

POLÍTICAS CULTURALES, SALUD MENTAL Y DES/INSTITUCIONALIZACIÓN

Notas para esbozar políticas culturales des/institucionalizadoras en salud mental

Milagros Luján Oberti

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Argentina

milagrosoberti@outlook.com

Recibido: 06 de febrero de 2023

Aceptado: 03 de Mayo de 2023

Identificador permanente (ARK): <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18535925/wucr1o6bu>

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9889-0712>

|1|

Resumen

El presente artículo retoma como tema-problema al campo de la salud mental desde los desarrollos teóricos y prácticos de las políticas culturales. Esto implica pensar en un encuentro de dominios, de modo inter y transdisciplinario, más que en un modo subsidiario uno del otro. Se sostiene como hipótesis que tanto el campo de la cultura y el quehacer cultural, en términos de política cultural, y el campo de la salud mental se caracterizan por ser terrenos de lucha para grupos históricamente excluidos. El objetivo del presente escrito es mostrar la convergencia de ambas disciplinas y su potencia para esbozar herramientas, elementos y acciones a la hora de proponer políticas culturales que aborden la salud mental.

Para organizar la tarea, se proponen puertas de entrada a la temática a modo de notas basadas en una metodología de revisión bibliográfica de documentos de segunda fuente y bibliografía específica. En ellas se reponen teorías, nociones y conceptos de los dos terrenos de investigación; se hace particular hincapié en la noción de procesos de des/institucionalización en el campo de la salud mental; y, finalmente, se proyectan huellas propositivas para pensar políticas culturales en salud mental.

Los estudios de las ciencias sociales y la salud mental, de un tiempo a esta parte, han generado ricos antecedentes. Sin embargo, aún persisten áreas vacantes en referencia a la cultura, la comunicación y las políticas culturales en intersección con el campo de la salud mental. Este trabajo busca contribuir en este sentido, asentándose en el eje de los procesos de des/institucionalización, los derechos de las personas usuarias del sistema de salud mental y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Palabras clave: políticas culturales, salud mental, des/institucionalización, Ley Nacional de Salud Mental 26.657, cultura



CULTURAL POLICIES, MENTAL HEALTH AND DE/INSTITUCIONALIZATION

Notes to outline cultural policies for de/institutionalization in mental health

Abstract

This article takes up the field of mental health as a theme-problem from the theoretical and practical developments of cultural policies. This implies thinking about a meeting of domains, in an inter and transdisciplinary way, rather than in a subsidiary way one of the other. It is sustained as a hypothesis that both, the field of culture and cultural work, in terms of cultural policy, and the field of mental health are characterized by being fields of struggle for historically excluded groups. The objective of this paper is to show the convergence of both disciplines and their power to outline tools, elements and actions when proposing cultural policies that address mental health.

To organize the task, gateways to the subject are proposed as notes based on a bibliographic review methodology of second source documents and specific bibliography. In them theories, notions and concepts of the two fields of investigation are replaced; particular emphasis is placed on the notion of de/institutionalization processes in the field of mental health; and, finally, proactive traces are projected to think about cultural policies in mental health.

Studies in the social sciences and mental health, for some time now, have generated rich precedents. However, there are still vacant areas in reference to culture, communication and cultural policies in intersection with the field of mental health. This work seeks to contribute in this sense, based on the axis of de/institutionalization processes, the rights of users of the mental health system and the National Mental Health Law 26.657.

Keywords: cultural policies, mental health, de/institutionalization, National Mental Health Law 26,657, culture

Introducción

Reflexionar y proponer una política cultural que retome como tema-problema al campo de la salud mental implica pensar en un encuentro de campos, de modo inter y transdisciplinario. No se los concibe como dominios excluyentes, así como tampoco en términos jerárquicos o subsidiarios. Las experiencias históricas y la investigación acumulada de ambos pueden contribuir y retroalimentar los interrogantes de cada uno y esbozar líneas novedosas y propositivas de acción.

Se afirma, por un lado, que es posible pensar en términos de políticas culturales la complejidad del campo de la salud mental, en tanto se desculturaliza la cultura revelando la dimensión cultural de aquello que aparentemente no lo es (Vich, 2014). Por el otro, se esboza que es posible avanzar en términos de salud mental hacia los problemas de la cultura, en tanto la razón neoliberal se patentiza como una fábrica de subjetividades que codifica deseos y afectos, induce conductas y padecimientos,

mercantiliza discursos y formatea estilos de vida (Gago, 2014). Dicho modo de vida neoliberal se ha instalado como una forma de cultura, la cultura del malestar (Murillo, 2012).

La razón neoliberal encarna diversos discursos y hechos. En este sentido, el recrudescimiento de dicho régimen entendido en términos políticos, culturales y sociales, y no meramente económicos, y la producción de políticas de individualización, llevan a una responsabilización de las personas, que más que ser sujetos de derecho, se convierten en contraprestadores (Merklen, 2013). A modo de ejemplo, es menester recordar que, en Argentina, el organigrama de Ministerios desde finales del 2019 vuelve a contar con un Ministerio de Cultura y con un Ministerio de Salud, al derogar el Decreto DNU N° 801/2018 que modificó la estructura ministerial de la Nación en la gestión de Mauricio Macri.¹ En su mandato comenzó un “proceso de degradación del Ministerio de Salud de la Nación, que, finalmente, en septiembre de 2018, perdió su rango y pasó a ser una secretaría de gobierno dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación” (Faraone y Barcala, 2020, p. 97). Estas modalidades de disminución son una estrategia de gestión neoliberal que expresa la progresión de las lógicas de descentralización y de achicamiento del Estado, y con ello, de las instituciones de protección de derechos (Castel, 2012).

|3|

La descripción y análisis de este tipo de decisiones políticas, en las cuales el acceso a la salud y la cultura no son garantías ni derechos básicos humanos, es lo que vuelve relevante al tema-problema aquí abordado. Se sostiene como hipótesis de que tanto el campo de la cultura y el quehacer cultural en términos de política cultural como el de la salud mental se caracterizan por ser terrenos de lucha para grupos históricamente excluidos. Dicho esto, el objetivo del presente escrito es mostrar la convergencia de ambas disciplinas de interés y su potencialidad para esbozar herramientas, elementos y acciones a la hora de plantear políticas culturales que aborden la salud mental. Para ello, se proponen puertas de entrada a la temática a modo de notas basadas en una metodología de revisión bibliográfica de antecedentes teóricos y documentos de segunda fuente (Valles, 1999). La misma fue realizada durante el periodo julio-noviembre del año 2021 y revisada en el mes de febrero del corriente año para la confección de este artículo.

