

**NÚMERO 4/2  
AÑO 2021**

# KAW S A Y

## D I G I T A L

Diplomatura Universitaria en Salud Mental - Sus fundamentos.

Del padre de las manzanas a untar la manteca  
con un cuchillo - El inicio.

"Casas Amigables" - Estrategia de anudamiento en nivel primario.

La inclusión socio laboral, un desafío para el ejercicio de la ciudadanía.

Una propuesta de intervención comunitaria - Pensando al hospital  
general como parte de un dispositivo en Salud  
Mental de intervención comunitaria.

La rehabilitación en el contexto de yuxtaposición de modelos  
de Estado y paradigmas de Salud Mental.

Retornando a Casa - Re-Inclusión Social y Proyecto de Vida.

Intervenciones en salud pública desde la concepción del trabajo en red.

Rol de la defensa pública como ajuste razonable de las personas  
con padecimiento en la salud mental.

### **Conmemoraciones**

A 43 años de ALMA ATA

A 17 años de la  
constitución de AVAC

A 11 años de la sanción  
de la Ley 26657

A 5 años de la sanción  
de la Ley 5937

**APOSTANDO A LA VIDA ASOCIACIÓN CIVIL**



NÚMERO 4/2  
AÑO 2021

# KAWSAY

D I G I T A L

## Agradecimientos

A los secretarios de extensión de la FHyCS, Lic. Federico Roda y Magister Natalia Ríos por abrir las puertas de la universidad pública a una asociación civil y generar conjuntamente las condiciones para el encuentro y capacitación.

A los y las docentes que nos acompañaron en las tres cohortes, por la respuesta inmediata y cordial a la invitación realizada para participar: Carolina Alcuaz, Mirtha Alarcón, Raúl Arguello, Mariel Astorga, Edith Benedetti, Ana Calderón, Marcela Inés Freytes Frey, Emiliano Galende, María Julia Garay, María Graciela Iglesias, Martín Iturburu, Víctor H. Mamani, Jorge L. Pellegrini, Yago Di Nella, Silvia Plaza, Ana Pampliega de Quiroga, Laila Quintar, Alan Robinson, Mabel Sánchez, Alicia Stolkiner, Susana Traillou, Emilio Vaschetto y Mariana Villafaña.

A los residentes de las Residencias en: Psicología Clínica y Comunitaria y Psiquiatría ambas dependientes del Hospital Dr. Néstor Sequeiros (MSP)-Jujuy, Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental-Salta y Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria-Chubut, por compartir sus experiencias.

A los tutores: Luciana Alba, Jimena Alfaro, Gisela Banda, Diego Carhuavilca, Marcela Genovese, Jorge Luna, Adriana Meternicht, Natalia Montero, Antonella Ramírez y Adriana Romero,

El equipo de AVAC agradece profundamente las enseñanzas, el tiempo invertido y compartido.

**Pág. 02**

**A LOS LECTORES**

Jorge L. Luna

**Pág.04**

**DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN SALUD MENTAL – SUS FUNDAMENTOS.**

Alarcón, M.A.

**Pág.10**

**DEL PADRE DE LAS MANZANAS  
A UNTAR LA MANTECA CON UN CUCHILLO-EL INICIO.**

Sánchez, M.

**Pág.15**

**“CASAS AMIGABLES”-ESTRATEGIA DE ANUDAMIENTO EN NIVEL PRIMARIO.**

Benedetti,E.

**Pág.23**

**LA INCLUSIÓN SOCIO LABORAL, UN DESAFÍO PARA EL EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA**

Freytes Frey, M.I.

**Pág.30**

**UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA - PENSANDO AL HOSPITAL GENERAL COMO PARTE DE UN DISPOSITIVO EN SALUD MENTAL DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.**

Fernández, A.M.

**Pág.33**

**LA REHABILITACIÓN EN EL CONTEXTO DE YUXTAPOSICIÓN DE MODELOS DE ESTADO Y PARADIGMAS DE SALUD MENTAL.**

Campos, M., Chehadhi, J. M., González, F. S.

**Pág.37**

**RETORNANDO A CASA - RE-INCLUSIÓN SOCIAL Y PROYECTO DE VIDA.**

Coria, M.M., Cabezas, M.L.

**Pág.44**

**INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA DESDE LA CONCEPCIÓN DEL TRABAJO EN RED.**

Astorga, C.A.; Espinosa, K.M.; Yufra, A.M.

**Pág.50**

**ROL DE LA DEFENSA PÚBLICA COMO AJUSTE RAZONABLE DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO EN LA SALUD MENTAL**

Maurín, S. T., Romero, M.B.

**Pág.55**

Experiencias de la Asociación a través del tiempo.

### SOCIOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTA: MARIANA B. VILLAFANE

SECRETARIA: TANIA V. TIRADO

TESORERA: MARIEL A. ASTORGA

VOCAL PRIMERO: JORGE L. LUNA

VOCAL SUPLENTE: MABEL DEL V. SÁNCHEZ

REVISORA DE CUENTAS: NATALIA L. MONTERO

### Socios Fundadores:

Patricia del C. Alarcón, Delicia S. Albarracín, Mirta L. Del Campo, Elida N. Figueroa, Luis F. Nieva, Helena H. Peralta, Mabel del V. Sánchez, Dora del V. Silva, Marta B. Valdez, Julia I. Vercellino.

### Publicación:

COORDINACIÓN GENERAL:  
MIRTHA ANDREA ALARCÓN

COMPILACIÓN Y EDICIÓN:  
JORGE L. LUNA, MABEL SÁNCHEZ

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:  
ALEJANDRO LÓPEZ

FOTOGRAFÍAS:  
EQUIPO DE AVAC

### APOSTANDO A LA VIDA - ASOCIACIÓN CIVIL

CP 4600- Av. 19 de Abril 943  
San Salvador de Jujuy. Jujuy. Argentina.

Contacto:

Email: [apostandoalavida\\_ac@yahoo.com.ar](mailto:apostandoalavida_ac@yahoo.com.ar)

Facebook: Asociación Civil Apostando a la Vida

ISSN 2314-3258



**K A W S A Y**

D I G I T A L

## A LOS LECTORES

*Lo decisivo toca a cada uno de una manera diferente,  
pero ninguna diferencia se puede plantear  
sin relación a lo que se propone como decisivo.*

Germán García<sup>1</sup>

**U**n privilegio y una responsabilidad tomar las palabras iniciales para continuar con una serie de publicaciones de la Asociación Apostando a la Vida. Kawsay N° 4 de la serie impresa y N° 2 de la serie digital.

En esta edición veremos algunos efectos producto de un deseo que tomó nombre y forma de Diplomatura Universitaria. Estas Diplomaturas - tres hasta la fecha - se inscriben en un momento particular de la Salud Mental y Salud Pública de la provincia de Jujuy que se hace necesario retomar.

En este recorte tomo como punto de partida la resolución N°000001/16, fechada el 26 de mayo de 2016, emitida por la Secretaría de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, la cual, en su parte resolutive, habilitaba la implementación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) en Hospital Público de la provincia, al mismo tiempo que se emitía copia a la principal Obra Social de la Provincia, para que sea ésta quien la financie.

Al breve tiempo de hacerse pública - no en forma oficial - provoca una fuerte repercusión social, profesional y mediática (atravesando los límites de la provincia y fronteras del país) que obtiene como resultado la resolución N°000002/16 de la misma Secretaría que proscribe la anterior. Sin embargo, la máquina ya había sido encendida y las convulsiones no se harían esperar.

El 29 de junio de 2016 se realiza asamblea *interdisciplinaria e intersectorial* en el Colegio de Psicólogos de Jujuy, en respuesta a las resoluciones antes mencionadas. Entre las mociones aprobadas por unanimidad está la creación de una Asamblea de Salud Mental permanente, interdisciplinaria, intersectorial e itinerante, cuyo primer encuentro se pauta para semanas siguientes en el Hospital Néstor Sequeiros<sup>2</sup>.

En aquella Asamblea también se invitó a participar en la sesión abierta de la Legislatura de Jujuy donde se iba a solicitar la adhesión a Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Asistimos a aquella sesión un colectivo diverso que desde los balcones hicimos un poco de ruido. Aquel día, luego de seis años de la ley Nacional, la provincia adhirió por unanimidad.

Siguieron una serie de reuniones de la Asamblea de Salud Mental, mientras que por otro lado el Ministerio de Salud convocó (a diferentes sectores y disciplinas profesionales) a trabajar en la reglamentación. Ambas actividades, asamblea y reglamentación, encontraron su final. La asamblea se fue disolviendo por sí misma, y la reglamentación, lista ya, aun no se publica.

---

<sup>1</sup> García, G. (1997). Prefacio. En *Seminario El deseo de Lacan*. Miller, J. A. Atuel.

<sup>2</sup> Aun hoy conocido como el psiquiátrico de la provincia.

El calor de aquella época y sus efectos se fueron apagando, los intentos de defensa de los trabajadores de Salud Mental y los Derechos de la población se dieron de manera aislada, y sin la repercusión de aquellos momentos.

Allí me permito un reconocimiento, a partir de la lectura del momento y de poner en juego un deseo no anónimo, Mirtha Alarcón nos propuso a los miembros de la Asociación Apostando a la Vida, realizar una Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Adicciones. Nos puso a trabajar, y por transferencia a muchos otros.

Pienso en las Diplomaturas como una intervención a la Salud Mental de la Provincia, despertar allí donde estábamos durmiendo. Un programa de fuerza vinculatoria.

Ustedes, lectores, podrán apreciar en estas páginas la diversidad en participación y trabajos como efecto de aquel deseo.

Al inicio de esta revista nos encontramos con los fundamentos de las Diplomaturas, que leídas en serie produce una sensación de vértigo libidinal. Luego contamos con el trabajo de Mabel Sánchez, quien nos remite al inicio de la Salud Pública y la Atención Primaria, y desde allí animar la conversación que continúa.

Seguimos con las presencias de docentes invitadas, Edith Benedetti y Marcela Freytes Frey, quienes nos invitan a pensar, desde diferentes dispositivos y en claves de época, formas de responder a una demanda que produzca un verdadero lazo social para aquel que viene desalojado del Otro<sup>3</sup>.

A continuación una serie de trabajos finales de los participantes de la Diplomatura; Macarena Fernández se pregunta cómo acercar al equipo de salud de un Hospital general al trabajo en territorio; a su vez, los compañeros de la R.I.Sa.M de Salta, Campos, Mercedes; Chehadhi, Juan Manuel y González, Salomé proponen alternativas para trabajar desde la perspectiva de derechos y la inclusión social comunitaria.

Por su parte Mirta Mónica Coria y María Laura Cabezas plantean - basadas en una experiencia - a la vida social comunitaria como un dispositivo para abordar los consumos problemáticos más allá del ámbito de Salud. En esta misma línea, Astorga, Cecilia; Espinosa, Karina y Yufra, Ana María, sostienen la posibilidad de conformar equipos interculturales como claves para acoplarse a redes comunitarias y establecer lazos con el sistema de salud.

Por último, contamos con el trabajo de Silvia Maurin y Marta Romero, quienes nos hablan del rol de la Defensa Pública Oficial a la hora de intervenir en casos de padecimiento de salud mental, basando su planteo en la necesidad de capacitación de los operadores judiciales,

Como los pescadores, que tienden las redes y luego de tenderlas hablan, lo decisivo es el acto, la puesta en acto de un deseo, a cada uno tocará de una manera diferente. Ahora podemos hablar, o más bien leer.

Jorge L. Luna

---

<sup>3</sup> El Otro es un concepto creado por Jacques Lacan cuya función fundamental es la de constituirse en un punto de anclaje que permita regular y orientar las experiencias del sujeto.



## **DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES LEY N° 26657 y LEY N° 5937: CONCEPCIONES, PRÁCTICAS Y DEBATES. Resolución F.H.C.A. N° 219/17**

### **Fundamentación de la propuesta cohorte 2017**

**E**sta Diplomatura tiene como principal objetivo transmitir lo propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 ya que promueve los derechos de toda persona *a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo*; objetivo compartido y puesto en práctica por el grupo de profesionales de Apostando a la Vida por lo que consideramos necesario su conocimiento. Propugnando la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico. Los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población, entendida la misma como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona en el marco de la vida en comunidad”* (artículo 3° de la Ley N° 26.657).

“Apostando a la Vida” Asociación Civil inicia como una Organización no Gubernamental en el año 2004 y desde sus orígenes, esta Organización Social fue pensada como un lugar para fomentar, promover y desarrollar investigaciones y programas que favorecieran las intervenciones tanto en lo particular como en lo institucional. Entre

sus objetivos centrales se propone promover el desarrollo de estudios diagnósticos, investigaciones y capacitaciones en diferentes áreas que lo requieran. Ha sido creada para la atención de personas en crisis subjetiva, intentos de suicidio y todo lo que un acto así conlleva, favoreciendo las intervenciones particulares y la importancia de darse un tiempo para tratar el malestar de cada uno. En este encuadre, el equipo de profesionales de Apostando a la Vida hemos tejido redes de trabajo en las cuatro regiones de la provincia con referentes comunitarios, organizaciones sociales, agentes de salud, docentes de los tres niveles de educación, plasmadas en diferentes publicaciones autogestionadas por nuestra asociación.

La experiencia de quince años de trabajo en la provincia nos permitió capitalizar saberes y lazos de trabajo, que permanentemente se recrean desde diferentes sectores y demandas, lo que nos posiciona e invita para ser protagonistas en el año 2016 desde sus inicios, conjuntamente con integrantes del colegio de psicólogos, colegio de antropólogos, residentes del hospital psiquiátrico, profesionales de derechos humanos, y de diferentes sectores del ministerio de salud, con familiares y usuarios en salud mental, en la conformación de una Asamblea permanente para impulsar en la provincia la adhesión y sanción de la ley nacional de salud mental, de la que también participó el Secretario de Extensión de la FHycS. De la participación en esta asamblea surge la propuesta de organizar una actividad que trascienda lo académico con el objetivo de incluir en la transmisión y discusión del conocimiento relativo a la implementación de la ley de salud mental en la

provincia, a diferentes actores sociales y no sólo los profesionales de la salud mental, con el objetivo de potenciar la democratización de las funciones de la universidad en el seno de la comunidad jujeña ante un tema tan sensible y relevante de abordar.

En el actual contexto social, en el que se observa fragilidad en los lazos sociales, asilamiento e individualismo como respuesta ante la amenaza de la pérdida de referentes (trabajo, salud, vivienda), fuerte tendencia a la medicalización para disminuir el malestar, nos proponemos ejecutar esta diplomatura a los fines de brindar a los profesionales que ejercen en el campo de la salud mental y actores sociales interesados en la temática, herramientas que permitan repensar la coyuntura

actual de la salud mental y construir propuestas coherentes a las demandas y necesidades de la comunidad jujeña.

El espacio brindado por la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales a través de la Secretaría de Extensión es para nuestro equipo de vital relevancia ya que el mismo se presenta como posibilidad de encuentro, de debate y oportunidad para seguir apostando a fortalecer redes de trabajo que se activen frente a una urgencia o demanda de intervención, pero también para crear nuevos lazos de cooperación que restauren escenarios fragmentados por la actual coyuntura política, social y económica.

## **DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN SALUD MENTAL PRÁCTICA, ESTRATEGIA Y POLÍTICA. Resolución F.H. N° – D 127/18**

### **Propuesta 2018, Segunda Cohorte.**

**C**on el voto unánime de la Cámara de Senadores, el 25 de noviembre de 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM)<sup>1</sup>. Participaron del debate, referentes del campo de la salud mental y de los derechos humanos, asociaciones de familiares y de usuarios, autoridades gubernamentales, legisladores y jueces, instituciones de salud, referentes internacionales, e investigadores y docentes de universidades públicas.

La norma apunta a efectivizar y consolidar un cambio de los principios vigentes en el campo de la salud mental en nuestro país, estableciendo responsabilidades políticas y sociales que promueven el efectivo acceso al ejercicio de los derechos. Por lo tanto, impulsa la transformación de las prácticas y los modelos de intervención destinados al cuidado de la salud mental. En el campo de las prácticas nos encontramos con dos posiciones que responden a dos éticas contrapuestas que visibilizan el contraste entre los

efectos de psiquiatrización de la pobreza que produce el hospital psiquiátrico, basada en el ejercicio del poder, por un lado; y la ética de integración comunitaria que quita valoración psicopatológica a la desventaja social y a los sufrimientos, por el otro. Ésta última da lugar central a la palabra como medio terapéutico, al cuidado y al restablecimiento del lazo social a través de estrategias de intervención de base comunitaria, a la participación del usuario y su familia en el proceso de la cura o rehabilitación, y al consentimiento para su tratamiento o para las decisiones de internación (Galende 1997).

El espíritu de la Ley N° 26.657 recoge esta ética y exhorta a los organismos estatales a que asuman la responsabilidad de la ejecución de políticas públicas referidas al campo de la salud mental. De este modo, promueve cambios profundos que avanzan hacia una perspectiva de derechos e implican modificaciones en el sistema de salud.

A partir del registro y lectura de las sistematizaciones de prácticas de las y los cursantes

de la primera cohorte de la Diplomatura nos proponemos, a partir de una perspectiva interdisciplinaria en la praxis cotidiana, contribuir a favorecer la articulación entre los marcos normativos y los modos de abordaje de las problemáticas, que impidan formas de violencia institucional naturalizadas que vulneren la dignidad de las personas. *“La ausencia de modalidades de atención y cuidados de la salud, basados en un modelo de salud mental comunitaria, contribuye a la continuidad y reproducción de un modelo asilar manicomial como respuesta al sufrimiento psíquico, y favorece los procesos de medicalización y de estigmatización. Es necesario un cambio representacional acerca de las personas con padecimiento psíquico, ya que son los diferentes modos en que comprendemos la subjetividad los que determinan los diferentes formas intervención”*. (Barcala Alejandra, 2016, p.78)

Este cambio en las representaciones sociales implicaría también el establecimiento de nuevas prácticas y estrategias de las instituciones y de los y las profesionales de la salud mental. Las políticas públicas pensadas para el conjunto social abren el camino para situar los efectos particulares y en ese sentido son las prácticas las que serán interpeladas en esta instancia a fin de que den cuenta de las estrategias (entendiéndose como tal al plan/es, acciones, pautas de actuación, etc.) implementadas desde el quehacer de cada uno, ya sea que se esté inserto en instituciones estatales, privadas, civiles, etc.

