos los días instrumentos de comunicación, se comunican entre ellos y con los pacientes por

diferentes medios y vías y encuentran allí obstáculos que, en muchas ocasiones, entorpecen el proceso de atención.

La imposibilidad de instrumentar herramientas de comunicación que les permitan a los profesionales tener un diálogo fluido se presenta como una constante: inconvenientes en las derivaciones, también en las interconsultas. La comunicación puede llegar a ser más fluida al interior de una misma institución, pero cuando se trata de un diálogo entre instituciones el panorama se vuelve más complejo. Partiendo de que la ley de salud mental plantea un abordaje de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria y multi actoral, el diálogo fluido, constante y retroalimentado entre diversos espacios institucionales se vuelve central a la hora de garantizar los derechos allí establecidos. Generar dicha red de intercambio es fundamental a la hora de pensar en el despliegue de una política pública en salud mental que permita la incidencia y participación de todos los actores. Y para esto es fundamental el diálogo fluido entre todos los actores intervinientes. En principio en el marco de la relación interpersonal entre el equipo tratante y los usuarios de salud, también entre los propios profesionales de una misma institución y entre los diversos espacios institucionales que inciden en garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Apuntar desde lo micro (comunicación interpersonal) hasta lo macro (disputar sentidos que circulan en la esfera pública y generar conversaciones entre todos los miembros de la sociedad) implica revitalizar la dimensión estratégica de la comunicación introduciendo cambios en los diversos niveles interconectados.

Conclusiones: Recursos y discursos

La desinstitucionalización es una arista central del proceso de desmanicomialización. Los espacios por lo que los profesionales transitan condicionan sus prácticas, dado que las diversas dinámicas institucionales instituyen modos de hacer y actuar como legítimos y hegemónicos. Poner en cuestión esas lógicas naturalizadas implica transformar las instituciones. En dicha transformación institucional resulta central la creación de nuevos espacios y dispositivos que se enmarquen en los lineamientos normativos vigentes. La desinstitucionalización implica la construcción de heterogeneidades organizadas (Rovere: 2006) es decir, de redes en su concepción vincular que no necesariamente respondan a lógicas piramidales y que involucren a todos los actores. Redes intrainstitucionales e interinstitucionales que no se agoten en la referencia y contrarreferencia como "peloteo de pacientes" sino que construyan vínculos solidarios entre personas.

Ahora bien, los modos de hacer y pensar de los profesionales, no se encuentran condicionados únicamente por el espacio donde se despliegan, sus trayectorias y formaciones también operan como condicionamientos para el desarrollo de ciertas prácticas. Como señalan Rovere y Abramzon (2005), es impostergable pensar en la formación de los profesionales de la salud, y en este sentido es fundamental que las instituciones formadoras "se conviertan en actores centrales y referentes éticos en la defensa del derecho a la salud de la población". Para llevar adelante un proceso transformador en el campo de la salud es prioritario poder formar profesionales que conciban la salud desde una perspectiva integral, y es necesario poder desplegar trayectos formativos (tanto desde lo académico, como desde la práctica profesional) que

pongan en cuestión el MMH centralizando la atención a través del equipo de salud y la construcción de inter saberes (Stolkiner 2005). En la actualidad ambos modelos, la perspectiva de salud integral y el MMH, conviven en el campo de la salud mental. Ejemplo de esta convivencia son las conceptualizaciones vigentes en torno a la internación y las disputas por el sentido de dicha práctica.

Vemos como, por lo tanto, un verdadero proceso desmanicomializador necesita, necesariamente, de recursos y discursos para su desarrollo. Los recursos son un puntapié necesario para el despliegue de nuevas prácticas, pero deben ir acompañados por una disputa de los discursos que pujan por hegemonizar el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular. La LNSM constituye un esfuerzo de diversos actores del campo por vehicular una transformación desde una perspectiva desmanicomializadora, pero la ley es un punto de partida, no un punto de llegada. La legislación vigente brinda las herramientas para dar ciertas disputas, pero las mismas se revitalizan en la práctica cotidiana de los profesionales y en la posibilidad de todos los actores de construir espacios de debates y consensos, de organización y transformación. Introducir una perspectiva comunicacional al proceso de desmanicomialización nos permite dar inteligibilidad a esos espacios que se despliegan desde lo micro hacia lo macro.