En la primera nota se lleva adelante una serie de tareas conceptuales, teóricas y epistemológicas. Seguidamente, se delimitarán los campos en cuestión, para luego afirmar el encuentro entre ambos. En tercer término, se recorren antecedentes sobre

¹ Mauricio Macri llega a la presidencia argentina en diciembre de 2015, implementando una gestión económica, política, social y cultural de características neoliberales en diversos ámbitos del Estado, que dura cuatro años. Sin embargo, desde 2007 en adelante, como Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, inicia un período en el cual ya demostraba su quehacer político en términos liberales, en particular, en relación a la Ley Nacional de Salud Mental y a la desarticulación de programas comunitarios. En este sentido, a modo de ejemplo, en 2012, en plena vigencia de la normativa, “durante la gestión neoliberal de Mauricio Macri, a raíz de presiones de la corporación de médicos municipales, y a pesar de la lucha [...] las autoridades políticas del área desarticulaban el Programa de Atención Comunitaria” (Faraone y Barcala, 2020, p. 140).

nociones de cultura trabajadas en el campo de la salud mental, y posteriormente, a modo de movimiento inverso, se desarrollan aportes y herramientas de las políticas culturales que se relacionan con el campo de salud mental. En cuarto lugar, se describe el concepto de des/institucionalización y su potencial relación con las políticas culturales. Hacia el cierre, se proyectan huellas propositivas, a modo de caminos posibles a seguir, para esbozar una política cultural para la des/institucionalización en el campo de la salud mental.

Finalmente, se afirma que los estudios de las ciencias sociales y la salud mental, de un tiempo a esta parte, han generado ricos antecedentes. Sin embargo, aún persisten áreas vacantes en referencia a la cultura, la comunicación y las políticas culturales en intersección con el campo de la salud mental. Este trabajo busca contribuir en este sentido, asentándose en el eje de la des/institucionalización, los derechos de las personas usuarias del sistema de salud mental y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM).

Delimitando campos, generando un encuentro

El campo de las políticas culturales se fue afianzando en el continente al contar con una mayor cantidad de personas, profesiones y disciplinas interesadas; implicando lo laboral, la intervención y el compromiso social. Con el tiempo, se ha podido independizar de las políticas educativas, generando una mayor autonomía, en tanto instrumento de desarrollo y cambio social; asentando su relevante relación con el devenir social (Vich, 2014).

En cuanto al concepto de políticas culturales, lo entendemos en los términos de García Clanlini:

Como un conjunto de intervenciones realizadas por el Estado, las instituciones civiles y los grupos comunitarios organizados a fin de orientar el desarrollo simbólico, satisfacer las necesidades culturales de la población y obtener consenso para un tipo de orden o de transformación social. (Canclini, 1987, p. 26)

Son un instrumento de desarrollo y cambio, intervienen y participan en diferentes dimensiones, hasta en aquellas donde lo cultural no se revela *a priori* y requiere de un trabajo de desnaturalización y visibilidad (Vich, 2014). En esta línea, las políticas culturales no son meras instancias de producción y organización, más bien pueden ser pensadas como dispositivos capaces de activar nuevos y/u otros procesos sociales, “a fin de posicionarla [la cultura] como un recurso crítico para construir mayor ciudadanía [...] ciudadanos más justos y más involucrados en el bien común” (p. 20).

Se destaca, retomado de las reflexiones de Rancière (2009), la importancia de utilizar la cultura para redefinir lo político, esto es, convocar a los ciudadanos como agentes participativos de una vida en común, que contribuyan a la reconstrucción de la esfera pública, alterando los territorios desiguales a partir de la cultura y cuestionando lo establecido. Se enfatiza el hecho de que “las políticas culturales deben comprometerse

con la conquista de un mayor campo de visibilidad de los grupos socialmente excluidos” (Vich, 2014, p. 69)

Por su parte, el campo de la salud mental ha sido caracterizado por su amplitud y complejidad, cuyos alcances y límites se encuentran aún en construcción (Galende, 1990). Es multidisciplinario, intersectorial e interdisciplinario. Diferentes procesos históricos y aportes de diversas ciencias han llevado adelante prácticas no unificadas bajo una única matriz (Oberti, 2020). De esta forma, se esboza como un espacio de juego históricamente constituido, como un campo de fuerzas y de luchas destinadas a conservarlo o transformarlo (Bourdieu, 1990). En Argentina, en particular, este campo se ha reconfigurado a partir de la promulgación y regulación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 (Faraone, Bianchi y Giraldez, 2015). El escenario actual del campo requiere de un abordaje analítico complejo, que retome diversos ejes problemáticos. Por lo dicho, en este escrito se ha hecho énfasis en los procesos de des/institucionalización (Faraone, 2015), desarrollados más adelante.