El interés por continuar fortaleciendo el espacio de capacitación propuesto por la Secretaria de Extensión y AVAC se fundamenta en que el texto de la Ley, que, puesto a trabajar, abordado desde diferentes miradas en clases teóricas y clases

prácticas, produjo por un lado, diferentes expresiones de consenso y acuerdo a nivel de la letra escrita-contenido, pero por otro lado conmovió y problematizó el hacer y las prácticas de los cursantes que intervienen en diferentes escenarios sociales donde es convocada la salud mental. Identificamos así dos polos en tensión y lucha, el de la ideología, el ideal, y el de la práctica, del escenario cotidiano, el de la ley no escrita, el de la responsabilidad. En los inicios se expresó la tensión a través de la carencia, la imposibilidad, la repetición de la queja, mencionadas en términos de problemas para el trabajo interdisciplinario, falta de recursos humanos y económicos, falta de acompañamiento de las instituciones por las que transitan y políticas públicas acordes. Apostar por la circulación de la palabra desde lo que hacemos, permitió cuestionar y problematizar los criterios de adaptación, normalidad y patología imbricados en un sistema de representaciones sociales dominantes propias de la ciencia positivista. Lo cual propició realizar un movimiento, un cambio de posición que permita ir más allá del ideal cientificistas dando lugar al registro y al respeto a la singularidad de cada sujeto, así hacia el final del cursado, en cuanto a los haceres, los participantes lograron generar propuestas, centrados en una posición de trabajo colectivo, diverso e intersectorial. Consideramos que cuando la ley se subjetiva, posibilita regular las prácticas en tanto se apela al otro.

A partir de dicha subjetivación proponemos abrir la segunda cohorte desde la demanda enunciada, por diferentes colectivos y sectores de la comunidad, no sólo de la provincia sino de otras cercanas que se hicieron eco de la oferta presentada.



# DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN SALUD PÚBLICA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA Y TRABAJO EN RED Resolución F.H.C.A. N° 198/19

## Propuesta 2019, Tercera Cohorte.

La presente propuesta surge como respuesta a la necesidad de capacitación identificada en los y las trabajadores de la salud, justicia, fuerzas de seguridad, educación, organizaciones sociales (que abordan situaciones de consumo problemático de sustancias en los barrios de la provincia), en relación a la implementación de prácticas por parte del Estado, que no dan respuestas, que fragmentan lazos de trabajo, mediante la burocratización de procesos que requieren de abordajes particulares y urgentes. Desde las intervenciones realizadas, sistematizadas en los trabajos finales presentados para aprobar el curso de la diplomatura, los y las trabajadores dan cuenta desde el saber hacer en cada contexto y escenario particular, sin reconocimiento de los agentes del Estado por lo que aparecen devaluados. Esta Diplomatura se propone como un espacio de fortalecimiento y reconocimiento de esas prácticas y saberes, promoviendo mayor integración y cooperación en los abordajes, haciendo visibles redes de trabajo que el Estado no tiene en cuenta, burocratizando mediante protocolos las respuestas pertinentes a las situaciones problemáticas que llegan a las instituciones. El papel de la universidad como espacio de formación y capacitación adquiere relevancia social y política a través de esta propuesta de la diplomatura porque está dirigida al público en general interesado en la temática, como así también nos permite a los y las docentes de la diplomatura conocer las necesidades de nuestra comunidad y elaborar desde allí conocimiento científico que colabore en la transformación de las realidades que atraviesan a los sujetos con algún padecimiento psicosocial.

En el año 1983 la Organización Panamericana de la Salud organizó en Buenos Aires un Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, que tuvo como propósito: “... revisar la práctica epidemiológica actual en el control de las enfermedades,

*la evaluación de la salud y la planificación de los servicios, y analizar sus implicaciones para el progreso de la investigación, la capacitación en epidemiología y el desarrollo de los servicios”.* Se identificaron problemas y se delinearon perspectivas de desarrollo de la epidemiología en servicios de salud, en investigación y en capacitación. Pasados más de 30 años del seminario mencionado, la epidemiología en Argentina no presenta un desarrollo acorde con las necesidades sociales derivadas del gran deterioro de las condiciones de vida.

La epidemiología puede ser útil en diferentes etapas del abordaje de problemas de salud como en el diagnóstico o identificación de un problema, en la elección de intervenciones, acciones eficaces, efectivas y eficientes, en el seguimiento de la intervención y en su posterior evaluación. En los últimos años la epidemiología presentó avances conceptuales y metodológicos. Entre los avances conceptuales se destacan aquellos que enfocan la salud no solamente centrada en la enfermedad, mediante la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos, sino que también abordan el estudio de desigualdades desde el espacio social, el rol de los servicios y sistemas de salud, y sus modelos de atención y gestión, y el desarrollo de lo sociocultural. Aspectos señalados por los cursantes de las diplomaturas anteriores e identificados como problemas habituales aún no resueltos.

En los servicios de salud encontramos, cuando existe, una epidemiología ligada fundamentalmente a la denominada “epidemiología clínica” y la “medicina basada en evidencias”. Los trabajadores de salud utilizan este conocimiento epidemiológico a través de artículos, publicaciones, e informes producidos mayoritariamente fuera del país. Todos los ejemplos mencionados se reducen conceptualmente al marco referencial del riesgo, aunque posiblemente algunos a la teoría del germen.

Almeida-Filho (2007) señala el carácter ideológico de la denominada epidemiología clínica, señalando que toma elementos ya existentes de la epidemiología. La epidemiología clínica usa un conjunto de individuos solamente para validar con métodos estadísticos el conocimiento producido.

Dicho de otra forma, algunas orientaciones (teóricas y además hegemónicas) no favorecen la producción de conocimiento fuera de su lógica, limitando las potencialidades del arsenal metodológico de la epidemiología. Esta fragmentación de la realidad no sólo se explica por cuestiones metodológicas, sino también por cuestiones ideológicas como en la elección de un objeto modelo. Esto se expresa además en el nivel local, donde no encontramos estudios a fin de actuar en el nivel poblacional, sino en el nivel individual. Entendemos que lo local tiene la mayoría de las veces los problemas y conflictos de los espacios macros, donde a lo sumo, las diferencias son niveles de escala. ¿Por qué entonces la insistencia en lo local? Por la cuestión de actores y escenarios. Las dificultades que surgen en la aplicación del conocimiento epidemiológico en la gestión se deben buscar también en el interior de las organizaciones. Esta afirmación nos permite aportar desde las experiencias de Apostando a la Vida y sus intervenciones a focalizar en las necesidades identificadas en la provincia, y modalidades de trabajo de los equipos de salud y operadores en territorio.

El cotidiano de los trabajadores de salud se caracteriza cada vez más por enfrentar problemas mal estructurados donde lo social aparece como dominante, poniendo en crisis saberes y sus prácticas tradicionales. El concepto de equidad, desarrollado en países centrales como efecto compensador de la salida de las políticas universalistas de los modelos de Estado benefactor, resulta insuficiente para abordar la situación social de nuestros países, donde no únicamente la desigualdad tiene valores extremos, sino que importantes sectores de la población a veces cercanos a una cuarta parte, está excluida.

En los últimos años encontramos en el mundo un aumento de publicaciones sobre *desigualdades en salud*. Aunque América Latina es considerada la región con las distribuciones de ingreso más desiguales del mundo, se han desarrollado relativamente pocos estudios que muestren la fuerza y características de *la relación entre desigualdades socioeconómicas y desigualdades en salud*.

A partir de los siglos XVIII y XIX las investigaciones que estudian la relación entre desigualdades sociales y desigualdades en salud empiezan a ser sistemáticas y a subsidiar un soporte a la intervención. Los resultados de estas investigaciones indican que *peores condiciones de vida están relacionadas con peores indicadores de salud*.

Una alternativa para elaborar respuestas a las situaciones que se nos presentan teñidas por las condiciones de vida o materiales, es abordar las mismas desde la concepción y trabajo en redes. Aprendimos con Sebastián Bertucelli (1998) la antigua concepción de la red, para lo cual no es posible hablar de redes sin iconos, para poder hablar de redes hay que hacerlo desde la imagen al concepto. Así propone trabajar en comunidad, las personas que hacen las coberturas desde sus casas y tienden sus redes como los pescadores, luego de tenderlas hablan. Tienden sus redes, operan y luego hablan. Proceso opuesto al paradigma clásico en tanto se centra en cómo llevar a cabo tal o cual idea.

Desnaturaliza la concepción hegemónica de "las reuniones", ya que en ellas se configura un lugar donde pretendemos cotidianamente pasar desde la idea a la acción. La gente de los barrios dice siempre "¿Dr. para qué se va a reunir si no tiene nada que hacer, para hablar de qué"? Hay que cuidar las reuniones para evitar que como hasta ahora sigan siendo sobre utilizadas. *En red cada uno es un centro. Pero ninguno es un centro con circunferencia. En redes no hay centros con circunferencias alrededor. Son infinitos. Lo que en una reunión se puede despertar, es muy poco probable que se pueda evaluar el impacto y el modo en que esa reunión se va a propagar.* (Bertucelli, 1998, p.1)

Trabajar desde esta concepción de red implica aprender a vivir en tramas abiertas sin concentrar poder. Si vemos la reunión como un círculo ésta pretende concentrar un poder y ahí se corta, no hay red. Desde la dirigencia institucional, hospital, escuela, puesto de salud, oficinas de atención de alguna problemática, cuando se pretende formar una red generalmente cada uno/a convoca, sentado desde su escritorio, a su círculo para de ahí pensar lo que se va a hacer con poblaciones objeto. No es usual la rotación de convocatoria. Hoy convoca la escuela, mañana el centro de salud, vecinos de una cuadra. etc. En la dirigencia no importa tanto qué se hace sino quién se va a llevar el proyecto. Cuando se habla de redes institucionales es importante preguntar: ¿dónde las hicieron?, ¿de qué están hablando? ¿Qué se hace cuando se dice que vamos a formar redes interinstitucionales"? En la cultura

institucional se respira la no coordinación, la *incoordinación* es un sistema, todos hacen lo mismo, operan impecablemente descoordinados. En muchas ocasiones los profesionales nos aproximamos a la comunidad como visitantes de distintas instituciones predicando la coordinación y operando la descoordinación sistemática sobre la gente. Desde las instituciones hay otra cultura: no importa tanto que se haga algo sino quién se lo lleva. Es inútil, el que no padece el problema puede postergar la solución para mañana, en cambio, el que lo padece dice: "no importa quién lo haga, la cuestión es que se haga". Son dos percepciones totalmente distintas, son culturas distintas. Una es desde la cultura de las reuniones en donde se dice que es mucho más fácil hablar de algo que hacerla. Otra, por el contrario. Dice que es mucho más difícil ponerse a hablar de esto que salir y hacerlo. Hay que evitar caer en la trampa estratégica de ponerse a hablar para luego hacer, porque esta forma da cuenta de una modalidad de trabajo que nunca va al borde a trabajar con la gente, nunca "es" la acción. Lo que hace la red es cambiar la direccionalidad, no empieza a ver cómo incluir a la gente en lo que "yo" traigo sino cómo hacemos nosotros para incluirnos en lo que la gente ya está haciendo.

Nos proponemos aprender entonces y discutir con los/as profesionales y asistentes, pero con otra direccionalidad, desde el área estratégica hacia la

institución central. Al revés no se llega, desde la direccionalidad clásica (arriba-abajo y afuera-adentro) no se llega a los bordes, a la gente. La elección de un ÁREA ESTRATÉGICA es una operación profesional sofisticada y hay que saber hacerla, hay que estar posicionados en las poblaciones que sufrirán impactos. El primero de los puntos del posicionamiento es estar trabajando antes sobre el problema prioritario. Pero ¿qué debemos hacer antes?, ¿cómo se completa este posicionamiento estratégico?: con la articulación de los equipos a los movimientos de búsqueda de bienestar existentes en las poblaciones. *La red lo que viene a plantear es algo antiguo, a partir de lo que se está haciendo, no de lo que traemos. Y partir cotidianamente de lo que se está haciendo. Cada día debe venir vacío, prepararse para ser llenado, hay que aprender a recibir para poder dar.* (Bertucelli, 1998, p. 3)

*En el siglo pasado José Martí dijo "en América Latina conocer es resolver" Nadie tiene que aprender a organizarse para operar. Hay modos de organización ya existentes. Entonces nos preguntamos desde esta diplomatura ¿cómo detectamos una red y nos articulamos a ella?, cooperando en un problema, nos enseña como una de las respuestas, esta concepción de trabajo en red. Y que pondremos a trabajar en esta cohorte entre nosotros/as y con otros, compartiendo preguntas, saberes y prácticas.* (Bertucelli, 1998, p.3)

## Bibliografía

- Almeida Filho (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. Revista de Salud Colectiva. 3 (3), 229-233, septiembre. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/731/73130301.pdf>
- Barcala A. (2016). Interdisciplina y Ley de Salud Mental. El trabajo interdisciplinario enmarcado en el apoyo a la defensa técnica a personas internadas en forma involuntaria. Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación. (11), p.71-77, recuperado de [www.mpd.gov.ar](http://www.mpd.gov.ar)
- BERTUCELLI, S. (2013). El ritual de la conquista. Equipo de revista La Fuente. Universidad Nacional de Córdoba.
- BERTUCELLI, Sebastián. (1998). Gestión de políticas sociales desde el enfoque de red. En Actas del 7mo congreso Redes y Salud. V I. 2000. Recuperado de <http://www.cv.cpsscba.org/Confluencias/CV2009/CV157/BERTUCELLI.pdf>
- Galende E., Kraut A. J. (2016). La intervención estatal en defensa del paciente. Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación. (11), p.7-9, recuperado de [www.mpd.gov.ar](http://www.mpd.gov.ar)
- Ley de Salud Mental 26.657. Decreto Reglamentario 603/13. Sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>



## DEL PADRE DE LAS MANZANAS A UNTAR LA MANTECA CON UN CUCHILLO\*. EL INICIO.

Mabel Sánchez

**M**eses antes de que nuestro país volviera a gozar de la posibilidad de votar - cuestión totalmente nueva para mi generación - me entregaban el título de médico. Al siguiente año el ingreso a la residencia de psiquiatría se presentaba como la opción más acorde para seguir desarrollando el encuentro con el psicoanálisis producido en el período de prácticas obligatorias (correspondientes al último año de la carrera de medicina) en la guardia de un hospital<sup>1</sup> del interior de la provincia de Tucumán.

La residencia contaba con el agregado en su título: "de Salud Mental". Lo cual conllevaba un derrotero. Obedecía a una política nacional de salud. Entre varias cuestiones se propulsaba a que los residentes permanecieran - ya no exclusivamente en los

hospitales psiquiátricos - , sino también por medio de rotaciones, en los hospitales generales. Así es como los nombres de Mauricio Goldemberg, Vicente Galli y Carlos Alvarado resonaban en las clases a las que asistíamos. Incluso, en una oportunidad, el segundo, visitó el hospital psiquiátrico Juan M. Obarrio de Tucumán.

Algunos de los antecedentes de ese cambio, propiciado por el retorno a la democracia, interesa desarrollar en esta ocasión.

Un documento conocido como la Declaración de Alma Ata (1978, URSS), consagraba frases como: "Atención primaria en salud"<sup>2</sup> y la definición: "Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (propuesta por Andrija Stampar,

\* Clase impartida el 29 de abril del 2017 en la Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Adicciones. Título modificado, realizándose una selección de lo desarrollado para su publicación.

<sup>1</sup> Hospital de la ciudad de Concepción, Tucumán. Julio Leites, Médico Psiquiatra, practicante de psicoanálisis, era el jefe del Servicio de Salud Mental de la institución. Tal profesional propició también el encuentro con colegas que formaban parte de la Sociedad de Psicoanálisis de Tucumán.

<sup>2</sup> La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. **VII** La atención primaria de salud: Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública; **1.** se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; **2.** comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; **3.** entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores; **4.** exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar; **5.** debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados; **6.** se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) 8/10/2012.-

pionero croata de la salud pública) como así también un slogan: “Salud para todos en el año 2000” (propuesto por el director general de la OMS, Halfdan Mahler). En “Alma-Ata: 25 años después”<sup>3</sup> se indican los antecedentes de dónde surge la denominada “Atención primaria” y las discusiones suscitadas. Al respecto se estima pertinente dar a conocer lo llevado a cabo en esta provincia por Carlos Alvarado.

### ¿Qué nos legó Carlos Alberto Alvarado?<sup>4</sup>

En 1966, como Ministro de Salud de Jujuy, da nacimiento al Plan de Salud Rural en base al enfoque de Atención Primaria, formalizando la figura del “Agente Sanitario” (paralelamente en Buenos Aires, Mauricio Goldemberg<sup>5</sup> desarrollaba el Plan de Salud Mental Comunitario) Es posible que Alvarado se inspirara en la función del Médico Descalzo de China<sup>6</sup>, si bien tal conjetura no fue confirmada por sus hijos<sup>7</sup>.

Por regalo de uno de ellos, obtuve la versión impresa de la denominada: “Pautas para una cobertura sanitaria de las poblaciones rurales”<sup>8</sup>. La primera parte escrita por Carlos Alvarado y la segunda conjuntamente con Enrique Tanoni<sup>9</sup>.

Interesa trabajar sobre la lógica que anima lo que expone. Al inicio justifica los conceptos utilizados para el título – pautas, cobertura y sanitaria-

Expresa que “la palabra *sanitaria* que califica la cobertura, debe entenderse en el sentido de lo que se ha dado en llamar atención médica primaria o más simplemente Atención primaria”. Nombra las acciones que debe abarcar resaltando: “todo dentro de la posibilidad de los recursos de que se dispone, es decir, de lo que se puede hacer y no de lo que se debería hacer. Es importante insistir entre la diferencia de lo posible con lo deseable, porque este es uno de los principios sobre los que se basa la filosofía expuesta en este capítulo”. (Lo subrayado figura en el texto original). La preocupación que lo anima es la accesibilidad de la atención a las comunidades rurales, delimitando dos extremos en tensión entre la “atención médica integral” en hospitales y la “atención médica en la comunidad”.

En la Pauta N°1 propone el cambio de óptica al poner el acento en una medicina de masas y no del individuo, si bien aclara en la Pauta N°2 que cada enfermo tiene un nombre y no es un número. Lograr abarcar las comunidades requiere de una modificación fundamental, el Agente Sanitario recorrerá permanentemente su área programática, visitando casa por casa.

Al parecer, además de los antecedentes de similares planes en otros países, una reunión (Comité de Expertos en Administración Sanitaria de la OMS) coadyuvó a la decisión: a partir de la intervención del representante de un país africano quien enfatizó - “Nuestros agentes sanitarios deben

<sup>3</sup> <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

<sup>4</sup> En 1933 asume como Director General de Paludismo del Departamento Nacional de Higiene con sede en Jujuy. El paludismo era endémico en el NOA. Avala su investigación epidemiológica en los trabajos originarios sobre paludismo realizado por el Dr. Guillermo Paterson (médico inglés tropicalista radicado en Jujuy desde el año 1884). Entre 1945 y 1947 dirige una campaña, siendo el Dr. Ramón Carrillo Secretario de Salud Pública de la Nación, logrando controlar el paludismo en el noroeste argentino alcanzando una amplia repercusión mundial -de 120.000 casos anuales, la estadística bajó a 120-, en solo 2 años. En 1950 inicia el programa de lucha antituberculosa para el Noroeste Argentino, además fue el propulsor de la creación de centros rurales para la asistencia de los enfermos mentales, si bien no se pudo conseguir más información al respecto.