Siguiendo a Lopez y Petracci (2018) considero que para lograr impacto en los procesos de salud, enfermedad y atención que se concentran en el campo de salud mental es necesaria una gestión no tradicional que contemple equipos interdisciplinarios, actores sociales e institucionales, articulación intersectorial, producción colectiva, planificación estratégica, prácticas democratizadas y participativas y manejo presupuestario. Esto constituye una apuesta política con una doble finalidad: producir salud, pero también producir sujetos (profesionales y pacientes) con niveles crecientes de autonomía.

En este proceso, brindar información, construir instancias de diálogo y debate, y disputar sentidos hacia el interior del campo de la salud, pero también hacia el grueso de la sociedad, instalando en la agenda (pública, social y mediática) la salud mental desde una perspectiva de derechos, son tareas insoslayables donde nuestro campo puede brindar grandes aportes.

Bibliografía

- Beltrán, L.R. (1998). *Comunicación par ala salud del pueblo: Una revisión de conceptos básicos*. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Bruno, D. (2012). "Comunicación y políticas públicas en la Argentina Pos neoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada" en *Question*. Volumen 1- N° 34, pp. 14-22.

- Campos, G.W.S. (1997). "La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada". Texto disponible en internet.
- Cuberli, M.(2008). "Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción". *Question*, número 18 - otoño 2008, sección Ensayo.
- Elichiry, N. (2009). *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*. Buenos Aires: Manantial.
- Fernández, L. (1994) "Las instituciones, protección y sufrimiento" en *Instituciones educativas, Dinámicas institucionales en situaciones críticas*, Editorial Paidós, México.
- Foucault, M. (1970). *Arqueología del saber*, Siglo XXI, México.
- Foucault, M. (1989). *Vigilar y castigar*, Siglo XXI. México.
- Lacan, J. (1975). "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud" en *Escritos II*, Siglo XXI, México.
- Lois, I. (2013) "Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud" *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinaria en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani (FCS/UBA). Buenos Aires.
- Lopez, L. y Petracci, M.(2018) "*Sacudir lo que sabemos: salud pública, hipótesis del inconsciente y comunicación*" En: Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. (2018). *Comunicación y salud. La Investigación en el proceso de políticas públicas..* Editorial Teseo, pp. 53-75.
- Martín-Barbero, J. (2003). *De los medios a las mediaciones*. Convenio Andrés Bello, Bogotá.
- Massoni, S.(2000): "Estrategias de comunicación: tiempo de investigarnos vivos" en *Comunicación y sociedad* (DECS, Universidad de Guadalajara), núm. 37, enero-junio 2000, pp. 87-109.
- Menéndez, E.. (1998): "Modelo médico hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria en Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988, pp.. 451-464.
- Menéndez, E.. (2003): "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 8, n. 1, p. 185-207.
- Rodríguez Zoya, P. (2017) "Notas para pensar la complejidad del Campo de Comunicación y Salud". En Petracci, M., Schwarz, P. y Rodríguez Zoya, P. *Comunicación y salud. Las relaciones entre Médicos y Pacientes en la Modernidad Tardía..* Editorial Teseo, pp. 13-68.
- Rovere, M. (2006) *Redes En Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. El Agora, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud "Juan Lazarte".
- Rovere M, Abranzon M. (2005) *Recursos Humanos en Salud. Base para una agenda impostergable* Buenos Aires: OPS/OMS.

Siculer, S., Barraco, A., Zito Lema, V. y Sava, A.(2008) “Interdisciplina y desmanicomialización” en *Psicoanálisis*, Vol. XXX, N° 2/3, 2008- pp. 429-453.

Stolkiner, A. (1999) “Equipos interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de inter-saberes?” *Campo Psi*, Revista de información especializada” Año 3, N° 12, Agosto de 1999, Rosario. www.campopsi.com

Stolkiner, A. (2005) "Interdisciplina y Salud Mental" *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles*. Posadas, Misiones, Argentina.

Normativas y declaraciones consultadas

Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, Argentina, 25 de noviembre de 2010.

Decreto Reglamentario 603/2013.