El hecho de que las políticas culturales se caractericen por develar aquello no cultural *a priori* y tengan la potencia de visibilizar grupos excluidos al activar nuevos procesos sociales, así como que el campo de la salud mental aún no tenga constituidos sus límites y alcances, permite conformar un terreno fructífero de encuentro interdisciplinario. En otras palabras, están dadas las condiciones para dicha reunión interdisciplinaria en la actualidad política, económica, cultural, social, sanitaria, etc.

|5|

Ambos campos de estudio e intervención comparten similitudes en los albores de su conformación y legitimación en tanto tal. Primeramente, luego de la Segunda Guerra Mundial, tanto el concepto de política cultural como de salud mental tuvieron un punto de inflexión. Para la primera, se irá conformando un triángulo teórico entre cultura, desarrollo y consumo, impulsado por la noción de desarrollo internacional, como políticas públicas aplicables para alivianar la pobreza y mejorar la calidad de vida de las poblaciones (Molina Roldán y País Andrade, 2013). En cuanto al área de la salud mental, es la similitud del Holocausto con los manicomios lo que le da visibilidad: “¿cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales, con las condiciones de segregación y encierro que sustentan los asilos?” (Galende, 1990, p. 141). A continuación, en los años 60, en el ámbito académico, son tiempos de revisión y reconceptualización de la diferencia y la otredad. En el estudio de la cultura comienzan a aparecer pesquisas antropológicas urbanas, de campesinos y sobre la pobreza (Neufeld, 1994). Por su parte, en la sociología, emergió el interés por la locura y lo manicomial en los escritos sin precedentes de Erwin Goffman y Michel Foucault, que habilitó otra lectura del control social (Bianchi, 2019).

En segundo lugar, ambos comparten el naufragio y el aplastamiento a causa de las dictaduras cívico militares acontecidas en el continente, pero también el resurgimiento del interés en el pasaje a la democracia, volviéndose temas relevantes para el Estado, la investigación y la sociedad. Mientras que las políticas culturales pasaron a ser tomadas en consideración por los organismos internacionales, impulsando la construcción institucional del área cultural (García Canclini, 1987), el campo de la salud mental retoma el enfoque de la Organización Panamericana de la Salud de 1989 y comienza un proceso de redefinición de la política en salud mental, que “abarcaba mucho más que la

recuperación del deterioro del área, ya que el planteo fundamental apuntaba a considerar a la Salud Mental como derecho de las personas y las comunidades y su cuidado como deber del Estado” (Faraone, Bianchi y Giraldez, 2015, p. 65).

Finalmente se destaca la crítica al sistema capitalista que desde ciertas posiciones de ambos campos se impulsa. Sea para dar cuenta del equívoco de las teorías desarrollistas, dado que no es solo el crecimiento económico lo que impulsa el desarrollo del Estado, basado en lo vivenciado en el tercer mundo latinoamericano (García Canclini, 1987), o para revelar la tendencia desubjetivante del capitalismo, asimilando toda institución - también la manicomial- a la fábrica hasta en países atrasados europeos, como Italia (Basaglia, 2008). Para ambos campos, apoyarse en los conceptos de lucha y relaciones de poder desiguales ha sido clave para una profundización teórica y práctica hacia la introducción de lo político. Siguiendo a Quijano (2007), el colonialismo del poder como un sistema de dominio específico impulsado en los albores del capitalismo no se agota en las instancias económicas, laborales o históricas; sino que persiste en las construcciones de raza, género y clase una racionalidad que se desborda en las ciencias y en los modos de pensar hasta la actualidad. La pregunta por la cultura y la salud mental tienen un acento paradigmático: obliga a la pregunta por la sociedad en que se quiere vivir.

|6|

Ahora bien, se han destacado ciertas similitudes, pero éstas no son las únicas que constituyen la base del encuentro de campos, sino que la potencialidad del enfoque de los estudios culturales de tradición marxista son la puerta de entrada para pensar los problemas de la cultura, las políticas culturales y la salud mental. Estos estudios traen consigo la novedad de considerar a las culturas como procesos políticos de lucha por la definición de los conceptos determinantes para la producción de la vida social (Wright, 1998). Aluden a movimientos históricos de significación y concepciones del mundo, a la elaboración de sentido inserto en instancias materiales, permiten cuestionar y transformar el orden social y generar instancias de identificación (Neufeld, 1994).

Dicho esto, se sostiene que tanto la cultura y el quehacer cultural en términos de políticas culturales, como la salud mental son campos donde coexisten relaciones de poder desiguales y en tensión (Foucault, 1977). En otros términos, se trata de terrenos de lucha por la hegemonía de los grupos sociales que históricamente han sido excluidos.

Algunas nociones de cultura trabajadas en el campo de la salud mental

Este apartado tiene la intención de rastrear algunos aportes teóricos y legislativos sobre la noción de cultura en el ámbito de la salud mental. Sin ánimos de ser exhaustivo, indaga antecedentes que se hayan preguntado por la dimensión cultural en un ámbito que en principio no se percibiría como tal.

Respetando un orden intencionalmente cronológico, se destacan en primer lugar los interrogantes de Ruth Benedict realizados en 1932 respecto de lo considerado normal/anormal y hasta qué punto dichas categorías están culturalmente determinadas o consideradas como absolutas. Uno de los resultados del estudio es el hecho de que hay una amplia variedad de culturas en donde “nuestros” anormales funcionan con facilidad. Es decir, quienes son considerados locos en una sociedad, son tratados con respeto y

hasta con honor en otras. En otras palabras, “muchos de los rasgos desacreditados en nuestra cultura son seleccionados y elaborados en diferentes sociedades” (Benedict, 1934, p. 63). En este sentido, determina que cada sociedad irá distinguiendo rasgos, se inclinará por una dirección u otra, armará un abanico de posibles y establecerá los extremos de lo que se entiende por normal y anormal. Lo normal será una variante del concepto de aquello que se establezca como “el bien” según lo esperado y aprobado, “en resumen, la normalidad, en su sentido más general, se define culturalmente” (Benedict, 1934, p. 68). Si bien este estudio es útil para no caer en determinantes unívocamente biológicos, hereditarios, patológicos y/o universales sobre el sufrimiento psíquico, no resta la advertencia al respecto del naufragio del relativismo cultural, hundido por apoyarse en concepciones cándidas del poder y la dominación (García Canclini, 1987).