<sup>5</sup> Considerado como el pionero de una nueva psiquiatría. Basado en un enfoque dinámico de la psiquiatría comunitaria a partir de la influencia de lo desarrollado en Inglaterra por Maxwell Jones a los inicios de los años 50. A fines de esa década propulsó la creación de la carrera de psicología en la Universidad de Buenos Aires siendo docente de las primeras promociones. En 1956 se hace cargo de la dirección de lo que fue en sus comienzos un pequeño Departamento de psiquiatría en un hospital general público en Lanús. Allí se desarrolló: un sector de internación abierto, diferente de los manicomios, consultorios externos para niños, adolescentes, adultos y pacientes mayores; un servicio de interconsultas psiquiátricas activo – entonces totalmente novedoso- para pacientes hospitalizados en otros sectores del hospital; un sector de investigaciones; un hospital de día para pacientes que necesitaban intervenciones terapéuticas estructuradas en una estrategia de media internación; creación de consultorios psiquiátricos en barrios marginales cercanos al hospital; programa de especialización en psiquiatría para médicos a partir de la modificación del modelo

tradicional (localizado solo en manicomios) a un modelo interdisciplinario, dinámico, dándole prioridad a la persona del paciente y a la comunidad. Consultor de la OPS y de la OMS. 1967 Jefe del Departamento de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires. Orientación comunitaria. Primer plan integrado de Servicios de Salud Mental –modelo interdisciplinario y bio-psico-social-. Creación de cinco centros de Salud Mental y de consultorios externos y de interconsulta psiquiátrica en todos los hospitales mayores. 1971 Hospital Italiano (ámbito privado). 1976 Exilio-Caracas- Venezuela. 1983 Título de Profesor Emérito de Psiquiatría en la Facultad de Medicina UBA. Es invitado por Alfonsín a desarrollar y coordinar el proyecto para un Programa Nacional de Salud Mental. Delega en Vicente Galli, quien implementa en los años 80, con variaciones, lo propuesto por Goldemberg en los años 50.

<sup>6</sup> Médico descalzo. (2020, 7 de enero). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 14:10, agosto 1, 2021 desde [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9dico\\_descalzo&oldid=122569514](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9dico_descalzo&oldid=122569514).

<sup>7</sup> Pedro y Juan José Alvarado Castellanos.

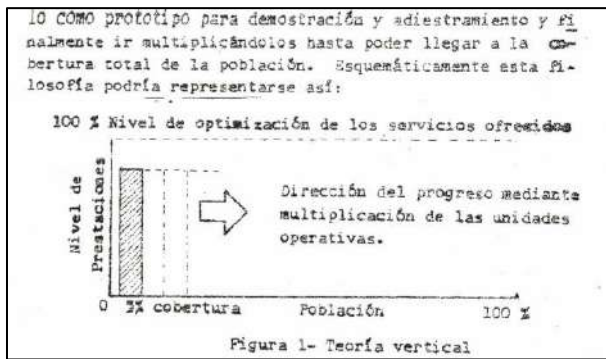
<sup>8</sup> Edición de la imprenta del Ministerio de Bienestar Social, como documento de trabajo. Marzo 1977. Jujuy

<sup>9</sup> Nació en Tucumán el 3 de junio de 1940. Se recibió de médico en la Universidad Nacional de Tucumán y entre 1967 y 1969 ejerció su profesión en hospital de la Provincia de Jujuy. Fue el director provincial de salud de esa provincia entre 1973 y 1976. En 1978 se muda a la Provincia de Salta para ejercer como médico de atención primaria en la localidad de Morillo. Se desempeñó como consultor de salud pública de la Organización Mundial de la Salud en países como Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Estados Unidos. [Wikipedia.org](https://es.wikipedia.org)

ser como nuestros curanderos, que atienden a la gente a la sombra de una palmera y cambian de oasis y de palmeras para dar más posibilidades a la numerosa comunidad que busca sus servicios"-, lo que suprimió la discusión en cuanto a infraestructura que se requería. Expresando a continuación: Esto no significa cerrar o dismantelar los servicios existentes sino reorientar sus actividades e imprimirles el sentido dinámico que requiere una cobertura sanitaria.

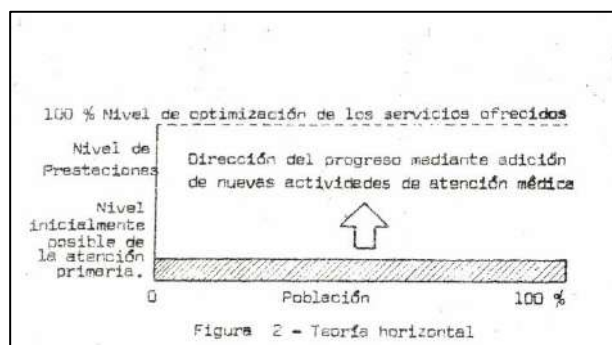
El cambio de un operativo estático a uno dinámico es no solo necesario sino perfectible. Para ello propone dos teorías: una vertical y la otra, horizontal, a tener en cuenta para lograr la distribución de los recursos.

Teoría Vertical (Alvarado, 1977, pag. 10)



Que se cumplan los niveles de prestaciones (primario, secundario, terciarios) para un determinado sector de la población lo que produce es que solo el 5% de la población es protegida (primera barra vertical). El 95% de la población continúa en un cono de sombra. De entrada se apunta a un alto nivel de costo operativo con las consecuentes exigencias de material (tecnología) y personal.

Teoría Horizontal (Alvarado, 1977, pag. 11)



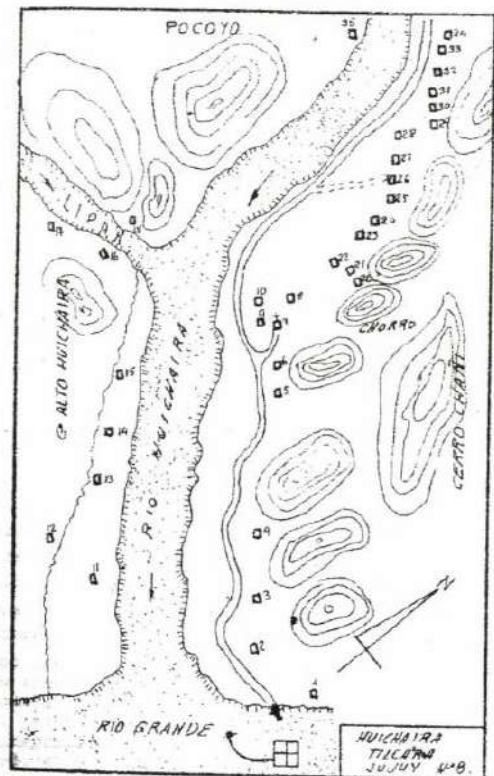
Este es el esquema de la teoría horizontal o de cómo se unta la manteca con el cuchillo sobre toda la superficie del área programática (de 0 al 100 %).

En el vector vertical figura en el extremo superior "Nivel de Prestaciones" y en el inferior del mismo eje "Nivel inicialmente posible de la atención primaria". Como se observa el objetivo es cubrir el 100% del área programática. Adicionando a eso las actividades de la atención médica que se requiriera. La flecha, indica el sentido en que debe realizarse el progreso, mejorando la calidad y cantidad de la oferta.

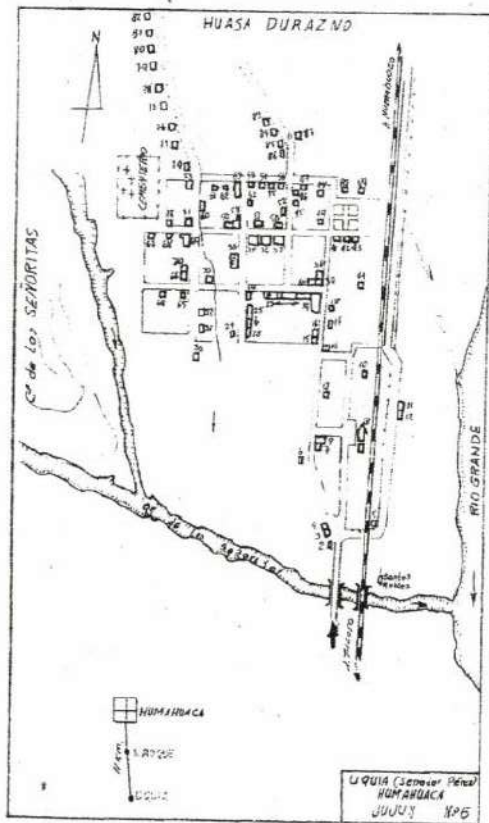
Para desarrollar lo planteado en la Teoría Horizontal se requiere, por parte del Agente Sanitario un conocimiento acabado del número y distribución de la población en su área programática por lo que sería provisto de planos provenientes de un reconocimiento geográfico previo a lo que se suma indicación y numeración de todas las casas.

Reconocimiento Geográfico – Gráfico N°3, pag. 14 y Gráfico N°4, pag. 15.

Gráfico N° 3 bis  
RECONOCIMIENTO GEOGRAFICO



## RECONOCIMIENTO GEOGRAFICO



En la pauta número tres, expresa: “habiendo expuesto (en las anteriores) el carácter dinámico de la atención primaria y el significado de la cobertura sanitaria en las poblaciones rurales, es conveniente dejar establecido, en homenaje a la claridad y al pragmatismo (ya contaba con su experiencia sanitaria en Londres -1930-) para la estrategia que se postula que la cobertura del área programática tiene que tener en cuenta muchos factores como:

*Calidad del agente efector* (en la Pauta N°4 indica que se ha llamado Agente Sanitario por significar Agente -por persona que obra o tiene la virtud de obrar- y Sanitario por la especificidad del campo en que actúa) por lo tanto es el Agente Sanitario “el verdadero efector del programa y puede ser desde un médico con alma de misionero y siguiendo en una escala descendente, uno o un grupo de médicos recién graduados dispuestos a hacer “residencia rural” o los famosos “feldchers”<sup>10</sup> o enfermeras diplomadas con todos los títulos o alumnas de una

escuela de enfermería o una modesta auxiliar de enfermería o finalmente el “enfermero práctico” sin diploma o certificado alguno, que aprendió algo a su paso, a veces, fugaz, por una sala de hospital”.

*Mayor o menor accesibilidad a las poblaciones*, condicionada por la geografía y las distancias, entre otros factores.

*Oportunidades más o menos favorables para el desarrollo de las operaciones*, debiendo atender a los momentos adecuados para hacer las visitas (períodos de cosechas, clima, horarios laborales)

*Diferente grado de aceptación y colaboración de la comunidad*, es aquí importante la denominada “política constructiva” estableciendo que el vínculo con el curandero de la localidad es muy importante no solo para el plan que se quiere llevar a cabo sino también por la valiosa información epidemiológica que pueden aportar.

*Mayor densidad o calidad de los servicios de apoyo* en el que juega su papel la participación activa tanto de la comunidad como el hospital y el sistema sanitario en general. Si bien, no lo nombra taxativamente, se puede rastrear el anhelo de un trabajo en equipo.

El libro se explaya en la minuciosa elaboración de la planificación y en los resultados obtenidos a los ocho años de implementarlo. Considera tanto lo logrado, como aquello que quedó sin realizarse, explicitando al respecto, fiel a “lo dicho siempre por el gran sanitarista Fred I. Soper<sup>11</sup>: En campañas basadas en cobertura total, el trabajo realizado se expresa no por lo que se hizo sino por lo que quedó sin hacerse”.

### Conclusión

En aquel momento -2017- lo desarrollado por Carlos Alvarado se consideró apropiado para introducir a la discusión a los asistentes a la Diplomatura, poniendo en tensión tal labor y la Ley de Salud Mental 26657 (Ley provincial 5903) a fin de propiciar la elaboración de propuestas de trabajo desde cada lugar dependiente del sistema de salud estatal. Se invitó a los participantes a cotejar elementos entre el Plan Rural de 1966, los Médicos Descalzos de China y aspectos concordantes a ser aplicados a partir de la Ley de Salud Mental.

<sup>10</sup> En alemán “ayudante”.-

<sup>11</sup> Frederick Lowe Soper (13 de diciembre de 1893 - 9 de febrero de 1977) fue un epidemiólogo estadounidense. Nacido en Hutchinson, Kansas, recibió sus dos primeros títulos de la Universidad de Kansas, un AB en 1914 y su Maestría en Ciencias en 1916. [1] Recibió un doctorado de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins. Pasó la mayor

parte de su carrera trabajando para la Fundación Rockefeller. El proyecto más conocido de Fred Soper se conocía como el Programa Global de Erradicación de la Malaria. Fue presentado por el periodista Malcolm Gladwell en un artículo del New Yorker del 2 de julio de 2001 titulado "The Mosquito Killer". Murió en Wichita, Kansas a la edad de 83 años. Wikipedia.

También se alentó el análisis de la Declaración de Alma Ata, el manifiesto publicado 25 años después y la Ley de Salud Mental en cuanto a resaltar definiciones y propósitos como así mismo indicar las perspectivas a tener en cuenta en la implementación de la Ley de Salud Mental 26657 (Ley 5903) en la provincia contrastando con la situación local (a siete años de la aprobación de la ley no se habían iniciado las reformas que se consagraban en tal instrumento). También fueron analizadas ponencias e intervenciones de Vicente

Galli <sup>12</sup> del año 1986 –Jornadas de APS y CONAMER- y del año 2013 en ocasión de la Reunión sobre Salud Mental, sin soslayar la Declaración de Caracas del año 1990. Además de las contribuciones de Stolkiner, Di Nella y Chiarvetti, entre otros referentes.

El trabajo fue arduo y fructífero.

## Bibliografía

Alvarado, C. (1977). *Pautas para una cobertura sanitaria de las poblaciones rurales*. La primera parte escrita por Carlos Alvarado y la segunda conjuntamente con Enrique Tanoni. Edición impresa por el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

Carlos Alberto Alvarado. (2017). *Wikipedia. La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 6 de abril, 2017, desde [https://es.wikipedia.org/wiki/Carlos\\_Alberto\\_Alvarado](https://es.wikipedia.org/wiki/Carlos_Alberto_Alvarado)

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Almá-Atá. (2021, 24 de febrero). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 13:41, agosto 1, 2021 desde [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Conferencia\\_Internacional\\_sobre\\_Atenci%C3%B3n\\_Primaria\\_de\\_Salud\\_de\\_Alm%C3%A1-At%C3%A1&oldid=133506725](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Conferencia_Internacional_sobre_Atenci%C3%B3n_Primaria_de_Salud_de_Alm%C3%A1-At%C3%A1&oldid=133506725).

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 173-182.

Décima Conferencia Panamericana. (2021, 18 de marzo). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 13:53, agosto 1, 2021 desde [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9cima\\_Conferencia\\_Panamericana&oldid=134080067](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9cima_Conferencia_Panamericana&oldid=134080067).

Di Nanno, A. E. (2008). Hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 155-166.

Di Nella, Y. (2012): *Inclusión Mental: políticas públicas con enfoque de derechos (por la superación del dogma manicomial)*. Buenos Aires; Koyatún Editorial.

Jornadas de Atención Primaria de la Salud. (2013). 2do Foro sobre “Los desafíos de la Ley de Salud Mental-Las experiencias acumuladas”. Buenos Aires: CONAMER.

Médico descalzo. (2020, 7 de enero). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 14:10, agosto 1, 2021 desde [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9dico\\_descalzo&oldid=122569514](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9dico_descalzo&oldid=122569514).

Stolkiner, A. (2015). Salud Mental. Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*. Buenos Aires: Colihue.

Tejada de Rivera, D. (2003). *Alma Ata 25 años después* [Archivo PDF]. <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>

-Plan Decenal de salud para las Américas. (1972). Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. OPS-OMS. Chile.

---

<sup>12</sup> Médico; Psicoanalista y Psiquiatra. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP). Director Nacional de Salud Mental entre 1984 y 1989. Profesor Titular en el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA) entre 1987 y 2004. Integrante de la Comisión de Doctorado de la Facultad de Medicina

(UBA) entre 2002-2010. Algunas temáticas: Identidad e identificaciones / Psicoterapia psicoanalítica más allá de las neurosis / Efectos psicosociales del terrorismo de Estado / Salud Mental: Entrecruzamientos conceptuales, estratégicos e identificatorios / Poiesis y clínica psicoanalítica. *Wikipedia*.



## **“CASAS AMIGABLES” ESTRATEGIA DE ANUDAMIENTO EN NIVEL PRIMARIO.**

**Edith Benedetti**

*“Hay acciones minúsculas prometidas a un incalculable porvenir”\**

María Zambrano

**I**niciamos con esta clase una aventura virtual que entendemos como una oportunidad para detenernos a pensar juntos, como proceso y trayecto, como un nexo articulador que permite repasar y visitar conceptos desde sus múltiples dimensiones, con el objetivo de aportar a la reflexión y la construcción de nuevos sentidos. Se hace necesario cuestionar lo que hasta ahora fue pensado como inamovible, repensar contenidos.

La posibilidad de dar respuesta a las problemáticas de salud mental y adicciones se encuentra atravesada por una serie de nuevos interrogantes que interpelan desde diferentes lugares: la expresión de nuevas formas de los problemas sociales, el impacto institucional, los dispositivos, la clínica misma, sus escenarios y una serie de desafíos hacia éstas.

Desde esta perspectiva, los modelos clásicos en este campo parecieran no tener capacidad de respuesta, principalmente desde sus fuertes dificultades para incorporar lógicas de índole transversal y flexible.

El consumo problemático de sustancias se inscribe dentro del tipo de problemas que, en las últimas décadas, ocupa un lugar diferenciado en el imaginario social, las representaciones sociales y las nuevas expresiones de la cuestión social, dentro de escenarios cada vez más confusos.

Las adicciones son, de este modo, el lugar desde donde sobresalen los rasgos de una sociedad atravesada por relaciones violentas, fragmentación y pérdida de espacios de socialización, generando nuevas formas de padecimiento.

La complejidad de las presentaciones actuales muestra la necesidad de cambiar el modelo de las

prestaciones uniformes por aquél de las intervenciones según las necesidades, requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal, es decir, atender la singularidad pensada en clave de época y situación. En definitiva, dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos para ofrecer nuevos dispositivos de intervención.

Trataremos de recorrer juntos algunos caminos que nos permitan ir hilvanando conceptos que se constituyan en herramientas teóricas para repensar nuestra tarea cotidiana.