En segundo lugar, luego de la mirada crítica del control social por parte de Goffman (1961) y Foucault (1961), de la cual emergen figuras epistémicas irreductibles al modo de producción capitalista y a la razón, como el débil mental o el loco, definidos por su irracionalidad (Bianchi, 2019), destacamos el estudio de David L. Rosenhan, publicado en 1982. Allí indaga la distinción de un estado normal y otro de locura. Continúa los rastros de la investigación de Benedict y, aunque concibe cierta posibilidad del relativismo cultural para comprender las configuraciones sociales sobre lo normal/anormal, recalca lo siguiente:

El hecho de formular estas preguntas no niega, tampoco, la existencia de la tortura personal que suele estar unida a una ‘enfermedad mental’. La angustia y la depresión existen. El sufrimiento psíquico existe. Pero la normalidad y anormalidad, el estar sano y el estar loco, así como los diagnósticos que se deriven de ello son posiblemente menos terminantes de lo que se cree generalmente. (Rosenhan, 1982, p. 99)

Dicho esto, se subraya que, en nuestras sociedades, tanto la determinación cultural de la normalidad/anormalidad como la existencia del padecimiento, posible tratamiento y potencial estigmatización, generan núcleos de desigualdad, ejes de vulneración social y orígenes de segregación cultural, así como percepciones y tipificaciones en los sujetos involucrados que ponen en tensión la diversidad cultural (País Andrade, 2016).

Se arriba a un tercer núcleo más coyuntural, que resalta la pregunta por la identidad cultural y la interculturalidad, en creciente auge en el campo de la salud mental. Se destacan, por ejemplo, estudios sobre la situación de las personas refugiadas y migrantes, para quienes el desarraigo, la discriminación, el futuro incierto y el desconocimiento de las pautas culturales generan sufrimiento (Finkelstein, 2017) o sobre atenciones de emergencia psiquiátrica donde se desconoce la identidad, origen, cosmovisión y particularidad de la persona (Lacarta, 2015). También se acentúa la cuestión indígena en los procesos de salud-enfermedad-atención en contraposición a los saberes occidentales que dominan los ámbitos de la medicina (Scheper-Hughes, 1997) o en las restituciones de la identidad ante las nefastas consecuencias del modo de producir ciencia del siglo XX, como en el caso de Kryygi (Vallejo, 2019).

Las situaciones son múltiples y diversas. No solo muestran la convergencia del término cultura con el de salud mental; sino que también dan cuenta de la relevancia del

concepto de identidad vinculado a la cultura. Dado que la cultura es la organización social del sentido, que interioriza modos estables y representaciones compartidas en contextos específicos y socialmente estructurados, la identidad justamente se construye en y desde esos procesos culturales (Giménez, 2003). En este sentido, y para anudar lo dicho hasta aquí, se retoma la noción de culturas de la salud, aplicable a salud mental, como “aquellos sentidos, definiciones, interpretaciones, representaciones y prácticas que un grupo construye de modo colectivo y comparte respecto a la salud y los fenómenos que abarque (nacer, enfermar, parir, morir, padecer, sanar, etc.)” (Oberti y Arnau Ripollés, 2022, p. 172). En continuidad, esta idea implica significados, sentires, vivencias, modos de conocer y producir la realidad a partir de diversos grupos, que no están exentos de conflictos, sino que involucran “relaciones de poder en la batalla cultural por los sentidos de la salud, librando luchas identitarias por definir(se) y nombrar(se), pudiendo modificar el curso de sus propias historias y de la historia” (Oberti y Arnau Ripollés, 2022, p. 172).

Finalmente, este recorrido cierra con la concepción de salud de la Organización Mundial de la Salud de 1948, vigente hasta el día de hoy, y con la de salud mental de la LNSM del año 2010. En estos términos, la salud es entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedad. De aquí se desprende la noción de salud mental, desarrollada en el Capítulo II, Artículo 3°, de la normativa nacional: “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”.

Ambas definiciones apelan a lo social y lo cultural para concebir a la salud y la salud mental, lo cual se devela como nodal, en tanto que nombrar no es un acto únicamente del discurso, sino también de la práctica: “el poder simbólico es un poder de hacer cosas con las palabras” (Bourdieu, 1987, p. 141). La acción de dar nombre no es inocente ni neutral, sino que “la enunciación contribuye diferencialmente a la colonización de la vida del sujeto” (Faraone, 2013, p. 37). En consonancia con lo dicho, la LNSM, en el mismo artículo citado, pone en primer plano la atención en salud desde una perspectiva de los derechos de lxs usuarixs y enuncia la cuestión cultural como determinante para la garantía de los mismos, dado que no pueden hacerse diagnósticos sobre la base exclusiva de pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; o demandas sobre conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.

Por último, la normativa establece la noción de padecimiento o sufrimiento mental, superando los conceptos de trastorno y enfermedad mental (Faraone, 2013). El Capítulo 1, Artículo 1° de la LNSM afirma lo siguiente: “La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”. Esta transformación conceptual tiene su correlato en el orden del discurso, la práctica y la subjetivación. Mientras que la noción de trastorno tiende a la individualización y biologización unívoca, abriendo un abanico infinito de diagnósticos, tipificaciones y soluciones medicalizables; la de padecimiento o sufrimiento mental se relaciona con la dimensión social y cultural de lxs sujetxs. Entonces, no se trata de restringir el padecimiento a la idea de enfermedad-trastorno, sino que, por el contrario, la cuestión

radica en repensar diversos elementos que hacen al sufrimiento subjetivo en relación con lo social y lo cultural.