### **Acerca de la producción de subjetividad**

En este apartado vamos a visitar algunos conceptos en relación a la producción de la subjetividad para establecer acuerdos teóricos.

Nos interesa seguir las conceptualizaciones de Silvia Bleichmar, sobre como el cachorro humano deviene sujeto en relación a otro: la constitución de la subjetividad, la instalación de las representaciones que dan origen al inconsciente, los procesos que transforman a la cría humana en ser humano sexuado, atravesado por la cultura, siempre es en relación a Otro socio- histórico.

El discurso socialmente instituido se convierte en instituyente de las representaciones del sujeto y su relación con el mundo, mediado por el otro humano, atravesado por sus deseos y prohibiciones, que transmite las representaciones que constituyen su yo y las representaciones que el sujeto tiene de sí mismo.

El infans deviene sujeto a partir del ejercicio de la función materna, la función paterna y el campo social. No se trata de pensar en un sujeto que en un tiempo segundo se socializa, sino que lo social

\* Zambrano, M. (2007). *Filosofía y Educación*. Editorial Ágora.

adquiere un estatuto constitutivo y metapsicológico. Entonces cuando hablamos de subjetividad siempre se habla de un entramado social que define las posiciones de los sujetos, que nos pone en relación con un proyecto político, que habla de una dimensión política subjetivante.

En este sentido el concepto de contrato narcisista de Piera Aulagnier<sup>1</sup> se constituye en nodal para pensar en la relación entre "cultura" y "psique". La autora remite al fundamento de la relación sujeto - sociedad, discurso social - referente cultural. Es un contrato fundante para el sujeto singular y para el conjunto social que permite asegurar que las renuncias primarias tienen espacios de investimentos, y para la sociedad se garantiza su continuidad en el traspaso de un discurso que fundamente su existencia.



Klimt, Gustav - detalle

*La producción de subjetividad, incluye todos aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en términos de producción y reproducción ideológica y de articulación con las variables sociales que lo inscriben en un tiempo y espacio particulares desde el punto de vista de la historia política.*

Es el establecimiento de dicho contrato lo que posibilita la conformación de subjetividad, en la medida en que cada individuo reproduce la razón de ser del grupo social, interioriza sus instituciones y recrea sus enunciados. Por otro lado, posibilita la constitución de la singularidad, en tanto cada sujeto encuentra en el campo social referentes

identificatorios, objetos sustitutivos que le permitan el alejamiento de las figuras parentales.

Es en lo exterior a la familia donde el sujeto busca un signo que le dé derecho de ciudadanía entre sus semejantes. El concepto mismo de contrato remite, desde su definición, a un hecho que hace nacer obligaciones recíprocas entre las partes, siempre implica una contraprestación, un pacto de intercambio.

Hoy necesitamos revisar en clave de época ese contrato que posibilita la producción de subjetividad, es en ese sentido que nos interesa la definición de nuestra época de Jacques-Alain Miller que plantea como característica la inexistencia del Otro. ¿De qué Otro se trata? De un Otro cuya función fundamental es la de constituirse en un punto de anclaje que permita regular y orientar las experiencias del sujeto. Sin embargo, para Miller el sujeto hipermoderno vive o está en una situación de desorientación a partir de esta inexistencia. La desorientación, el "estar sin brújula", determinan un tipo de vida que se caracteriza por la precariedad. La vulnerabilidad de los lazos sociales muestran un estado de desprotección que deja al sujeto a merced de su mundo pulsional. Ese estar sin brújula está condicionado por una pérdida de los puntos de referencia, lo que deja al sujeto actual a merced del desamparo y la soledad.

El término desamparo apela, más allá de la presencia o ausencia, a la función o funciones de aquellos que han de ocuparse de un sujeto, sea éste un niño, un adolescente o un adulto. El desamparo subjetivo revela más bien un momento estructural en la constitución del sujeto. Se trata de ese sujeto que, al nacer, para poder vivir y humanizarse requiere del Otro, de sus cuidados, de sus respuestas marcadas por un deseo particular a lo que este Otro interpreta como demandas, ya que el sujeto en sí mismo no tiene elementos para poder resolver ni enfrentar solo todo ese mundo de sensaciones que se le presenta. Es un desamparo primario que es la condición para que el adulto tenga un lugar; podemos decir que es la condición para que un vínculo pueda constituirse. Si bien este estado es estructural, la evolución del sujeto indica que él mismo en relación con el Otro va construyendo medios que lo ponen a resguardo de dicho desamparo. En Freud podemos encontrar un recorrido de este concepto. Plantea en distintos momentos de su obra el concepto de desamparo o

<sup>1</sup> -Aulagnier, P. (1988). *La violencia de la interpretación*. Amorrortu editores.

desvalimiento como un estado en que el sujeto se encuentra frente a una situación para la que no tiene herramientas de regulación. Freud se vale del vocablo *Hilflosigkeit* para designar la referida condición o estadio originario en la constitución subjetiva. El sustantivo *Hilfe* denota precisamente la noción de «ayuda», «asistencia» o «auxilio»; con el sufijo *-los*, forma el adjetivo *hilflos*, que designa, en la lengua alemana, «desamparado», «desvalido», que no puede ayudarse a sí mismo. Para Lacan el desamparo subjetivo es un estado en el que el sujeto se ve desbordado por una situación que irrumpe y a la que no puede enfrentarse en modo alguno, no tiene esos elementos que le permitan responder a la irrupción de goce que le viene del Otro. Cuando hablamos de desamparo subjetivo, lo que está en juego es la ausencia de inscripción del sujeto en una estructura. Es decir, en el desamparo subjetivo tenemos una falta de inscripción en lo simbólico que tiene como resultado una incapacidad para producir un sentido en lo real. Esto es lo que convierte a los sistemas de protección en sistemas de riesgo de reproducir dicho desamparo, ya que suelen tener como operador principal la separación del sujeto de las condiciones de vida que lo han acompañado hasta el momento. Las situaciones en las que se propicia y se produce la caída de las identificaciones, las situaciones en las que se empuja al sujeto a «gozar» en el lugar en el que era habitualmente guiado por los ideales, y las situaciones en las que se obstaculiza la formación del síntoma son las que principalmente confrontan al sujeto con el desborde.

Se trata del imperativo a gozar ya y sin restricción del consumo de objetos, productos, sustancias e imágenes impuesto por el discurso capitalista vía los dispositivos de enunciación mediática.

Los escenarios epocales están atravesados por tiempos de vértigo, instantaneidad y actualidad extrema, así se instala la ilusión contemporánea de acceder a lo real en tiempo real, sin mediación del intervalo, en pos de la promesa de felicidad. Estas transformaciones producen efectos en las subjetividades: se trata de la emergencia de nuevas formas del síntoma. Los individuos están a la deriva, en errancia, desorientados, desesperados o anestesiados, o en la búsqueda de soluciones o respuestas inmediatas.

Se inscriben en estas nuevas presentaciones los consumos problemáticos tanto de sustancias psicoactivas como de cualquier objeto que provoque alivio a la tensión y que no remiten a

ninguna significación. Se presentan como si el cuerpo aún no pudiera situarse porque no supiera “ausentarse” para elaborarse en el silencio y en la palabra.

### **Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos**

En este punto de nuestro encuentro nos interesa retomar algunas cuestiones en clave de las transformaciones en las subjetividades actuales, es decir, en las formas socialmente establecidas de pensar, sentir y actuar como territorio específico de trabajo clínico nos obliga preguntarnos por los nuevos escenarios de intervención. ¿Qué decimos cuando decimos *nuevos escenarios de intervención*? ¿En qué consisten esas novedades? ¿Cómo pensarlas en clave de época?

Pensar estas variaciones no es terreno exclusivo de sociólogos, trabajadores sociales o historiadores. Más bien, nos cabe a los psicólogos, a los médicos, a todos los trabajadores de la salud. Todos aquellos que trabajamos con otros hoy tenemos que reflexionar sobre esas variaciones porque, de diversas maneras, impactan en lo que hacemos. En definitiva, pensar los nuevos escenarios de intervención es otro modo decir pensar intervenciones situadas. Ahora bien, esta insistencia en pensar los nuevos escenarios no es fanatismo por la novedad sino por la necesidad de reflexionar acerca de los escenarios que construimos y constituyen una ficción que hace una intervención posible, por formularlo de algún modo.

Cuando intervenimos en el campo clínico creamos ficciones. Pero la pregunta hoy podría ser qué tipo de ficciones creamos. Si producimos ficciones viejas, estamos trabajando con otros sujetos y eso es un problema en diversos aspectos. Por eso mismo, es necesario repensar los escenarios porque si no lo hacemos estamos suponiendo y trabajando con otro sujeto que el que se presenta y nos interpela.

Teniendo en cuenta que somos sujetos sociales e históricos que nos constituimos como personas en la relación con otros en las instituciones (la familia y la escuela que representan simbólicamente lo social), la subjetividad está atravesada por los modos históricos de representación con los cuales cada sociedad determina los modos de ser. Es decir, aquello que considera necesario para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en ella, el contexto es texto subjetivo y no solamente el marco donde acontece la vida.

En definitiva, es necesario pensar los escenarios clínicos desde la actualidad. Si pensamos al sujeto como hace treinta años, pensamos en viejo y necesariamente la intervención será fallida.

El escenario de intervención es un lugar donde trascurren en distinta forma una serie compleja de textos que se presentan como tramas discursivas. Éstas se tornan en una acción cargada de sentidos en función de las características materiales y simbólicas, la singularidad de los actores y la especificidad del guion para esa ficción que se construye en cada situación. Entonces, cuando pensamos en escenarios y escenas, en definitiva, estamos subrayando la dimensión ficcional. Por ejemplo, en el campo de la construcción de la demanda, aquel que llega al consultorio privado o al hospital llega con un pedido, no con una demanda. Podríamos decir con cierta inocencia y nosotros debemos trabajar mucho para que algo del orden de la demanda acontezca.

Construimos demanda, construimos ficción, hacemos semblante, construimos transferencia. Se trata de ficciones, lo sabemos. Porque si perdemos de vista esto, terminaremos trabajando con cuestiones imaginarias, o peor aún, actuando otro tipo de ficciones impostadas. Entonces, pensar en nuevos escenarios implica romper con modalidades de construcción de esas ficciones que pueden ser anacrónicas.

Por diversas razones y algunas vinculadas con nuestra formación, tendemos a reproducir ficciones y por esos escenarios viejos. Esas ficciones pueden resultar útiles en determinadas situaciones e intervenciones. Sin embargo, no pueden ser nuestra única variante. Más que nunca debemos ser creativos y artesanales.

### **Tiempo y espacio en los dispositivos de umbral mínimo**

*Sabe esperar, aguarda que la marea fluya  
-así en la costa un barco-  
sin que al partir te inquiete.  
Todo el que aguarda sabe que la victoria es suya  
Porque la vida es larga y el arte es un juguete.*

Antonio Machado.

Nos proponemos abrir algún interrogante sobre el tiempo y el espacio, desnaturalizar las maneras habituales de mirar, nombrar, hacer, preguntarnos por las prácticas clínicas que llevamos adelante más

allá o más acá de los formatos habituales, puntualizando lo inherente a los diversos dispositivos de intervención clínica.

Revisar algunos aspectos del espacio y el tiempo de la intervención implica comenzar un recorrido, para ello les proponemos desplegar juntos cuestiones que las condiciones de época generan, entendiendo que pueden operar como disparadores y posibilitadores de nuevos pensamientos, posicionamientos e intervenciones clínicas.

Dicho de otra forma: repensar la temporalidad y la espacialidad del tratamiento es un imperativo de época, implica dar una posible respuesta a las presentaciones actuales. Si antes podíamos sostener un encuadre, imaginar un tiempo y un espacio más estricto, ya no es posible. Es factible que haya que “flexibilizar” o pensar de otra manera ese tiempo y ese espacio clínico o de la intervención. Inclusive interponer intervenciones en otros ámbitos. “Mudar” el consultorio. En términos cinematográficos, podríamos decir: trabajar en exteriores. Siguiendo con la analogía, habrá intervenciones en unas locaciones y otras en otras pero que, de alguna manera, constituyen el territorio del consultorio, nuevos escenarios de la clínica. En otro momento, hubiese sido impensable ese salir de la locación “principal o natural”. Era como salirse de la escena. Por el contrario, hoy diríamos que no hay un escenario único.

En el caso de personas con consumo problemático de sustancias, forma parte de la intervención salir a buscarlos porque es muy probable que nunca lleguen.

El salir a buscar, cuando trabajamos en centros de primer nivel de atención, implica otra comprensión de la intervención que nos obliga a repensarnos y a inventar dispositivos de umbral mínimo de requerimiento que posibiliten producir lazo social y movimientos en la posición subjetiva, anudar aquello que se encuentra absolutamente desanudado, construyendo nuevos sentidos, resignificando espacios y construyendo nuevas nociones temporales que posibiliten la construcción de la demanda. La propuesta es generar experiencias que posibiliten la novedad de fundar con otros, espacios que habiliten la producción de subjetividad. Producir, en definitiva, una acción transformadora sobre un sujeto arrasado provocando un movimiento que facilite hacer lazo y de alguna manera oponerse a aquello que lo destrama y desubjetiviza, un posicionamiento

subjetivo capaz de generar con otros, producciones simbólicas vinculantes.

Dar tiempo al tiempo, es imperativo de la clínica actual. Pensar el consumo problemático es por ahora un desafío abierto a nuevas ideas, a crear espacios de intercambio para seguir pensando y que posibiliten intervenciones que incluyan la ajenidad radical de lo otro que se impone, que interpela nuestros saberes.

Nos obliga a detenernos para analizar las prácticas hoy, ya que no estamos pensando en un enfoque, en una intervención clínica para un sector social, ni como dispositivo de control sobre grupos naturalizados como problemáticos, ni pensamos desde una posición sancionadora de destino social, ni posiciones paternalistas que legitimen una respuesta diferenciada, ni atenciones especiales. Lejos de convertirnos en detectores de problemáticas, o categorizadores de estigmas e itinerarios personales, se trata de multiplicar las posibilidades de producir un movimiento en la posición subjetiva que posibilite el inicio de un tratamiento.

### **La casa amigable como dispositivo de umbral mínimo de requerimiento**

En párrafos anteriores planteamos la necesidad de reflexionar acerca de una práctica situada, de revisar las escenas que construimos, que constituyen una ficción que hace una intervención posible y de lo ineludible de pensarlos en clave de época y situación. Si pensamos al sujeto como hace treinta años, pensamos en “viejo” con propuestas terapéuticas antiguas y necesariamente la intervención será fallida.

Entonces, se hace necesario buscar modos de “hacer” que se diferencien de los “haceres” conocidos que reproducen operatorias técnicas, que suprimen lo identitario y singular del sujeto, superponiendo carencia simbólica a la pobreza material, desprotección al desamparo, violencia a la violencia.

Sabemos que el consumo de sustancias psicoactivas genera temores y prejuicios. Y que las representaciones sociales promedio sobre esta problemática –producidas y reproducidas por la mayoría de los medios masivos de comunicación– asocian mecánicamente el consumo de drogas con adicciones, ilegalidad, delincuencia y/o marginalidad; y su tratamiento, con el encierro, la

internación, las comunidades terapéuticas, la prohibición de la sustancia en cuestión y/o la estrategia abstencionista en general. Esta perspectiva fue y sigue siendo sentido común de nuestra sociedad, y, cabe aclarar, no es exclusiva de la población, sino que también está arraigada entre muchos profesionales de la salud.

Es en este sentido que resulta necesario deconstruir esas representaciones sociales en torno de las adicciones, el consumo y los consumidores. Buscamos establecer modos de hacer que no recurran a etiquetas.

Entender la complejidad de las presentaciones actuales muestra la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquél de las intervenciones según las necesidades, requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal. En definitiva, dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos, crear nuevos dispositivos que se sostengan en la imprevisibilidad de lo otro, del enigma inherente a la clínica, atender la singularidad y el particular vínculo que el sujeto establece con el consumo.

Desde esta perspectiva, pensar las adicciones, mejor aún, el consumo problemático se aleja de una operatoria técnica o del discurso psicopatológico, para acercarse a la dimensión política en el sentido de lazo social y en nuestro lugar como profesionales de la salud.

Ahora bien: ¿qué implica esta propuesta de “Casa amigable”?

Sostenemos que este dispositivo favorece el ingreso a tratamiento de pacientes que aún no han generado pedido de asistencia. Este dispositivo posibilita trabajar desde la reducción de riesgo y daño, con intervenciones de umbral mínimo de exigencia. Permite afianzar el contacto y construir una demanda que, bajo la hipótesis del “desanudamiento”, no cabe suponer articulada.

Este dispositivo extramuros se enmarca en la estrategia del primer nivel de atención y a su vez del referido paradigma de reducción de riesgo y daño, con el objetivo de construir un espacio con un umbral mínimo de requerimientos. El dispositivo consiste en casas en el territorio que funcionan, según cada caso y las posibilidades territoriales, de varias horas al día hasta estar abierta y disponible las 24hs. Por “umbral mínimo de requerimientos”

se entiende: que alguien pueda venir, quedarse a dormir, al otro día irse y al otro día volver, sin horarios preestablecidos. Concebimos como parte del proceso esas *idas y venidas*; son lo que le permiten al equipo empezar a construir un lazo y comenzar a establecer una marcación institucional. En eso consiste el "umbral mínimo": no hay una reglamentación para los usuarios que les exija estar determinado tiempo, de modo que, si no se cumple, son excluidos.

El término "amigable" indica ese paso para que algo distinto pueda ocurrir, en este sentido pensamos en un escenario que aloje y cuando decimos alojar nos referimos al trabajo del equipo interdisciplinario que subvierte las pautas antiguas que implicaban cierto disciplinamiento, es decir, no hay horario de entrada y salida, no hay actividades y/o talleres establecidos, se debe tener la flexibilidad de contar con una importante "caja de herramientas" para planificar las actividades con los que están y sus posibilidades. No se plantea que si no llegó a un horario determinado no puede incluirse, tampoco que si decide irse no puede reingresar. Muy por el contrario, siempre es una posibilidad para el equipo de ir hilvanando aquello que se encuentra totalmente desanudado, hacer lazo social, generar producciones simbólicas vinculantes.

En el marco de la reducción de riegos y daños, ¿qué se desarrolla en este dispositivo? El lugar posibilita llevar a cabo actividades variadas, donde las personas que tengan un consumo problemático puedan estar, acercarse, bañarse, comer, mirar televisión, dormir, así como iniciar un trabajo con el equipo, a través de grupos, talleres, actividades artísticas, etc. No obstante – y fundamentalmente – los sujetos pueden aproximarse a un espacio que aloje algo de los que les ocurre y, en ese lapso de tiempo, se interrumpe el consumo.



<sup>2</sup> La psicoanalista Sylvie le Poulchet escribió un libro memorable "Las Narcosis del Deseo" donde describió la operatoria del Fharmakon: "La operación del Fharmakon está del lado de las formaciones narcisistas, afín a la lesión de órgano, en donde la alienación es por el recurso a



Sabemos que quienes padecen un consumo problemático recurren a un terapeuta cuando la operación del farmakon<sup>2</sup> ya no garantiza anestesia o cuando la prótesis ha dejado de ser adecuada debido a alguna coyuntura.

Por lo tanto, lo que se establece en la *Casa amigable* no implica necesariamente un tratamiento, en el sentido de la clínica convencional. El tratamiento está en el horizonte del dispositivo y constituye uno de sus objetivos. No obstante, es un trabajo previo al tratamiento, un punto de partida, con el fin de acercar algo allí, ponerlo a disposición y aproximar el equipo a un trabajo que puede devenir en un pedido de tratamiento – en otros términos, posibilita la *construcción de la demanda* – o no, pero siempre entendiendo que es un momento en el que se interrumpe el consumo de sustancias. De este modo se configura la reducción de riesgo y daño; en el momento del contacto con el dispositivo hay algo que construye un lazo social e interrumpe ese *estar en la calle*. Lo que está en cuestión es el desamparo social, que produce desamparo subjetivo, y desde ese lugar es posible deconstruir ese desamparo. En ese sentido, el objetivo y la direccionalidad clínica del dispositivo es, por cierto, construir un cambio en la posición subjetiva.

*lo real. Detienen el movimiento del deseo. Se presentan como si el cuerpo aun no pudiera situarse porque no supiera "ausentarse" para elaborarse en la palabra y el silencio*", (1996- pág. 52)) Amorrortu editores, Bs. As.

### Para concluir, que es una manera de recomenzar

Vamos terminando este recorrido, entretejiendo conceptos, retomando significaciones sobre nuestra práctica, los dispositivos clínicos, compartiendo recorridos.

Tal vez sólo se trate de concebir la intervención clínica como una instancia de construcción de nuevas preguntas, pero sobre todo como lugar de encuentro, como la implementación de dispositivos más abiertos, amigables, interdisciplinarios e intersectoriales que construyan un nuevo lugar para la palabra. No hablamos de “la droga”, ni de “adictos”, ni de si consumen o no. Nuestro objetivo es hablar de salud, de proyectos, de realizaciones individuales y colectivas. Pero también hay que saber callar para dar la palabra, para hacerle lugar. Implica dar la herramienta primera para la simbolización, la palabra nos permite pensar, nombrar, entender el mundo en el que vivimos, es el principal instrumento de relación con los demás,

en la palabra se encuentran los contenidos de la cultura. La palabra no sabe jugar con el espacio-tiempo. Una función de separación parece faltar aquí, función necesaria para sostener una palabra sobre un objeto sin creer que se lo destruye o se lo afecta, es un proceso de temporalización subjetiva. La palabra humana construye espacios para restablecer el tiempo, simbolizar a partir de la creación de un relato y de una novela familiar, que anude el cuerpo a cadenas significantes. Dar lugar a la palabra es ceder el turno, permitir que el otro tenga su tiempo para hablar en nombre propio.

A modo de provisorio cierre, los invito a ver un breve video de una experiencia realizada en la Villa Zabaleta de la Ciudad de BS. As. como pincelada de una experiencia concreta.

<https://youtu.be/l1kCpukSHGQ>

Procuramos convertir el cierre de la clase en una apertura a pensar los conceptos trabajados en la misma en relación con las propias realidades a partir de algunas preguntas:

- ¿En qué medida podemos apreciar que en nuestros contextos laborales los sistemas de protección se convierten en sistemas de riesgo, en el sentido de reproducir el desamparo?
- ¿De qué manera se puede transformar la “gestión de las necesidades de un usuario” a la constitución de un lugar en el que se favorezca la aparición de la “demanda del sujeto” en el propio contexto?
- ¿Qué obstáculos y posibilidades encuentra para llevar adelante un dispositivo semejante a la “Casa amigable”? ¿Qué adecuaciones requeriría en su contexto?

### Bibliografía:

- Alemán, J.: (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Buenos Aires: Ediciones Grama.
- Alegre, S. y Benedetti, E. (2011). *Lo común como diferencia y el trabajo de lo político*. Presentado en el III Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología, Facultad de Psicología UBA.
- Bibliografía:
- Bauman, Z. (2002), *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Benedetti, E. y Medolla, D. (2014). De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la Casa amigable, la Casa de Medio Camino y el Programa Vuelta a Casa en el marco de la (re)construcción del lazo social. In: VV.AA. *1° Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Benedetti, E. (2014). ¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo. En *¿Cómo intervenir en las urgencias?* Ediciones Laura Bonaparte.
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Ediciones Laura Bonaparte.
- Berenstein, I.: (2004). *Devenir otro con otro. Ajenidad, presencias, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Paidós.

- Casullo, N. (2003). Exilio, mito y figura. En *Educación y alteridad. Las figuras del extranjero*. Textos multidisciplinares. Buenos Aires: Coedición Noveduc. Ensayos y Experiencias.
- Derrida, J. y A. Dufourmantelle (2000). *La hospitalidad*. Buenos Aires: De la Flor.
- Freud, S. (1950). Proyecto de psicología. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925-1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hassoun, J. (1996). *Los contrabandistas de la memoria*. Buenos Aires: Ed. De la flor.
- Lacan, J. ([1960- 61] 2003). *Seminario VIII. La Transferencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. ([1969-70] 2002). *Seminario XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. ([1959-60] 2003). *Seminario VII. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Laplanche, J. (1996). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lewkowicz I. (2002). Traumas, Acontecimientos y Catástrofes en la historia. Estos son los sujetos de la devastación en <http://www.pagina12web.com.ar/diario/psicologia/9-7505-2002-07-11.html>
- Le Poulichet, S. (1996). *Las Narcosis del Deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Larrosa, J. (2003). *Entre las lenguas*. Barcelona: Editorial Laertes.
- Margulis, M. (2009). *Sociología de la cultura, conceptos y problemas*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Mélich, J. (2006). *Transformaciones*. Buenos Aires: Editorial Miño y Dávila.
- Puget, J. (s.f.) Pensar solo o pensar con otro. Apunte como bibliografía de cátedra de la especialización *Formación en vínculos y familias*, Instituto Universitario Hospital Italiano, Bs As.
- Rancière, J. (1996). *El desacuerdo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Tizio, H. (2003). El dilema de las instituciones: Segregación o Invención, VII Stage de Formación Permanente Los vínculos con la cultura. Barcelona.

## LA INCLUSIÓN SOCIO LABORAL, UN DESAFÍO PARA EL EJERCICIO DE LA CIUDADANÍA.

Marcela Inés Freytes Frey

### **I**ntroducción

En el presente artículo compartiré un proceso de trabajo que se realizó en la provincia del Chubut, entre los años 2010 y 2015, que permitió el desarrollo de una red de empresas sociales de salud mental (ESSM) en el marco del llamado programa ocupacional laboral. El mismo, fue el corolario de un trabajo de transformación institucional a nivel local que permitió la implementación de una política pública en salud mental basada en un modelo de orientación comunitaria. Esto facilitó en las localidades más grandes de la provincia, que los servicios de salud mental y adicciones se transformaran en una red de dispositivos (red asistencial socio sanitaria<sup>1</sup>) y que se incluyeran trabajadores de salud mental en el primer nivel de atención y en los hospitales rurales, como parte de la estrategia de APS.

En el marco ese proceso, me interesa centrarme especialmente en las ESSM, como dispositivo de frontera entre el sistema sanitario y otras redes institucionales y comunitarias. Las mismas, constituyen espacios que ofician de sostén para acompañar procesos de inclusión social y laboral y potenciar la autonomía personal y la construcción de un proyecto de vida en personas con padecimiento mental.

### **El contexto político-sanitario**

En el año 2003, a partir del inicio de la gestión de la Dra. Graciela Di Perna, se toma la decisión de

poner en la agenda de trabajo de la Secretaría de Salud de la Provincia la temáticas de salud mental, adicciones y discapacidad. Desde el Departamento Provincial de Salud Mental, a cargo de la Lic. Susana Zelaya, se inició un proceso de transformación institucional que orientó el desarrollo de los servicios asistenciales hacia un modelo de orientación comunitaria. Cabe mencionar que este proceso se vió facilitado por la inexistencia de monovalentes públicos. El que existía en la provincia fue cerrado en el año 1990, durante la gestión del Dr. Pellegrini. Sin embargo, en ese momento, no se habían generado dispositivos sustitutivos, y los servicios de salud mental se limitaban a la internación y a los consultorios externos. Asimismo, existía una importante población institucionalizada en clínicas privadas de la provincia financiadas por el Estado.

La provincia del Chubut, tiene una gran extensión territorial pero una baja cantidad de población distribuída en forma muy desigual. Por lo cual, se debieron proponer lineamientos provinciales generales, para acompañar procesos locales de implementación, sensibles a la complejidad y las características de los territorios.



<sup>1</sup> Ley Provincial I N° 384. Art. 9 Créase la Red Asistencial Socio Sanitaria, con el objetivo principal de desarrollar estrategias para

fomentar la inserción de las personas con sufrimiento mental en la comunidad.

La decisión política de jerarquizar el área de salud mental, se vio reflejada en la existencia de un presupuesto propio para el entonces Departamento Provincial de Salud Mental. Esto fue esencial para el desarrollo de la red asistencial ya que, desde la Secretaría de Salud, se destinaron fondos para la implementación de los nuevos dispositivos en los distintos efectores de la provincia. A través de la red, se buscaba generar una heterogeneidad de respuestas, sensibles a las distintas necesidades de las personas con padecimiento mental o de la misma persona en diferentes momentos de su vida. Promoviendo que el trabajo desde los servicios de salud mental no se focalizara solo en lo asistencial y en la atención en crisis, si no que incluyera un fuerte componente promocional y de trabajo sostenido con las personas que presentaban problemáticas más complejas, a fin de facilitar su vida en la comunidad, buscando restablecer sus capacidades para participar de los intercambios sociales, materiales y simbólicos de la vida social, es decir, sus capacidades sociales. Lo cual es el eje que sustenta la idea de comunidad como estrategia prioritaria para la acción. (Galende, 2008) Este desarrollo fue generado en función de las problemáticas de salud mental de mayor complejidad, para las cuales se desarrollaron espacios de internación en el hospital general con guardia interdisciplinaria, centros de día, un programa residencial que incluía viviendas con distintos niveles de apoyo y la inclusión de trabajadores de salud mental en los centros de atención primaria de la salud y en los hospitales rurales.

Todo el proceso, se vio respaldado y legitimado en primera instancia por la Ley Provincial de Salud mental I N° 384, del año 2009, que en su artículo 6 explicita el derecho de las personas con padecimiento mental de vivir y trabajar en la comunidad. Esto debe efectivizarse mediante programas que incluyan lo ocupacional laboral y lo residencial. Un año más tarde, con la Ley 26657, el proceso se vio fortalecido a través de lo explicitado en el artículo 11, el cual promueve la implementación de acciones de inclusión social y laboral.

Más allá de la decisión política y la explicitación en el marco de ambas leyes, lograr desarrollar la red de empresas sociales de salud mental, fue el proceso más complejo y a la vez el más ligado al espíritu de

la ley y a la lógica del modelo de salud mental comunitaria.

### **El Proyecto ISOLE (Integración Socio Laboral y Lucha contra la Exclusión Social)**

La necesidad de implementar las empresas sociales de salud mental, estuvo planteada desde el inicio del proceso de transformación institucional. Es de destacar que, para los equipos de la provincia, Río Negro siempre fue un modelo de trabajo en el cual referenciamos, además de contar con su generoso acompañamiento. Allí, el desarrollo de las empresas sociales era una de las claves del proceso de reforma. También teníamos como referencias las empresas sociales que se habían generado en CABA, en algunos casos como espacios de transición para promover la externación de personas institucionalizadas en los monovalentes. Ambas experiencias inspiradas en el modelo italiano de cooperativas sociales iniciado por Franco Basaglia.

Sin embargo, fue complejo contar con fondos propios para el desarrollo de los dispositivos. Esto recién se pudo iniciar a partir del proyecto ISOLE (Integración socio laboral y lucha contra la exclusión social en cuatro áreas prioritarias de Argentina). El mismo fue el resultado de un trabajo de cogestión asociada entre los Estados y la sociedad civil. Se vehiculizó mediante la firma de un acuerdo entre la Asociación Civil En Camino con Otros, de CABA, y el Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, de Italia. Entre ambas gestaron el proyecto que tenía como objetivo específico la "Integración socioeconómica de la población en situación de exclusión social en áreas prioritarias de Argentina, a través de la creación y fortalecimiento de una red territorial de lucha a la exclusión"<sup>2</sup>. Una de las estrategias propuestas para lograrlo, era "la activación, consolidación y fortalecimiento de al menos 22 empresas sociales"<sup>3</sup>. Chubut fue invitada a participar, junto con Chaco, Río Negro y CABA y se incluyó en el proyecto con el desarrollo de tres empresas, una en Puerto Madryn y dos en Trelew. La puesta en marcha incluyó la firma de convenios con los gobiernos provinciales que compartían la responsabilidad de su desarrollo.

El ISOLE tuvo un gran impacto porque brindó recursos económicos para contratar profesionales y

---

<sup>2</sup> Proyecto ISOLE

<sup>3</sup> Idem

comprar equipamiento e insumos para el desarrollo de las empresas. A nivel local, se decidió trabajar con rubros ligados a oficios artesanales, proyectando el desarrollo de una empresa de hilado, otra de cerámica y otra de carpintería. Finalmente, la de cerámica se modificó por un emprendimiento de gastronomía por ser más viable comercialmente. Cada una de las empresas fue coordinada por un técnico en oficio y un técnico en salud. Esto porque se entendía que era tan importante el aprendizaje en sí de la tarea y el logro de un producto de calidad, como el cuidado de los vínculos y de cada persona que era parte del grupo. Asimismo, se promovió que la composición fuera mixta, tanto personas que provenían del propio sistema de salud, derivadas de otros dispositivos de los servicios, como otras personas de la comunidad interesadas en participar de la experiencia. Complementariamente a los fondos externos, se gestionó a nivel local a través de la Secretaría de Trabajo de la provincia, ayudas económicas para las personas que participaban de las Empresas Sociales. Entendiendo que inicialmente la participación en las mismas tenía una lógica de capacitación laboral. El proyecto incluyó también el desarrollo de una Escuela de Capacitación para todos los participantes, con dos ejes priorizados, la salud mental comunitaria y la economía social y solidaria.

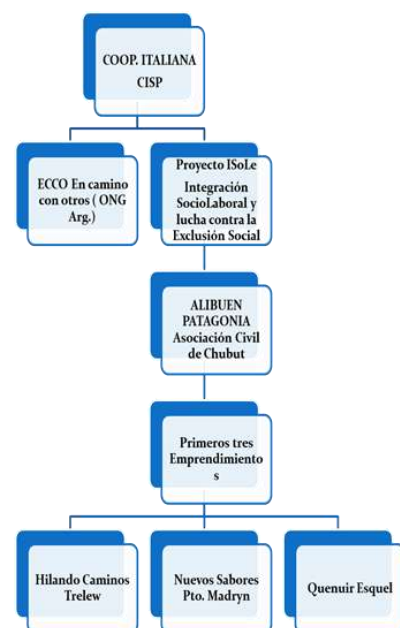
### Las Empresas Sociales de Salud Mental en Chubut

El proyecto ISOLE fue el primer paso de un proceso local que se incluyó como parte del trabajo que se venía realizando territorialmente. Las ESSM eran el dispositivo que faltaba sumar a la red asistencial y algo del entramado institucional y sectorial que le dio origen, fue su marca de nacimiento y de destino. Las ESSM, siempre están en una zona de borde y no tienen una filiación única. En la provincia, se decidió que fueran un dispositivo más de los servicios de salud mental, lo cual no fue un proceso fácil ni sin resistencias.

Desde el inicio del proyecto, se visualizó la necesidad de generar condiciones para la persistencia de las empresas más allá del tiempo estipulado formalmente. Es decir, se decidió que una vez terminado el ISOLE, las empresas formarían parte de los servicios y se incorporarían en el sistema sanitario a los equipos coordinadores. Complementariamente, se fue buscando modos de generar otras empresas con recursos propios, más allá del proyecto en sí. En este camino, se crea la

Asociación Civil Alibuen Patagonia, por un lado, porque al finalizar el proyecto el CISP no podía ceder el equipamiento comprado a los Estados provinciales, entonces necesitamos una asociación civil para ese fin. Por el otro, se volvió un instrumento de gestión de recursos, claves para el crecimiento de las empresas y el desarrollo de otras a lo largo del territorio, porque permitió la gestión de fondos y la presentación a diversas líneas de financiamiento, especialmente frente a los Ministerios de Trabajo y de Desarrollo Social de Nación. ALIBUEN fue creada por un conjunto de personas que incluía profesionales, capacitadore/as, operadore/as, emprendedore/as y amigo/as, que fueron sosteniendo el proyecto. Desde lo formal, la asociación firmó un convenio con la Secretaría de Salud con el objetivo de trabajar en conjunto para el desarrollo de las ESSM.

El ISOLE dejó en la provincia una empresa social de hilado (Hilando Caminos-2009, Trelew), una de Gastronomía (Nuevos Sabores-2010, Puerto Madryn) y una de carpintería (INTARVI-2010, Trelew). En el mismo año, nace con recursos y gestión local, una empresa de fieltro artesanal (QUENUIR, 2010, Esquel). Asimismo, dejó el aprendizaje y la capacidad instalada de generar procesos de trabajo que ubicaran a las personas con padecimiento mental como sujeto/as de derecho, corriéndolas de la etiqueta diagnóstica y poniendo el énfasis en sus capacidades y potencias, y no en sus déficits o síntomas.



## El programa ocupacional laboral

La finalización del proyecto a nivel local, nos enfrentó a la necesidad de generar un entramado que permitiera sostener lo realizado y que se pudiera seguir creciendo en otras partes del territorio. En la provincia, se hizo un trabajo de implementación y elaboración reflexiva sobre lo que se iba construyendo. Ese proceso llevó a la consolidación de una red de empresas sociales de salud mental, la cual tenían una doble filiación, la red misma y cada servicio en el cual se insertaban cada una de ellas, orgánicamente.