El quehacer cultural: definiciones y marcos epistemológicos del campo de las políticas culturales como aportes para el campo de la salud mental

Dado que una política pública debería incluir orientaciones, contenidos, instrumentos, mecanismos, definiciones y posibles resultados (Lahera Parada, 2002), se pretende incurrir en aquello que las políticas culturales han aportado y pueden brindar a la indagación por la salud mental y otras problemáticas aledañas. En esta línea, reponemos otra definición de política cultural, brindada por el autor, por su énfasis en la praxis: “corresponde a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado” (Lahera Parada, 2002, p.4).

Primero y principal, se destaca el concepto de igualdad real, presente en la Ley Orgánica de Cultura de Ecuador de 2016, que remite al “ejercicio de los derechos culturales sin discriminación étnica, etaria, regional, política, cultural, de género, por nacionalidad, credo, orientación sexual, condición socioeconómica, condición de movilidad o discapacidad, e implica medidas de acción afirmativa de acuerdo a la Constitución” (Universidad de Tres de Febrero, 2019, p. 176).

|9|

Dicha noción se concatena con un término de accesibilidad cultural rico para los fines de este artículo, el cual implica brindar iguales condiciones de participación a todas las personas que forman parte de una sociedad determinada, que por alguna razón física o cognitiva se ven imposibilitadas para el pleno disfrute de sus derechos, teniendo en cuenta las barreras provocadas por las actitudes y por el ambiente que los rodea (Ministerio de Cultura, 2018). Esto no quiere decir que no existan otras barreras de accesibilidad a la cultura, como las económicas, geográficas o de discriminación social. Se destacan el diseño accesible y sin barreras, así como la tecnología asistiva en tanto apoyos indispensables para la accesibilidad; y el requerimiento de profesionales con respeto y comprensión sobre sufrimientos psíquicos, de contenido propicio y de infraestructura adecuada. La accesibilidad en salud mental es un tema que no se agota en la inclusión y la naturalización de las diferencias, sino que requiere de abordajes más complejos, como el de la des/institucionalización, desarrollado en el siguiente apartado.

En tercer lugar, se destaca la participación en dos sentidos: por un lado, el fomento de la igualdad de oportunidades que debe reflejarse tanto en el acceso como en el consumo y, por el otro, en lo que respecta al mercado laboral, el empleo del sector cultural y las profesiones culturales (País Andrade, 2019). Este concepto es directriz, dado que participar implica la posibilidad de intervenir, manifestarse y tomar decisiones en los procesos (Ministerio de Cultura, 2018). Con ello, se debe asegurar el acceso a la información, la participación de la comunidad en los debates y el logro de consensos entre el Estado y la comunidad. En este sentido, la sanción de la LNSM fue un ejemplo de participación amplia de usuarios, organismos de derechos humanos, trabajadorxs de todas las profesiones, etc. (Faraone, 2012).

Como otro elemento para crear una nueva enunciabilidad, visibilidad y sensibilidad de la salud mental a partir del quehacer cultural, el concepto que marca un camino es el de alteridad como posibilidad de trascender nuestra propia visión del mundo y ponerse en el lugar del otro. Sin embargo, no se concibe lo alterno sin lo diverso, dado que es en la convivencia e interacción de las comunidades y de las personas culturalmente en su diferencia que se pueden dar la integración y la empatía (Ministerio de Cultura, 2018). Este elemento ético, enraizado en lo estético y en lo económico debe concebir una significación y una praxis de nuevo orden para la vida humana y la salud mental (Turino, 2011). En esta reorganización, el respeto por el otro debe ser tan eje rector como la integración y reconocimiento mutuo.

Finalmente se subraya, a modo de conjunto, la autonomía y la pregunta por los gestores culturales en el marco de una política cultural para la des/institucionalización. En tanto grupo históricamente excluido, vulnerado e infantilizado, las personas usuarias del sistema de salud mental, en un abordaje de derechos, trabajan fuertemente en la reposición y reconstrucción de su autonomía en múltiples dimensiones: económicas, políticas, sociales, cotidianas, de cuidado, espaciales, temporales, entre otras. Se trata de una noción directriz establecida en la LNSM que confirma la posibilidad de decisión, el curso variable del padecimiento y la legitimación como sujetos autónomos y de pleno derecho, siempre y cuando el proceso de atención se lleve en un marco de garantía de dichos derechos. Si la autonomía ya es el telón de fondo para el trabajo en salud mental, no es azaroso pensar en la relevancia de la autonomía cultural en este mismo ámbito.

|10|

Dentro del campo de la política cultural, entonces, se comprende a la autonomía como la toma de decisiones de un grupo, la construcción desde la experiencia y el trabajo en red, con el potencial modificador de las relaciones de poder (Turino, 2011). No es menor esta definición, dado que los vínculos desiguales y asimétricos han sido uno de los rasgos históricamente más característicos y violentos del sistema asilar-manicomial, sustentado en el trato médico, clínico, psiquiátrico, que, al volverse figuras revestidas de saberes y poderes, deciden sobre la vida del otro. Tal como proponen Galende y Kraut (2006), el médico debe dejar afuera de su observación lo esencial del drama del loco, esto es, su condición de sujeto. Si la autonomía cultural es un concepto fértil para modificar y repensar las relaciones de poder desiguales y tanto la falta de autonomía como las relaciones asimétricas han sido las características propias del sistema asilar-manicomial, no es forzado el devenir de estas reflexiones y la pregunta por los gestores culturales de una política de esta índole.

Dicho esto, en los términos de Solano y Casullo (2019), se afirma la necesidad de una gestión y una política cultural hecha por personas con un criterio multidisciplinario, crítico y regional; que contemple tanto las diferencias y desigualdades, como las relaciones de poder presentes en todo proceso social para no reactualizarlas ni repetir las. Es central prestar atención a esta práctica a riesgo de volverse dominante, desubjetivante y manicomial, en el campo que justamente tiene el potencial de revertirla.