A poco de andar se comprendió que no era viable la auto sustentabilidad económica de las empresas. Como dispositivos de los servicios de salud mental, se entendió que tenían una lógica de transitoriedad. Las personas tenían un tiempo de permanencia, de pasaje, que les permitía generar recursos para poder luego habitar otros espacios por fuera del sistema sanitario. Sean o no espacios laborales. Entendimos también que cuando estaban en mejores condiciones para el desempeño de su oficio, era probable que dejaran el dispositivo y esto no era ni más ni menos que el éxito de nuestro trabajo. Poder conceptualizar esto nos permitió pensar en términos de procesos, tanto institucionales como personales. Motivo por el cual, terminado el ISOLE, se desarrolló en el Departamento Provincial de Salud Mental el Programa Ocupacional Laboral. Es de mencionar que el mismo constituyó un marco técnico de trabajo para las empresas, pero nunca se logró obtener la normativa correspondiente que le diera mayor formalidad. El modelo fue tomado de los cuadernos técnicos de FAISEM. <sup>4</sup>



El Programa Ocupacional Laboral tenía como objetivo rescatar “la importancia del trabajo en la vida de las personas como instrumento para potenciar la rehabilitación y el mantenimiento dentro de la vida comunitaria, como para el proceso de inclusión social<sup>5</sup>.” En este marco, se proponía generar diferentes propuestas que respetaran la complejidad que supone la multiplicidad de factores sociales y de momentos individuales y habilidades personales. Por otro lado, se entendió que dicha complejidad implicaba también generar una oferta variada de posibles lugares de inserción que contemplen diferentes metas de acuerdo a las posibilidades de cada persona involucrada. En ese marco se pensó una tipología que incluyera Centros Ocupacionales; Cursos de Formación Profesional; Empresas Sociales/Emprendimientos Productivos y Programas de Empleo con Apoyo.

Desde el nuevo marco del programa, se acordó que las ESSM, como dispositivos de los servicios de salud mental y adicciones, tenían la lógica de un Centro Ocupacional Laboral. Sin embargo, la identidad como empresas sociales de salud mental fue irreversible. Identidad que se basaba en una filosofía más que en un formato organizacional.

El punto de partida de las estrategias de empresa social no es el mundo de la producción de riqueza, sino el mundo de su distribución y redistribución. La empresa social es, en efecto, una estrategia productiva, pero cuyo lugar de elección es lo social, la reproducción, la asistencia, la redistribución. (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994: 26; 41)

En términos de proceso, el trabajo de cada una de las ESSM se pensó en tres estadios que permitieran el pasaje de las personas en función de sus capacidades y necesidades. Los mismos no eran lineales ni obligatorios para cada persona, sino ordenadores de la tarea en función de diseñar estrategias de trabajo y espacios institucionales de acción.

<sup>4</sup> Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental.

<sup>5</sup> Programa Ocupacional Laboral (2011-2015)- Departamento provincial de Salud Mental- Ministerio de Salud- Chubut.

<i>Estadios del programa</i>		
<p><b>Pre-laboral</b> Sirven como complemento del programa o prolongación directa de la actividad de los Equipos de salud mental</p>	<p><b>De Formación</b> Centrado en la actividad formativa y productiva, pero sin exigencias de autosuficiencia económica, por tanto, sin contratación laboral ni retribución a las personas.</p>	<p><b>Trabajo efectivo</b> 1. Trabajo con apoyo En relación de dependencia En forma independiente 2. Empresa social propiamente dicha</p>
<p><u>Características básicas:</u> Utiliza la estructura de los centros de formación o los centros de día. Horario discontinuo Desarrollos de hábitos</p>	<p><u>Características básicas:</u> Mixtos Formativos Cumplimiento horario Decisiones en conjunto con orientación de la coordinación local</p>	<p><u>Características básicas:</u> Mixtos Productivos Decisiones por asamblea</p>

### La dinámica de trabajo en las Empresas Sociales de Salud Mental

Luego de repensar la lógica de trabajo, se entendió que el eje del trabajo en las ESSM, era la capacitación en oficio, respetando los tiempos, las necesidades y las potencialidades de cada persona. El propósito era su posterior inserción laboral, pero esto en el marco de un proyecto de vida construido por la propia persona, emprendedor o emprendedora. La dinámica de trabajo siguió siendo coordinada por un equipo mixto, de técnicos/as en oficios y en salud, siendo el espacio principal de toma de decisiones la asamblea que se realiza semanalmente donde participan en forma horizontal todo/as los integrantes del dispositivo.

Asimismo, se complementó el trabajo al interior de cada empresa con otras actividades que hacen a reforzar la preparación para el mundo laboral: capacitaciones relacionadas con cada oficio; otras capacitaciones como economía social, gestión y administración, costos y stock, comercialización y marketing, manejo básico de pc; espacios de orientación vocacional y formación profesional; acompañamiento a la búsqueda y mantenimiento de empleo, etc. Esto, junto a otra serie de acciones que apuntaban a la inserción comunitaria y al reconocimiento barrial de la ESSM, tales como espacios de capacitación realizados por las/los emprendedores en escuelas de la localidad; participación en ferias, locales, provinciales y nacionales. También se generaron micro proyectos de rotación por la red: la/os emprendedores rotaron por las diferentes ESSM donde intercambiaron experiencias con sus pares y participaron de un evento comunitario. Se fortalecieron todos los espacios de articulación y sinergia con otras

instituciones y sectores de la comunidad: grupos de artesanos, trabajo, educación, etc.

### Los Encuentros de Empresas Sociales de Salud Mental



Una de las características de las ESSM de Chubut, fue la horizontalidad de los vínculos y el trabajo colectivo. Respetando y valorizando los saberes y aportes de cada persona. Desde esta lógica, en el primer año del programa, 2011, se decidió organizar un encuentro nacional de ESSM. El objetivo era visibilizar el colectivo que iba creciendo en todo el país, además se entendía que el encuentro en sí mismo, era una práctica de salud mental, que promovía y potenciaba el fortalecimiento de vínculos y redes.

Para poder concretar el encuentro, se gestionó a nivel local alojamiento y comida para todos los grupos de emprendedores/as que vinieran de otros lugares de la provincia y del país. El primer encuentro se realizó en la ciudad de Puerto Madryn, y participaron muchos emprendimientos de diferentes territorios. Fue un encuentro de mucha potencia y amorosidad, donde nos conocimos y sentimos parte de un movimiento más grande que compartía la idea de que otra forma de trabajar en salud mental era posible. En el encuentro

estuvieron lo/as técnicas, lo/as emprendedoras y otras personas interesadas en las temáticas. Fueron tres días de un intercambio que nos conmovió a todas/os, escuchando y conociendo historias y procesos diversos. A partir de este primer encuentro, se repitieron anualmente en Gaiman, Trelew, Esquel y Cholila. Cinco encuentros de Empresas Sociales de Salud Mental donde año a año compartíamos tres días de intercambio, y donde se pudieron ir expresando las necesidades y demandas en relación al derecho al trabajo de las personas con problemáticas de salud mental.

### La red de empresas sociales de Salud Mental de la provincia del Chubut

Al finalizar el 2015, la autodenominada red de ESSM, estaba formada por un Centro Ocupacional en Trelew con cinco espacios de capacitación: hilado artesanal, tejido artesanal, carpintería, orfebrería y corte y confección; uno en Puerto Madryn (gastronomía), uno en Esquel (fieltro) y uno en Trevelin (cerámica). Talleres Polivalentes en las localidades de Lago Puelo (gastronomía), El Maitén (vivero), Cholila (hilado y soguería). Algunos emprendimientos se desarrollaron por un tiempo más acotado y no continuaron su proceso. En ese momento, estaba también en funcionamiento una Unidad Productiva en Esquel y desarrollando sus cimientos el Buffet Cocinando Sueños de Puerto Madryn que abrió en el año 2016.



### Algunos aprendizajes de este proceso

El trabajo de desarrollo de la red de empresas sociales de salud mental en Chubut, fue en el marco de un proceso de implementación de una política en salud mental de orientación comunitaria. Las ESSM, funcionaron y funcionan en una red de

dispositivos que permiten que las personas con padecimiento mental, puedan tener diversas respuestas frente a sus necesidades, y no tener que adecuarse a lo que el sistema ofrece. Trabajar en una provincia sin manicomios, fue la condición necesaria para este desarrollo. Las leyes dieron un marco normativo para fortalecer el proceso, pero sin la decisión política, los recursos, el conocimiento y el compromiso de los equipos, no se hubiera avanzado. Por otro lado, cabe mencionar que con la estructura sola no alcanza, y el manicomio se puede reinventar en cualquier espacio, más allá de su denominación, si el horizonte de trabajo no es el de promover los derechos y la autonomía de las personas.

Las ESSM son un dispositivo que acompaña procesos de inclusión social y laboral para personas con diversos tipos de problemáticas, incluidas la de salud mental, entendiendo que la heterogeneidad en su composición fue siempre un valor a preservar. Así también, su lógica de trabajo, basada en la horizontalidad y en la calidad de sus vínculos; en el trabajo en equipo; en la autogestión; en la mejora permanente de la calidad de la producción y los servicios; y en el fortalecimiento de redes sociales, sentido de pertenencia, prestigio y reconocimiento. Y finalmente, se destaca el hecho que lograron ser un espacio que genera posibilidades para el acceso posterior a ámbitos de trabajo efectivo o a otros ámbitos de inserción comunitaria por los que las personas desean transitar. Muchas de estas características, son la concreción del modelo de salud mental comunitaria, en términos de interdisciplina, intersectorialidad, promoción de la autonomía, acompañar y promover la capacidad de la propia comunidad para organizarse y generar circuitos de inclusión para las personas en situación de vulneración de derechos, y finalmente, promover una mejor calidad de vida y el acceso real al ejercicio de los derechos de cualquier ciudadano/a, más allá de su problemática de salud mental.

Este trabajo se inició con una decisión política y fue parte de una política pública más amplia, pero se sostuvo y se mantuvo por el compromiso y la persistencia de los equipos de trabajo y las redes amigables de sostén que pudieron construir a nivel comunitario. A partir del año 2016, el proceso de la red de ESSM incluyó la necesidad de resistencia frente al desfinanciamiento de los dispositivos y la invalidación de la existencia del programa, que efectivamente carecía de instrumento legal.

A nivel nacional, el retroceso en términos de la implementación plena de la Ley Nacional de Salud Mental también tuvo sus efectos. Hoy, a doce años de la misma, los manicomios siguen en pie, más allá de los sucesivos anuncios de sus cierres, y entendemos que no hay posibilidad de compatibilizar ambos modelos. El desarrollo de una política pública adecuada para la implementación de este tipo de dispositivos, desde una lógica intersectorial y con el financiamiento adecuado, es una asignatura pendiente que lamentablemente ha quedado invisibilizada por otras prioridades producto de la pandemia. Sin embargo, esta misma situación que ha vuelto crítica

la situación laboral de muchas personas, vuelve necesario recuperar algunos de los aprendizajes construidos desde las ESSM, que pueden servir en términos de relanzar y reorganizar espacios de inclusión comunitaria ampliados, que integren diversos colectivos en situación de vulneración de derechos. Entendiendo que la falta de trabajo y la imposibilidad de ejercer derechos, tienen un impacto negativo en la salud mental de cualquier persona.

### **Bibliografía**

A Galende, E. (2008) Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Leonardis, O. D., Mauri, D., & Rotelli, F. (1994). La empresa social. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ley Nacional 26657

Ley Provincial I N°384

Programa I.So.L.E. 2008.

Programa Ocupacional Laboral (2011) Documento Técnico de trabajo de la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria del Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut.



# UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA - PENSANDO AL HOSPITAL GENERAL COMO PARTE DE UN DISPOSITIVO EN SALUD MENTAL DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Ana Macarena Fernández

## **P**resentación

La forma de abordar las problemáticas en relación a los padecimientos mentales ha sido un tema de debate permanente, el que ha oscilado desde la propuesta de un tratamiento centrado en la hospitalización del enfermo, a otros con una perspectiva psicosocial y en el medio socio-comunitario.

Yago Di Nella plantea muy bien la problemática en Salud cuando hace referencia a la reproducción que sufren los trabajadores de salud respecto del malestar y la exclusión que también padecen los usuarios. La modalidad de atención se plantea a nivel central y los trabajadores son meros hacedores de eso que, en general, no se ajusta a lo que ellos considerarían de buenas prácticas para los usuarios. Al mismo tiempo, los usuarios no participan en las decisiones que se toman respecto de cómo serían atendidos y así el problema va en aumento.

Fundamentalmente este aspecto es el que me convoca, en esta oportunidad, a escribir este trabajo.

### **Pregunta de indagación**

¿Cómo se podría concientizar al equipo de salud para que participen de un abordaje en territorio, con el objetivo de lograr una representación social del Hospital General como lugar de cuidado, cobijo, ayuda; en el momento en que la comunidad lo necesite, es decir, de fácil acceso?

### **Relevancia del tema a desarrollar**

La morbilidad en salud, tiene, según estudios estadísticos, su porción más generosa, destinada a las problemáticas en salud mental. Es por eso que la OMS en 2008 se propone a difundir una guía de buenas prácticas para el abordaje de trastornos mentales, neurológicos y de consumo de sustancias. Indudablemente esto tiene un impacto económico que hace que, hoy en día, esté en la agenda política (a menos desde lo publicitario) lo que es materia de salud mental.

Los trabajadores de esta área, sabemos que eso es solo el inicio de una futura conquista que requiere el compromiso de todos.

En lo personal, creo que no hay una solución universal, una receta, para abordar el problema, se requiere que una labor más artesanal y adecuada a la realidad de la población donde se va a intervenir. Creo que la aparición de estas guías de abordaje, son un gran paso para permitir difundir estos temas, pero indefectiblemente se va a requerir de una alquimia particular en cada lugar de trabajo.

### **Objetivo general**

Lograr una mejor asistencia en salud mental para la población perteneciente al área de cobertura del Hospital San Roque.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las problemáticas que dificultan el acceso de usuarios al hospital general.

- Identificar las dificultades del equipo de salud para mostrarse más cerca de los usuarios de salud mental

- Pensar estrategias posibles de intervención con el equipo de salud y los usuarios para mejorar la cobertura.

### **Desarrollo del tema en relación a la bibliografía seleccionada y estado de la problemática.**

\_Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, propone un cambio de paradigma en la lógica de intervención con personas con padecimientos mentales, con una propuesta superadora respecto de los conceptos y prácticas que se venían sosteniendo.

*“Art. 3°.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley N° 26657)*

Este artículo es clave y me gustaría tomarlo como eje de la propuesta.

### **Problemáticas que dificultan el acceso de usuarios al hospital general.**

Quisiera hacer algunas observaciones de la práctica cotidiana: el horario de atención es limitado y no contempla las necesidades “visibles” del paciente. Están muchas veces trasnochados, para poder acceder a un turno, sin desayunar y sin un lugar confortable de espera.

Muchas veces no logran entender las explicaciones de los administrativos o de los profesionales, que intentan dar respuesta a su demanda.

Pareciera también que no están motivados ni empoderados en relación a realizar las exigencias necesarias para que se les brinde una mejor atención, derecho que a todo ciudadano le corresponde cuando no está de acuerdo con un efector estatal (como son los trabajadores de salud en ese rol).

### **Dificultades del equipo de salud para mostrarse más cerca de los usuarios de salud mental**

A decir de Edith Benedetti (2017) “La complejidad de las presentaciones actuales muestra la necesidad de cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquél de las intervenciones según las necesidades, requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal, es decir, atender la singularidad pensada en clave de época y situación. En definitiva, dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos para ofrecer nuevos dispositivos de intervención.”

Esta propuesta de trabajo refleja una propuesta formulada en base a la experiencia de un largo trabajo en territorio.

Pensando en las dificultades que se observan en los equipos de salud para siquiera sentarse a pensar y contemplar un trabajo de este tipo, acuerdo con Di Nella (2012) en pensar al trabajador de salud como un agente que reproduce la problemática social.

Los trabajadores no están motivados en sus puestos de trabajo, quizá por no tener los insumos necesarios para llevar adelante una buena práctica, porque no le es reutilizable el tiempo de trabajo respecto del salario y quizá también porque no hay una oferta de formación continua, capacitaciones e intercambio de experiencias vivenciales con equipos de salud de otros lugares territoriales. Si bien, comparto que este es otro orden de abordaje, es decir, debería tratarse en la agrupación gremial que corresponda, se percibe que eso no tiene su fruto en el lugar que debería alojarse esta demanda y los trabajadores conviven y expresan de distintas maneras (incluido en el trato a los usuarios) este malestar.

### **Estrategias posibles de intervención con el equipo de salud y los usuarios para mejorar la cobertura**

Citando nuevamente a Benedetti (2017) “cuando intervenimos en el campo clínico creamos ficciones... qué tipo de ficciones creamos. Si producimos ficciones viejas, estamos trabajando con otros sujetos y eso es un problema en diversos aspectos. Por eso mismo, es necesario repensar los escenarios porque si no lo hacemos estamos suponiendo y trabajando con otro sujeto que el que se presenta y nos interpela.

Teniendo en cuenta que somos sujetos sociales e históricos que nos constituimos como personas en

la relación con otros en las instituciones (la familia y la escuela que representan simbólicamente lo social), la subjetividad está atravesada por los modos históricos de representación con los cuales cada sociedad determina los modos de ser... El escenario de intervención es un lugar donde trascurren en distinta forma una serie compleja de textos que se presentan como tramas discursivas. Éstas se tornan en una acción cargada de sentidos en función de las características materiales y simbólicas, la singularidad de los actores y la especificidad del guión para esa ficción que se construye en cada situación. Entonces, cuando pensamos en escenarios y escenas, en definitiva, estamos subrayando la dimensión ficcional. Por ejemplo, en el campo de la construcción de la demanda, aquel que llega al consultorio privado o al hospital llega con un pedido, no con una demanda. Podríamos decir con cierta inocencia y nosotros debemos trabajar mucho para que algo del orden de la demanda acontezca.”

Creo que este es el punto en el que estamos en mi lugar de trabajo (Servicio de Salud Mental del hospital San Roque), estamos intentando construir

una demanda y al mismo tiempo habilitar a los trabajadores para que puedan recibirla y abordarla de la mejor manera posible.

Planteo la posibilidad de transformar algunos espacios, cómo la sala de espera para consultorio. Transformarla en un lugar, que cuente con algún profesional que pueda estar sirviendo el desayuno, compartiéndolo, aclarando algunas preguntas sencillas cómo dónde queda el laboratorio, la farmacia, cómo sacar los turnos y demás; como un intento de primer paso para un encuentro de otro tipo, más horizontal, que permite el intercambio y posibilite alojar la demanda de ayuda.

A partir de este encuentro, tomo lo trabajado en clases de la diplomatura, que podríamos contar con una especie de “caja de herramientas” (lápices, hojas, algunos juegos, etc.) que permitan el intercambio y sirvan de excusa para llevar a cabo la tarea de escuchar.

## Bibliografía

- Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En el libro *¿Qué hacer en salud- Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria?* Comp. y Edición Leonel Tesler. Ed Colihue.
- Ley de Salud Mental 26.657. 2 de diciembre de 2010. Disponible en: [http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16773&word= al 28/06/2017](http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16773&word=al%2028/06/2017).
- Benedetti, E. (2017). *Casas Amigables Estrategia de anudamiento en nivel primario*. Buenos Aires.
- Belaga, G. (Comp.) (2006). *La urgencia Generalizada. La práctica en el hospital*. Ed. Grama.
- Di Nella, Y. (2012). *Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos (Por la superación del dogma manicomial)*. Ed. Koyatún.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud. Organización Mundial de la Salud. 2008.



## LA REHABILITACIÓN EN EL CONTEXTO DE YUXTAPOSICIÓN DE PARADIGMAS DE SALUD MENTAL\*

Mercedes Campos, Juan M. Chehadhi y Salomé González

### **I**ntroducción

Partiendo desde un análisis de la línea de Yago Di Nella (2012), quién a cerca de la política de gestión de salud del Estado, reflexiona que los distintos modelos no se dieron de manera sucesiva sino simultánea; cada modelo (conservador, de bienestar, neoliberal, jus-humanista) no excluye al anterior, sino que se le superpone. Los viejos modelos, dejan sus legados con sus lógicas funcionantes. Actualmente es usual, ver todos los modelos de concebir el Estado en relación a la Salud Mental, en complejas tramas de mestizaje y superposición funcional.

En este contexto, queremos pensar sobre la rehabilitación. Se trata de un término empleado ampliamente en ámbitos de salud mental, nos preguntamos si aquello incluido bajo esta denominación, busca esencialmente el acceso de derechos de los usuarios de salud, partiendo de la definición de Franco Rotelli (1998), para quién rehabilitar significa construir (a veces reconstruir) el acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos. Entendida como un proceso, la rehabilitación debe efectuarse en tres niveles de intervención, que se convalidan cuando están juntos, o se pervierten si se dan disociados, esto es: 1) modificación de legislación, 2) disponibilidad efectiva de recursos a obtener y 3) la producción de la capacidad de acceso al valor, que se evalúa a través de la formación, información, ocasiones ofrecidas y prácticas colectivas. Coincidimos con el autor, que con demasiada frecuencia se habla de rehabilitación refiriéndose solo al tercer nivel, lo cual hace improbable e ineficaz el proceso mismo.

*“No hay nada más rehabilitador que respetar los derechos humanos y reconocer su entidad de persona, su dignidad en tanto ser humano. No se trata en realidad de desinstitucionalizar, sino de transformar el sistema de atención de encierro en hospicios a un esquema de dispositivos basados en la vida en comunidad. Pasar del manicomio a instituciones de atención de la salud mental requiere una inversión y una reformulación de los derechos cercenados a la persona” (Di Nella, 2012, p.30). Identificándonos como actores activos y participantes del acontecer de las salas del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone en las que nos insertamos como equipos de residentes interdisciplinarios en salud mental, queremos potenciar acciones transformadoras de la lógica manicomial hacia un enfoque de derechos. Para ello consideramos necesario generar reflexiones críticas y colectivas, acerca de los aspectos sobresalientes del contexto actual, soluciones intentadas al momento, retrocesos, para luego emprender la construcción de propuestas que puedan tener mayor sustentabilidad.*

### **Pregunta de indagación**

¿Cómo promover la rehabilitación entendida desde un enfoque de derechos en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la ciudad de Salta?

### **Relevancia del tema a desarrollar**

Sabemos que a partir de la ley nacional de salud mental y de las experiencias de desmanicomialización a lo largo del país y del mundo, es inconcebible pensar en propuestas terapéuticas que estén únicamente relacionadas con la psicoterapia (individual y/o grupal), la

\* Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental [R.I.Sa.M.], Salta, Argentina. Este trabajo corresponde al trabajo final integrador presentado para aprobar el cursado de la Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Adicciones Ley N° 26657 y N° 5937. Concepciones, prácticas y debates, organizada por la Asociación Apostando a la Vida y la secretaria de Extensión, F.H. y C. S.-U.N.Ju., en el año 2017.

medicación psicofarmacológica o la terapia ocupacional, exclusivamente. Resultando imprescindible incluir a la comunidad en dichas propuestas terapéuticas y abrir el hospital a la comunidad.

Considerando que la rehabilitación psicosocial es un proceso que busca apoyar a las personas con padecimiento mental a mejorar su funcionamiento psicosocial e incluirse en su comunidad de la forma independiente, a través de diferentes estrategias que incluyen: cuidados de la vida cotidiana, autocuidado, tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia individual y familiar, acompañamiento familiar, la recreación y terapia ocupacional desde las distintas dimensiones de intervención: individual, familiar, red terapéutica y red social. Guevara Trinidad (2008) destaca la importancia de la recreación para la rehabilitación en personas con padecimiento mental, dado que a través de la aplicación de diferentes técnicas y con la participación frecuente en actividades recreativas se logra múltiples beneficios en distintas esferas del funcionamiento autónomo y social, potenciando la vida comunitaria y de participar en ésta. Otero López et al. (2009) manifiesta que tradicionalmente la recreación ha sido considerada un aspecto residual de la vida, una parte poco significativa, secundaria, un lujo, algo específico, sin embargo, en la actualidad no solo es un producto de consumo, sino también una necesidad. Una necesidad humana cuya satisfacción constituye un requisito indispensable de calidad de vida constituyéndose en un importante pilar de desarrollo en el siglo XXI, por su significación económica, social y cultural, se ha constituido en un valor respetado y deseado, empieza a considerarse una vivencia que debe ser experimentada por todos. En este sentido, la recreación es un proceso que atraviesa la vida cotidiana ligada a lo cultural, a lo que Jiménez Vélez (2002) refiere que *“la recreación es un conjunto de saberes, actividades y procesos libertarios en la que los sujetos implicados en dicha experiencia cultural se introducen en una zona lúdica de características neutras, apta para fortalecer el desarrollo de la integralidad humana”. [...] “Desde esta perspectiva puede decirse que es un estado transitorio, de contemplación y de goce entre la realidad psíquica interna y la externa, propicia para la libertad y la creatividad humana”*. Las prácticas recreativas son entendidas como complementarias a los procesos de aprendizaje y desarrollo cultural.

La Asociación Internacional del Tiempo Libre la encuadra como “un área específica de la experiencia humana que cuenta con sus propios beneficios [...]

es una fuente importante para el desarrollo personal, social, económico y un aspecto clave de la calidad de vida”. La recreación y el desarrollo humano se construyen en una relación compleja y complementaria que contribuye al desarrollo pleno de las potencialidades de cada persona, Moreno (2006), refiere que bajo este paradigma la recreación *“...desde una perspectiva humanística [...] es una experiencia integral y trascendente, que otorga sentido de vida, pues abre cauce al conocimiento y la comprensión la propia subjetividad [...] forma parte de la vida del hombre; puede y debe constituirse en un motor más para su desarrollo y plenitud, en tanto aporte deliberadamente al proceso constitucional del ser”*. (Moreno, 2006, p.66)

Por lo que debe estar orientada al descubrimiento de las propias potencialidades y modos de expresión, a la construcción de experiencias recreativas que potencien por la libertad percibida y la motivación intrínseca, a fin de satisfacer las necesidades de la persona a sentirse autodeterminada, ante el ejercicio de la capacidad de elección, de tener experiencias que sean personalmente significativas, que aumenten el sentido de competencia personal y de la relación social. En este sentido Moreno (2006), refiere que *“La recreación por definición y por esencia debe plantearse el desarrollo de todas las potencialidades humanas y contribuir a la salud plena, individual y social”*.

Otero López et al. (2009) señala que la recreación es una experiencia integral, compleja, de carácter social, integrada a valores y modos de vida en la que se contextualiza con una impronta personal, ya que se relaciona con valores y significados profundos, en donde la persona se autoafirma e identifica. Es una necesidad personal y su satisfacción constituye un requisito indispensable de calidad de vida.

Fundamentados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que reconoce a la recreación como un derecho ciudadano, como una experiencia integral de la persona, una necesidad y un derecho humano fundamental, que favorece el desarrollo, como la educación, el trabajo o la salud, es que la recreación, surge como elemento visible e importante en la configuración del Desarrollo Humano Integral, no puede separarse del resto de los objetivos vitales dado que se considera una necesidad y un recurso para mejorar la calidad de vida.

Es por ello, que distintas experiencias de transformación se plantean en incluir en la conformación de equipos interdisciplinarios

profesionales, profesores, recreólogos, y/o todas aquellas personas que sea las encargadas de llevar a cabo propuestas de recreación, juego y esparcimiento ya sea en modalidad de talleres individuales y/o grupales, sea a través del deporte, entre otras. Es una estrategia en esta dirección, a la cual viene apostando la residencia en la Institución.

Estos espacios tienen efectos de gran importancia subjetiva ya que, siguiendo a Rotelli y considerándola como acción rehabilitativa, además del placer que se permite a los sujetos vivir experiencias saludables, favorece principalmente el ejercicio de un derecho humano fundamental. En el sentido de que las actividades relacionadas a la recreación presentan un escenario propicio y placentero en donde los sujetos, centrados en la actividad que los convoca, pueden olvidar prejuicios, dificultades; aprender y disfrutar del estar con otros, siendo un espacio favorable y potenciador del ejercicio de distintas dimensiones y habilidades que favorecen el desarrollo humano integral.

En este sentido, consideramos que no sólo será rehabilitatorio para los usuarios de los servicios de salud mental, sino también para la comunidad, dado que habilita a posibilidades del ejercicio de la ciudadanía y a construir representaciones nuevas respecto del padecimiento mental, si es que estas propuestas se desarrollan en contextos abiertos, insertos en la comunidad.

Desde la perspectiva de algunos profesionales, en ocasiones se presenta cierta dificultad, hay obstáculos internos para considerar la dimensión terapéutica más allá de la ocupación, la psicoterapia y la medicación; y esto se dificulta más aún a la hora de pensar actividades de los usuarios en integración con los demás miembros de la comunidad (actividades abiertas y no sólo "para usuarios") en contexto de encierro. En estos fenómenos se pueden leer resabios de las lógicas manicomiales y la institución total, en discordancia con el espíritu propio de la reorganización conceptual del nuevo paradigma en salud mental al cual se promulga como modelo de transformación institucional y de lógicas que atraviesen las prácticas profesionales.

### **Objetivo general**

Generar propuestas de rehabilitación en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la ciudad de Salta, a través de la participación de los actores sociales (usuarios, profesionales, referentes)

en la implementación de espacios de inclusión social comunitarios.

### **Objetivos específicos**

Problematizar la falta de alternativas de inclusión social en la comunidad, que incluya a todos los usuarios internados, con los profesionales del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la ciudad de Salta.

Construir propuestas de rehabilitación participativas de manera conjunta con los usuarios y profesionales del Hospital de Salud Mental "Dr. Miguel Ragone", con una lógica de inclusión social comunitaria.

### **Actividades**

Estos objetivos se llevarán a cabo con actividades de talleres en revista de sala, incluirán estrategias que busquen ser disparadores para el diálogo del personal del Hospital y generación de un escrito acerca de resultados de la reflexión efectuada.

Se propondrá llevar adelante una cartografía social junto a usuarios del Hospital. Y habilitar un espacio de asamblea de usuarios y profesionales, con previa capacitación al respecto de la participación y modalidad. Consideramos como probable, la realización de reuniones entre representantes de sectores específicos (usuarios, familiares, referentes de instituciones de salud, educación, trabajo, tercer sector, entre otros), a fin de extender las propuestas y su implementación.

### **Desarrollo del tema en relación a la bibliografía seleccionada y estado de la problemática**

En principio, para contextualizar el estado de la problemática, consideramos de gran relevancia plantear que, según datos estadísticos del año 2017 del Hospital Dr. Miguel Ragone, el total de pacientes internados de larga estadía es de 136 de ambos sexos, con un tiempo de estadía de entre 2 meses hasta 45 años, siendo la media de 32 años. Las estadísticas marcan que serían cinco las enfermedades prevalentes en estos servicios según CIE 10: F 20.5, F20.0, F19, F10, F70, de la población que reside en el Hospital Dr. Miguel Ragone. Son usuarios/as con internación de larga estadía, denominados crónicos, que en contraposición a lo que plantea la ley de salud mental, se encuentran internados hace varios años, compensados en su

cuadro psicopatológico y por cuestiones principalmente sociales, porque no tienen familia ni referente afectivo, por no tener vivienda u otro dispositivo, es decir, un sistema de apoyo que propicie transcurrir su vida ciudadana en comunidad.

En relación a lo mencionado, podemos observar que, si bien en algunas patologías conllevan un deterioro, en la mayoría, se puede ver deterioro en relación a los efectos de una institución total, presentan signos y síntomas del padecimiento de la institucionalización, donde se pierden habilidades del área de la vida diaria, básicas como hábitos de cuidado personal, higiene, alimentación, del área de la vida instrumental, como las áreas de la vida compleja y área social, familiar, entre otras.

Otro de los aspectos a destacar tienen que ver con la figura administrativa que circula con normalidad en el léxico profesional y administrativo, acerca del denominado constructo de paciente fugado,

cuando un paciente se ausenta de la institución por sus propios medios sin consentimiento del equipo tratante, que se repite reiteradamente en las historias clínicas, por parte de los mismos profesionales quienes una vez más en contramano de lo planteado en la ley de salud mental, sostenemos representaciones ligadas al manicomio, el encierro, sin tener en cuenta que se trata de un hospital a puertas abiertas, con todo lo que ello implica. Lo antes mencionado, entre otras prácticas, pone en evidencia una vez más lo manifestado anteriormente en cuanto a la superposición de paradigmas; ante lo cual coincidimos con Ana P. de Quiroga (2012) cuando plantea que “*la salud mental está en obra, en el sentido de construcción y desarrollo, por continencia, memoria rescate y afirmación de la identidad, sostén recíproco, elaboración, reparación y simbolización, o en el deterioro y daño por violencia, abandono, desmentida de la percepción, impunidad, aislamiento, fragmentación y abuso...*” (P. de Quiroga, 2012, p.20)

## Bibliografía

- Benedetti, E.; Medolla, D. (2014). De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la casa amigable, la casa de medio camino y el programa vuelta a casa en el marco de la (re)construcción del lazo social. In: VV.AA. 1° Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Benedetti, E. (2017). Casas amigables. Estrategia de anudamiento en nivel primario. [Artículo no publicado]. Clase para la Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Adicciones. FHyCS. UNJu. Jujuy
- Argüello, R. (2017). Nociones de sujeto en salud mental. [Artículo no publicado] Clase para la Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Adicciones. FHyCS. UNJu. Jujuy.
- Palacios, A. (2008) *Modelos Social de Discapacidad*. Editorial Cinca.
- Stolkiner, A. (2015) *Que hacer en Salud. Fundamentos Políticos para la Soberanía Sanitaria*. Editorial Colihue.
- Pampliega de Quiroga, A. (1998). *Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Desarrollos en Psicología Social a partir del pensamiento de Enrique Pichón Riviére*. Ediciones Cinco.
- Ley 26.657 de 2010, de Salud Mental y Adicciones, regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina. Decreto Reglamentario 603/2013 (P.E.N.). Publicada en el Boletín Oficial el 29 de mayo de 2013. Buenos Aires.
- Red Nacional de Recreación. (2001). Colombia. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/websextranjeras.html>
- Rotelli, F. (1998). *Rehabilitar la Rehabilitación*. Editorial Asterios.
- Moreno, I. (2010), “Capítulo 2. Jerarquizar la Recreación”. *Recreación: proyectos, programas y actividades, la conducción de grupos y personas*. Ed. Lumen Huminitas.
- Organización Panamericana de la Salud (1990) “Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y guías para su implementación” [en línea] Consultado el 5 de octubre 2014. Recuperado de <http://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-en-sm-de-la-ops/>
- Otero López, J. et al. (2009), “La pedagogía del ocio. Nuevos desafíos”. Colección 4 Perspectiva Pedagógica”, Ed. Axac, Lugo. [en línea] Consultado el 10 de octubre 2014. Recuperado de <http://www.apega.org/attachments/article/279/pedagogio.pdf>
- Salta (2003), Decreto Provincial N° 238/03, Ministerio de Salud Pública de Salta. Salta.
- Salta (2010) “Plan Provincial de Salud Mental Quinquenio: 2010-2015”, Resolución Ministerial N° 1078/10 Ministerio de Salud Pública de Salta. Salta.
- Stolkiner, A., Ardila Gómez S. (2012), “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”. *Revista Vertex*. Revista Argentina de Psiquiatría. [en prensa]
- Di Nella, Y. (2012). “Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos. Editorial Koyatun.
- Guevara Trinidad, A. B. (2008). *La recreación en el proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos con funcionalidad baja del hospital nacional de salud mental*. [Tesis nivel técnico no publicado] USAC, ECPs, Guatemala.
- Jimenez Velez C. Alberto (2002). Recuperado de [http://www.geocities.ws/ludico\\_pei/la\\_recreacion.htm](http://www.geocities.ws/ludico_pei/la_recreacion.htm)
- Carlos Alberto Jiménez Vélez. Escritor e investigador Pereirano de procesos alternativos alrededor de la Neuropedagogía, la lúdica, la creatividad y el desarrollo humano. E-mail: [ludico@ulibrepei.edu.co](mailto:ludico@ulibrepei.edu.co)



# RETORNANDO A CASA. RE INCLUSIÓN SOCIAL Y PROYECTO DE VIDA LA C.A.A.C. ÁNGEL CON AMOR. APOSTANDO A UN MODELO DE INTERVENCIÓN CON BASE EN LA COMUNIDAD BARRIAL, HACIA LA TRANSFORMACIÓN DE LA VIDA DE LOS SUJETOS\*

Mónica M. Coria<sup>†</sup> y M. Laura Cabezas<sup>‡</sup>

**P**resentación

El consumo problemático de sustancias legales e ilegales, genera y se da en un contexto de exclusión y vulneración. Por lo que el abordaje de esta problemática requiere de una mirada contextual y de época, en un proceso transformador. Y en consecuencia entendemos que toda respuesta debe reseñar a su naturaleza compleja y multidimensional.

El desarrollo de un Dispositivo con Base en la Comunidad hace a un desafío y un camino por fortalecer, sustentado así en nuevo paradigma de la Salud Mental. Pues creemos a su vez que si no hay un lugar en el mundo para la propia vida tampoco es posible una recuperación en la perspectiva de la restitución plena de derechos.

Así el consumo problemático debe salir del ámbito exclusivo de la salud y, esto nos implica a todos/as en lo personal y colectivo, Institucional y Socio-Comunitario. En tal sentido diseñar una propuesta de intervención encaminada en este proceso transformador ha incidido y va a direccionar indudablemente nuestras propias prácticas futuras.

## Propósito principal

Transformar la vida social de la Comunidad Barrial desde la práctica de un Abordaje Integral de la problemática del Consumo de Sustancias.