Los procesos de des/institucionalización y su relación con lo cultural

La desinstitucionalización es un movimiento que nace luego de la Segunda Guerra Mundial, como parte de las reformas en salud mental aconsejadas por la Organización Mundial de la Salud. Aunque tomó diferentes derivas, las iniciativas de renovación de la capacidad terapéutica de la psiquiatría conformaron un contexto cultural y político inédito. El término reconoce al menos dos acepciones contrapuestas. Por un lado, se ha utilizado para referir a experiencias vinculadas a procesos de deshospitización (políticas de externación compulsiva, de ahorro de camas, entre otras). Por otro lado, se inscribe en una revisión crítica de la institución manicomial-asilar que conlleva la promoción de su desmontaje para construir alternativas de cuidado y atención por fuera de los muros, particularmente potenciando dispositivos sociocomunitarios (Rotelli, 2014).

En el marco de este trabajo, se acuña específicamente la noción de des/institucionalización, como expresión con barra, entendiéndola desde un encuadre ideológico dentro del campo de la salud mental y no como una mera práctica de cierre de la institución manicomial-asilar (Faraone, 2015). Analíticamente, este concepto incluye la instancia de cierre de los espacios manicomiales, pero también la trasciende. En otros términos, el fin del sistema manicomial no es el cierre edilicio; más bien, requiere repensar las lógicas y dinámicas que trascienden los muros asilares, se instalan en otros espacios y tensionan las prácticas en los diversos campos sociales y comunitarios.

[11]

Con lo antedicho como plataforma, se sostiene que una política cultural que aborde la complejidad del campo de la salud mental deberá estar enmarcada en los términos de los procesos de des/institucionalización. Como se ha dicho, se atiende a aquella noción de cultura como el conjunto de procesos para elaborar significaciones, reproducir estructuras sociales o transformar operaciones simbólicas en el marco de la socialización de clases y los grupos en formación (García Canclini, 1987). Esta definición permite comprender que sin un horizonte des/institucionalizador se está en riesgo de seguir repitiendo y fomentando prácticas manicomiales por fuera de los muros, pero a la vez, que es posible una construcción de nuevos sentidos, prácticas, estrategias e instancias subjetivantes dado el rasgo dinamizador de la cultura.

Para el cierre de este apartado es menester dejar asentado que, históricamente en Argentina y desde la implementación de la LNSM, se han llevado adelante diversas prácticas y experiencias que “sin lograr la sustitución definitiva de la institución monovalente, instituyeron procesos des/institucionalizadores y consolidaron experiencias en el territorio, creando coordinadas para la sustitución definitiva del espacio manicomial” (Faraone y Barcala, 2020, p. 133). Aunque no todas pueden enmarcarse en una dimensión explícitamente de política cultural en los términos desarrollados hasta aquí, sí se recalca no sólo su existencia, sino su persistencia posible en el tiempo gracias al compromiso y la participación de personas usuarias, familiares, profesionales (Faraone y Barcala, 2020), colectivos, activismos, movimientos y múltiples grupalidades.

Huellas para recorrer: hacia una política cultural para los procesos de des/institucionalización en salud mental

La relevancia de la convergencia de campos encuentra su fortaleza en la característica del quehacer cultural como desarticulador de núcleos de desigualdad y de mecanismos de vulneración y exclusión (País Andrade, 2016). Esto permite seguir cruzando los aprendizajes recogidos y darles complejidad. Se proponen huellas para recorrer con el fin de seguir contribuyendo al fomento de los derechos de las personas usuarias del sistema de salud mental desde las políticas culturales, pero también incluyendo a la totalidad del grupo social en esta problemática.

La primera huella propone que, a la hora de analizar, mapear, gestar, motorizar, cartografiar un/os proyectos o una/s políticas culturales en materia de salud mental, es pertinente dar cuenta del origen de la misma. Esto es, si se propulsa desde una instancia estatal, de la sociedad civil o de lo que aquí se determina como una instancia híbrida. Lo estatal implica los diversos componentes de su organigrama y las posibles articulaciones geográficas e intersectoriales: ministerios, direcciones, secretarías, programas, entre otros. Sin embargo, se hace particular hincapié en la múltiple y rica existencia de experiencias comunitarias que se han originado por fuera de una instancia exclusivamente estatal: asociaciones sin fines de lucro, fundaciones, ONGs, grupos activistas y comunitarios, empresas sociales y centros culturales, que, sin ser exhaustivos, permiten una fotografía, una suerte de imagen estática de aquello que hubo y lo que hay, más que “responder de manera íntegra a una realidad territorial siempre problemática y compleja” (Iconoclastas, 2015, p. 8). Finalmente, en un espacio gris entre lo estatal, lo voluntario y lo civil, encontramos experiencias que por lo general se originan en la instancia estatal de los hospitales públicos, pero que luego resisten en el margen de lo oficial, sin ser retomados por ningún ente ministerial, ni por la institución sanitaria donde se conforman: es a lo que se ha denominado como híbridas. Suelen nacer de los proyectos, preocupaciones, deseos, intuiciones o intenciones de lxs propixs usuarixs, trabajadorxs del servicio o algún familiar y logran ocupar una parcela del territorio institucional que justamente los nuclea. La posibilidad de continuidad de estos proyectos e iniciativas es una pregunta que siempre queda abierta e implica otras preocupaciones urgentes.

[12]

La segunda huella se relaciona con la pregunta por lxs destinatarixs y por el tipo de participación que se fomenta en las actuales, y posibles, políticas culturales que abordan la salud mental. La participación de lxs destinatarixs puede ser pensada en dos formas: en tanto entendemos por un lado el acceso y el consumo cultural, como receptores, aunque no siempre implica una postura pasiva; y por el otro, en tanto trabajo, empleo o profesionalización, como hacedores de cultura (País Andrade, 2019). En el entramado estatal es posible encontrar programas que integran grados diversos de participación cultural de las personas padecientes. Sin embargo, la mayoría tiene un enfoque en términos de acceso o consumo cultural de arte, arte terapia o museos. Se perciben como restringidas otras expresiones como baile, tecnología, arte callejero, grafiti, así como los espacios desde donde se accede y transita. Por otro lado, no suele haber ofertas de plataformas de profesionalización o creación cultural dirigidas a usuarixs en el ámbito estatal, pero sí en las prácticas comunitarias, donde la apuesta cultural es justamente por el hacer en lo laboral, lo cultural, lo artístico y lo comunicacional. Ambos tipos de participación son requeridos por igual, dado que posibilitarían un entramado de opciones y decisiones, sin restringir la experiencia del acceso y el consumo.

Junto a esta segunda huella, se problematiza la dimensión participativa de la sociedad en su conjunto en políticas culturales de salud mental. Se ha insistido en la urgencia de la reorganización de sentido y creación de nuevas representaciones compartidas respecto del padecimiento mental. La batalla cultural, justamente, debe implicar a cada vez más tramos del enjambre social en la desnaturalización de los sentidos y la creación de nuevas prácticas tan respetuosas como diversas. Pero no solo implica a las personas internadas en manicomios, sino también a los profesionales, a familiares y a quienes están afuera:

[...] al mismo tiempo que estamos ahí en lo más concreto del día a día y en lo emocional, también estamos en la batalla cultural de combatir la idea y el estigma de las personas que fueron encerradas, transmitir que el lugar de esa persona no es el manicomio. (Biaggio *et al.*, 2020, p.67)

La tercera huella se interroga por la accesibilidad cultural como un prisma que permite dar cuenta de un sesgo en que se podría caer, relacionado al acceso a la información y el derecho a la comunicación. Un interrogante se relaciona con cuánto saben lxs usuarixs o lxs profesionales de los programas estatales y cuáles son los flujos de recorrido de esta información. Se alerta que comunicar cultura es un desafío que debe involucrar a los ciudadanos en relaciones de ida y vuelta (Barrandeguy, 2017). Dicho esto, se vuelve preciso enunciar que hasta la existencia de programas estatales y asociaciones civiles es infértil si no se promueve una comunicación integradora y una difusión eficiente. Se llama la atención del efecto multiplicador de lo que se denominó espacios híbridos, que materializan ese puente tan complejo y abstracto entre el Estado y lxs usuarixs, dado que funcionan como punto de anclaje entre el aparato estatal y la difusa sociedad.

Una vez más, la huella tiene su revés comunitario. Por un carril, está el Estado con poca trayectoria en materia de articulación entre cultura y salud mental, pero con los capitales y la fuerza para implementar programas, articular secretarías, administrar recursos y, particularmente, comunicar y difundir; pero que en términos generales solo concibe como destinatarixs a lxs usuarixs del sistema. Por el otro, agrupaciones civiles y comunitarias que encaran proyectos de transformación potentes, reflexionados e informados de las situaciones problemáticas del terreno, de las trayectorias complejas de lxs sujetxs padecientes y de la importancia de la implicancia del conjunto social, pero sin los mecanismos simbólicos y materiales de la gestión estatal. Se precisa de la alianza de ambas instancias, de fuerzas absolutamente dispares, para que acontezca una diferencia en el hacer políticas culturales en materia de salud mental.

Esta diferencia es la que se entiende en términos de des/institucionalización en dos niveles. El primero es el entramado de redes entre ministerios y secretarías, programas y experiencias, agrupaciones múltiples e instancias estatales, experiencias pequeñas junto a otras experiencias no tan pequeñas. El segundo se relaciona con la necesidad de que estas prácticas culturales y de salud mental traspasen la barrera de los dominios donde se desempeñan, que salgan del campo exclusivo y se licúen con el conjunto de la comunidad.

A modo de cierre



Este escrito propuso diversas notas para esbozar una política cultural para la des/institucionalización en salud mental. Por ello se repusieron conceptos y marcos teóricos, se ensayaron puentes y encuentros entre campos y disciplinas, y se reflexionó en torno a posibles aportes útiles, tanto teóricos como prácticos, para la gestación de políticas culturales en el marco de la des/institucionalización.

Lo dicho hasta aquí implica una reconceptualización del rol del Estado y de las políticas públicas desde un enfoque participativo, radicalmente democrático, de valores construidos colectivamente y en respeto por la diversidad. Un (re)pensar los acercamientos de instancias diversas para que la insuficiencia de las políticas públicas no contraste con las intenciones y luchas de las personas internadas, los movimientos sociales y quienes pugnan por la desmanicomialización.

De esta forma, la huella final a modo de paraguas que se propone está menos relacionada con la demanda de más programas o con la falta de ellos, o con el conocimiento de los proyectos civiles y comunitarios llevados a cabo, que con la necesidad de entamar, enredar y acercar las instancias estatales, comunitarias e híbridas en una alianza por la salud mental y la cultura. En otras palabras, con la generación de políticas culturales que breguen por los procesos de des/institucionalización de salud mental.

|14|

Referencias bibliográficas

- Barrandeguy, J. (2017). "Trabajo, creatividad y herramientas para facilitar el acceso cultural", en *Gestión Cultural Pública: coordinadas, herramientas, proyectos*. Dirección Nacional de Formación Cultural del Ministerio de Cultura de la Nación. Ministerio de Cultura de Nación, pp. 107-127.
- Basaglia, F. (2008). "Poder y violencia en el hospital psiquiátrico" y "Represión y enfermedad mental", en *La condena de ser loco y pobre*. Topia.
- Benedict, R. (1934). "La antropología y el anormal", en *Journal of General Psychology*, 10(2), pp. 59-82. Trad. M. G. García y N. Cler Pereira, Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Biaggio, M.; Castro Valdez, J.; Murúa, F.; Rodríguez G. V. M.; Sabin Paz, M.; Selhi, M.; Soberón, A.S.; Texidó, T. (2020). "Tres puntos para cambiar la política de salud mental", en *Post. Cómo luchamos (y a veces perdimos) por nuestros derechos en pandemia*. Siglo XXI.
- Bianchi, E. (2019). Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación, en *Revista Salud Mental y Comunidad*, 7, pp. 12-28.
- Bourdieu, P. (1987). "El espacio social y poder simbólico", en *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y Cultura*. Editorial Grijalbo.
- Castel, R. (2012). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica.

- Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción, en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 4, pp. 47-61.
- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones, en *Salud Mental y Comunidad*, 3, pp. 29-40.
- Faraone, S. (2015). “Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la salud mental”, en Faraone, S. Bianchi, E. y Giraldez, S. (coord.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. UBA Sociales.
- Faraone, S.; Bianchi, E. y Giraldez, S. (Coord.) (2015). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. UBA Sociales
- Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.
- Finkelstein, L. (2017). “Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud”, en *Revista Migraciones internacionales, Reflexiones desde Argentina*, 2, pp. 40-58.
- Foucault, M. (1990) [1961]. *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1977). “Derecho de muerte y poder sobre la vida”, en *Historia de la sexualidad. I. La voluntad del saber*. Siglo XXI, pp. 161-194.
- Iconoclasistas (2015). *Manual de Mapeo Colectivo*. Tinta Limón.
- Gago, V. (2014). *La razón neoliberal, economías barrocas y pragmática popular*. Tinta Limón.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Galende, E. y Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial.
- García Canclini, N. (1987). “Introducción. Políticas culturales y crisis de desarrollo: un balance latinoamericano”, en *Políticas Culturales en América Latina*. Editorial Grijalbo. pp. 13-61.
- Giménez, G. (2003) “La cultura como identidad y la identidad como cultura”. UNAM, Instituto de investigaciones sociales.
<http://perio.unlp.edu.ar/teorias2/textos/articulos/gimenez.pdf>
- Goffman, E. (2001) [1961]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.

- Lacarta, G. L. (2015). “Intertextualidad y salud mental”, en Faraone, Bianchi y Giraldez (Comps.) *Determinantes de la Salud Mental. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. UBA Sociales.
- Lahera Parada, E. (2002). *Introducción a las Políticas Públicas*. Fondo de Cultura Económica
- Merklen, D. (2013). “Las dinámicas contemporáneas de la individuación” en Castel, R. et al. *Individuación, precariedad, inseguridad*. Paidós. Pp. 45-86.
- Ministerio de Cultura (2018). *Laboratorio de innovación cultural. Guía Práctica de Accesibilidad Cultural*. Presidencia de la Nación Argentina.
- Molina Roldán, A. y País Andrade, M. A. (2013) “Introducción”, en País Andrade, M. A. y Molina Roldán, A. (Comp.) *Cultura y desarrollo en América latina. Actores, estrategias, formación y prácticas*. Ediciones Cooperativas / De la Vega editores, pp. 11-31.
- Murillo, S. (2012). La cultura del malestar o el gobierno a distancia de los sujetos, en *Actas electrónicas del XIV Congreso Argentino de Psicología*. “Los malestares de la época”. Salta, Argentina, 12, 13 y 14 de abril de 2012.
- Neufeld, M. R. (1994). “Crisis y vigencia de un concepto: la cultura en la óptica de la antropología”, en Lischetti, M. (Comp.) *Antropología*. EUDEBA, pp. 381-405.
- Oberti, M. L. (2020). El Dispositivo de Salud Mental: Análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10. Tesina de Grado para la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Oberti, M. L. y Arnau Ripollés, S. (2022). “Culturas de la salud. Perspectivas legas sobre el malestar”, en Grau i Muñoz, A. y Faus-Bertomeu, A. (coords.) *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*. Tirant humanidades, pp. 161-194.
- País Andrade, M. A. (2016). *Identidades culturales en y desde las fronteras: un enfoque de género a la(s) políticas y a la(s) práctica(s) culturales juveniles*. Antropofagia.
- País Andrade, M. A. (2019). “La “incomodidad” de las cuestiones de género(s) en la gestión cultural” en Fuentes Firmani, E y Tasat J. A. (comps.) *Gestión cultural en la Argentina*. UNTREF.
- Quijano, A. (2007). “Colonialidad del poder y clasificación social”, en Castro-Gómez S. y Grosfoguel R. (Eds.) *El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre Editores, pp. 93-126
- Rancière, J. (2009). *El reparto de lo sensible. Estética y política*, LOM.
- Rosenhan, D. (1982). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En P. Watzlawick, *La realidad inventada*. Gedisa, pp. 99-119.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La Experiencia de Trieste*. Topía.

- Solano, R. y Casullo, N. (2019). “Gestión y política cultural desde un abordaje multidisciplinario, crítico y regional”, en Fuentes Firmani, E y Tasat J. A. (comps.) *Gestión cultural en la Argentina*. UNTREF, pp.161 – 174.
- Scheper-Hughes, N. (1997). “Dos pies de Hondo y un ataúd de cartón”, en *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel.
- Turino, C. (2011). “Puntos de Cultura: la construcción de una política pública” en *Puntos de Cultura. El Brasil de abajo hacia arriba*. Tragaluz Editores S.A.
- Universidad de Tres de Febrero. (2019). *Indicadores culturales 2017-2018: cuadernos de políticas culturales*. Comp. Daniel González, UNTREF.
- Vallejo, G. (2019). “Damiana en la Ciudad de Atenea”, en Miranda, M. (comp.) *Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. EDULP, pp. 49-84.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
- Vich, V. (2014): “Capítulo 4: Des culturizar la Cultura: hacia una nueva generación de Gestores Culturales”, en *Desculturalizar la cultura. La gestión cultural como forma de acción política*. Siglo XXI Editores, pp. 81- 98.
- Wright, S. (1998). La politización de la cultura. *Anthropology Today*, 14 (1), 7-15.