## Propósitos secundarios

- Consolidar un Dispositivo de Acompañamiento y Prevención en la problemática de las adicciones con base en la comunidad.
- Promover el desarrollo de Talleres que visibilicen Capacidades y Potencialidades de los sujetos.
- Favorecer un proceso de Reconstrucción del Sujeto en su capacidad crítica hacia la restitución plena de sus Derechos.

## Introducción

Queremos señalar algunos planteos surgidos de esta instancia de reelaboración teórico-práctico respecto de la problemática del consumo abusivo de sustancias y, que abren otros desarrollos en la actualidad de la propuesta de intervención. Entre ellos están: ¿qué tipo de drogas circulan en la actualidad? Esto en relación a la aparición de nuevas sustancias. La naturalización del consumo de algunas sustancias la dinámica de la vida familiar y su impacto en los sectores barriales urbano-periféricos. ¿Qué pasa cuando se reconoce que un integrante del núcleo familiar es consumidor/a? ¿Cuáles son las respuestas en el marco de la Salud? ¿Quiénes son los que pueden abordarla y la familia que rol cumple en el proceso de recuperación?

\* Trabajo Final presentado para acreditar el cursado de la Diplomatura Universitaria En Salud Mental y Adicciones. F.H.C.A. N° 219/17

<sup>†</sup> Integrante de C.A.A.C. Ángel con Amor. Sedronar

<sup>‡</sup> Integrante del Equipo Interdisciplinario e Intercultural Dirección de Políticas Públicas. Secretaría de Pueblos Indígenas.

En este profundizar en el campo de la Salud Mental y las Adicciones, hemos ido reconstruyendo las propias praxis y, valorando un camino hecho como expresión si se quiere en la perspectiva de la prevención y promoción de la salud.

A propósito de las pequeñas prácticas y procesos llevados adelante, en materia de experiencias locales e intervenciones transformadoras, para poder diseñar la propuesta en cuanto nuevo esquema de intervención y abordaje.

Así las experiencias vinculadas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de los sujetos, pertenecientes a familias de sectores populares, o de las comunidades, sean de urbano-periferia, o de territorios aislados por la geografía e igualmente excluidos desde lo social; han marcado un camino en cuanto el desarrollo de estrategias de supervivencia. Y como parte del repertorio que los mismos sujetos, y sus entornos inmediatos (familia, vecinos, grupos, organizaciones) diseñan en busca de respuestas sanadoras, que den alivio al dolor, al sufrimiento.

En esta lógica es que reseñamos la historia del Centro de Desarrollo Integrador (C.D.I.) denominado Un Ángel con amor del Barrio Corchito, San Francisco de Álava en este sector de la Ciudad Capital de la provincia de Jujuy.

### **Antecedentes**

La actualidad y profundización del consumo de sustancias puesto de manifiesto en los últimos tiempos con la explosión del paco que copó las calles de los barrios especialmente de la periferia de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, ha llevado a referentes barriales, familias de los sectores populares a buscar una salida a esta problemática.

Las estadísticas señalan que mayoritariamente afecta a la población juvenil de estos sectores más empobrecidos y, que no tardó en tomar a aquellos de menos edad. Lo cual nos permite afirmar su crecimiento y expansión, aumentando la base de consumidores en cantidad de sujetos y, tomando como variable la edad de inicio del consumo que viene siendo decreciente, en tanto son niños/as menores de 15 años de edad.

### **Historia del origen del C.D.I. “Un ángel con amor” – Barrio “Corchito”<sup>1</sup>**

En el año 1997 en plena crisis económica y social menemista y una latente desocupación tanto a nivel nacional y por ende a nivel provincia, llevó a partir de las necesidades de un sector vulnerable y carente a que las mujeres de la comunidad nos organizáramos ante esta situación de crisis, debido al hambre existente en algunos barrios de San Salvador de Jujuy. Se realizaron en nuestro barrio denominado Corchito ollas populares comunitarias que ayudarían a garantizar por lo menos una comida diaria.

Aparecen las primeras organizaciones sociales, conlleva a que los hombres y mujeres que lograron ver la manera de poder reclamar por sus derechos se organizaran en pequeños núcleos barriales, lo que nos motivó a que surgiera la creación de la guardería Un Ángel con amor.

En el año 2001 la crisis económica afectaba aún más a la población a pesar del intento de ayuda social que brindaba el gobierno, es así que la situación de hambre no se podía contener, incluso en familias algunos perdían su trabajo y ahorros.

De la iniciativa solidaria de los vecinos/as nace el comedor Un Ángel con Amor, que funcionaba inicialmente en casas de familia, brindando el almuerzo y merienda a niños, discapacitados y ancianos que en su totalidad llegaban a ochenta comensales.

Se trabajaba y ayudaba con la alimentación, era necesario contar con un espacio propio para poder contener a los niños, ya que los mismos dejaban o no asistían a la escuela, la deserción tenía más alcance en niños de 13 años que comenzaban el secundario.

Se propuso y decidió construir la institución en un espacio que se encontraba como basural en los márgenes del río grande donde nos planteamos tener un lugar para poder contener a los niños.

Se brindaba la prestación bajo lonas, carpas, para resguardar del sol y la lluvia, las cocineras, madres, lograron construir una mesada de cemento, un horno de barro y un fueguero donde se realizaban la preparación de los alimentos.

<sup>1</sup> Los datos e información presentados en este trabajo forman parte de un documento elaborado por el equipo de operadores y técnico del

C.D.I. realizado en terreno y mediante entrevistas a las familias usuarias del comedor.

Pero esto no alcanzaba para poder realizar las actividades demandadas, plantearnos otros objetivos el trabajo con la comunidad nos lleva a articular con otros actores e instituciones como el puesto de salud, el centro vecinal y la organización social Corriente Clasista y Combativa, y surge la posibilidad de solicitar un subsidio para los víveres; por un programa alimentario. A lo largo de 2001-2003 afrontando el sostenimiento del comedor y avanzando con la construcción de la institución, surge la aprobación del proyecto alimentario la que nos ayudó bastante para poder seguir hasta hoy.

También como parte de los antecedentes resulta significativo destacar, algunos datos de la situación en relación al contexto y condiciones en las que vive la población de referencia y a su vez, poder visualizar la incidencia en relación a la problemática del consumo de sustancias:

➤ *“De relevamientos realizados en la población destinataria del Centro de Desarrollo Integrador, podemos inferir, que del total de destinatarios del comedor un 95,3% son niños, en tanto que hay un 3,8% de ancianos y un 0,9% de discapacitados. Del total de niños un 52% convive con ambos padres, en tanto que un 48% convive con un solo adulto responsable, que en el 90% de los casos es la madre. Es decir que podemos notar el predominio de madres solas a cargo del hogar.”*

➤ *“En los últimos censos que se realizaron en el barrio se ha detectado una gran problemática social que involucra a nuestros jóvenes en la delincuencia y la violencia familiar y el consumo de alcohol y de la droga.”*

➤ *“Por lo que se propone desde este proyecto promocionar un lugar como punto de encuentro y esparcimiento, vinculando la vida cultural, solidaria, artística, generando un atractivo tanto para los jóvenes, los vecinos del barrio y de barrios aledaños.*

➤ *Articulando actividades con otras instituciones y realizando diversos talleres, charlas, fomentando la cultura popular.*

**Se elabora una estructura que apunta a una atención integral a través de las áreas de:**

**SALUD:** Entiende la salud como la capacidad de los sujetos de desarrollar al máximo el potencial personal y responder de forma positiva y eficaz a los retos que presenta el medio, proceso de

construcción, el que se basa en los aspectos bio-psico-sociales de la persona. Partiendo de esta inseparable relación entre el sujeto y su entorno es que, en este proyecto la Educación para la salud desde un enfoque ecológico- participativo-integral, en el que se reflejará la participación y responsabilidad que debe tener la persona dentro de la práctica del cuidado de su salud.

**ARTE y CULTURA:** Las actividades artísticas, es un eje que ayuda a la formación integral de los sujetos, por el valor intrínseco que tienen las formas en que se expresa el arte como: la danza, el teatro, el cine, la música, la pintura, la escultura, las artes gráficas entre otras. Permiten fomentar y fortalecer las capacidades creativas, posibilita la formación de seres con una visión de mundo enriquecida, crítica. Se aboca al desarrollo de habilidades que permiten a los niños y las niñas a expresar sus sentimientos pensamientos y emociones, a través de la acción, por medio de la participación en diferentes talleres.

**RECREACIÓN:** El tiempo libre, como área de la vida cotidiana, esencial en el desarrollo de los sujetos permite relacionarse con sus pares desde el goce de la actividad que se elige. La idiosincrasia del barrio plantea la creación de un espacio para la realización de deportes como fútbol, vóley y básquet femenino y masculino, así como la práctica de gimnasia para las mujeres del barrio.

**ÁREA DE EDUCACIÓN:** Intervenciones para ayudar y fortalecer a los niños/as en el desarrollo de sus capacidades de pensamiento, personalidad y comportamiento social; en su capacidad de aprendizaje que redundará en la mejora de su rendimiento educativo, que beneficiará también en su capacidad laboral. Y pretende generar un espacio de contención en el que se desarrollen actividades de formación, culturales, recreativas que posibiliten aprendizajes significativos desde la educación popular y artística. Fundamentado en una pedagogía crítica, que resinifica el contexto, revalorizando el medio social y cultural del grupo, vinculando los contenidos propuestos y la enseñanza a la realidad de la comunidad a la que pertenecen.

**ÁREA DE GÉNERO Y FAMILIA:** Resulta de importancia recalcar que la familia es la unidad primaria de socialización y aprendizaje, por ello abordar temáticas específicas relacionadas con esta, ayudarán al avance de cada uno de los actores que intervienen en el proceso de desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes. Día a día recibimos situaciones problemáticas en las que la

mujer es centro de atención por los diferentes tipos de violencia que se ejercen sobre ella; física, mental y social. Es por esto que, abordar los derechos de la mujer es indispensable en los sectores humildes de la población

A este diagnóstico hemos querido sumar algunas estadísticas de fuentes específicas y que amplíen este cuadro de situación:

➤ *“...información sobre la magnitud y los patrones de consumo de la provincia. La sustancia con mayores tasas de consumo en la población de 16 a 65 años es el alcohol, registrando un 57,5% en la prevalencia de consumo actual y un 41,4% en la prevalencia de consumo reciente).”*

➤ *“Con variaciones según sexo, el consumo de solventes e inhalables, marihuana, pasta base, cocaína y bebidas “energizantes” observa mayores proporciones entre los varones, mientras que entre las mujeres el consumo de alcohol, tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica, son superiores. Con respecto a las demás sustancias, no se aprecian diferencias significativas entre ambos sexos.”*

### **Acerca de los C.A.ACS<sup>2</sup> y su habilitación en el contexto de lo abordado por el C.D.I “Un ángel con amor” en ciudad capital:**

Cada año se agranda la franja de personas que caen por el flagelo de las adicciones. Ya sea que empiecen con la que ellos creen menos adictiva como lo es el alcohol o la marihuana, es sabido que luego de poco tiempo empiezan a consumir sustancias mucho más dañinas para el organismo de estos jóvenes interrumpiendo tanto su vida social como su crecimiento físico e intelectual.

Desde un sondeo realizado entre los padres del comedor conocimos que en un 60 % de jóvenes a experimentado con alcohol y drogas, de los cuales un 30% en la actualidad no puede controlar el consumo, el otro 30% consume con frecuencia los fines de semana y disimuladamente ante el estigma de ser discriminados e intentando ocultarlo de la sociedad.

Como Centro de Desarrollo Integral para niños y adolescentes en sus propuestas de actividades es una de las problemáticas que más comenzaron a

aparecer en los últimos años. Hasta llegar a ser hoy una necesidad prioritaria contar con un espacio que aborde la crítica situación.

A este diagnóstico inicial, surgido de los distintos encuentros que se hacen en el marco de las actividades de la Organización y de la Institución /Comedores, nacen las charlas grupales con relación al tema con los jóvenes y los padres de los beneficiarios del comedor. Generándose dos grupos, uno con jóvenes con problema de consumo y el de los padres, donde se pone eje en dos cuestiones:

- *Una cómo lograr que los jóvenes que tienen problemas de consumo no lleguen a situaciones críticas y logren salir del consumo, para lo cual a pedido de los jóvenes se está intentando la puesta en marcha de un proyecto productivo que permita el aprendizaje de un oficio.*
- *El otro tema central es como generar actividades e iniciativas para la prevención del consumo en el barrio. Integrando las actividades educativas, culturales y deportivas.*

Urge la necesidad de desarrollar la modalidad de ciertos “dispositivos de puertas abiertas”, como avance sustancial en el contexto actual de implementación efectiva de los principios de la Ley de Salud Mental.

De relevancia hacia la creciente “democratización del sistema de Salud” y en particular el de la Salud Mental. Más aún con la mirada puesta en un enfoque de Abordaje Integral y de “Integralidad”, desde la esencia del “todo complejo y dialéctico”.

Así este proceso lo entendemos como expresión de un proceso de luchas, de pugnas por desterrar “lo viejo y consolidar lo nuevo”. Este nuevo “hacer” que genera resistencias hacia afuera como adentro del sistema hospitalario, así también hacia el afuera -de la vida del barrio- y, como hacia el interior de la misma Institución/Comedor/Organización Social.

De lo mencionado hasta el momento se pueden señalar aspectos sustantivos en los que se fundamenta el mencionado Proyecto y, que la actualidad de la realidad concreta muestra: *“En el barrio a pesar de ser una preocupación de las distintas Instituciones y Organizaciones con distintas funciones.*

<sup>2</sup> Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario. Dispositivo del Sedronar para abordar situaciones problemáticas de consumo.

*No existe ninguna organización que trabaje específicamente la problemática del consumo y de la prevención de una manera integral."*

Así esta experiencia de intervención de reciente habilitación como la "Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario" (C.A.A.C.) en el ámbito de la Ciudad Capital, nos remite a un esquema sustancialmente distinto de "abordaje y modalidad de intervención" siendo vital estos espacios Proyecto (CDI / CAACS) por cuanto hoy son un referente de "certezas" ante el desamparo social en el que se encuentran muchos jóvenes del sector. "Atrapados en la Vulneración de Derechos" y en esta situación de predestino, se suma el "ser arrasados por el estigma": como por ejemplo "ser el drogocito de la cuadra", el "delincuente", "inadaptado social", cuando unos años antes fueron como los actuales niños/as que visitan el comedor para recibir la merienda y/o la comida diaria.

En este sentido es que rescatamos los principios basales de la apertura y funcionamiento de las "Casas Amigables" en tanto modelo de abordaje y propuesta de dispositivo "extra-muros", que rompe con los esquemas de intervención tradicionales sustentados en los paradigmas pasados "manicomial" y "médico hegemónico". Que proponen el trascender los muros de los Centros especializados, para hacer un circuito inverso o de "ida y vuelta" que conlleve un proceso de creciente restitución de derechos como sujetos con "padecimientos mentales" y, vulnerados en su capacidad de tomar decisiones vitales respecto de su salud integral.

Estos "cachorros humanos" necesitan del otro/a, y en cuanto "devienen en Sujeto" sólo en el vínculo que se construye en los diferentes espacios de intercambios e inter-relaciones que mantiene con otros sujetos". Sean su núcleo familiar primario u otros secundarios, son vitales por cuanto "el YO se configura como tal, en función de ese vincularse con otros, y de la mirada que esos otros dicen acerca de mí". Si bien esto opera a nivel "inconsciente" van asignándole un "valor" a este sujeto distinto, pero simbolizado por otros "semejantes" (padres, abuelos, hermanos). ¿Y qué pasa cuando en la palabra y actitudes del otro este sujeto es desvalorizado reiteradamente, o cuando está ausente ese otro en quien "construirse"?

Este planteo nos permite visualizar, aspectos que son "estructurantes" de la vida psíquica de los sujetos, pues este desamparo social que señalamos con anterioridad se traduce en igual sentido en un

"desamparo subjetivo". Y en esta dimensión también necesariamente destacamos a la familia y hacen su aparición otras Instituciones como la Escuela, la iglesia, entre otras que inciden en esta "subjetivación del Sujeto".

Entonces estos "contextos" diversos en los que está inserto el sujeto, niño/a se construyen "textos subjetivos" y, que pueden violentarlo en diferentes formas, y que en este entramado complejo en el que transcurre su vida hacen a un "sujeto con padecimiento subjetivo".

La pregunta principal es ¿cómo armamos nuestros espacios de intervención? Y en lo que vamos desarrollando, quizás nos animemos a plantear que lo generado hasta la actualidad desde el CDI "Un Ángel con Amor" de su rol vital de asistencia alimentaria y cuidado integral, está haciendo el camino hacia un dispositivo con "base en la Comunidad". Teniendo como objetivo estratégico, el de ser un espacio "terapéutico" que se habilita en un "entre varios".

Esta iniciativa que rompe con la idea instituida de que hay una "única y exclusiva modalidad de cura" frente a las adicciones, que es la internación y el tratamiento en el ámbito del "neuro-psiquiátrico". Mostrando este escenario como salida, aunque no siempre y en el general de los casos puede ser el más adecuado y pertinente en su proceso de rehabilitación.

Las Casas o Centros habilitados bajo esta concepción, como en particular dicho CAAC "Un Ángel con Amor" pretende por ende ser un "dispositivo que dé respuestas en la necesidad y en la particularidad de cada sujeto", y esto indudablemente nos posiciona en el lugar de impulso hacia la construcción y consolidación de un espacio vincular, que posibilite la "movilidad", en el sentido de "correrse" del lugar del Enfermo/ del padecimiento subjetivo hacia la recuperación y, fortalecimiento de su "lugar de sujeto de Derecho".

Por otro lado, coincidimos en sostener que tanto la asistencia y el cuidado integral son imprescindibles para paliar tanta desprotección social material, y en este proceso desde la perspectiva de la "reconstrucción psico-social del sujeto" va a poner énfasis en la "construcción de un otro desde lo social" en un proceso que es sino "dialéctico" y "contradictorio". De re-conocimiento, de identificación y de creciente fortalecimiento de la propia "auto-estima", esto último en términos de

recuperación del poder, de la propia capacidad de decidir y proyectarse objetivos, una vida distinta.

**Modalidad de funcionamiento y enfoque de abordaje de la C.A.A.C. características que dan identidad a esta propuesta de dispositivo “extra-muros”<sup>3</sup>:**

➤ Estos dispositivos con “base en la comunidad” se fundan en el abordaje de sujetos con “consumos problemáticos” en tanto y en cuanto todos somos “potenciales consumidores/as”, si hablamos de un sujeto “producido y productor de un contexto” y a su vez “de texto subjetivo”, que se estructura y construye como tal en este entramado social-vincular”.

➤ En el re-conocerse y re-posicionarse en un lugar cualitativamente distinto, de “sujeto adicto/enfermo” a “sujeto con padecimiento mental” (pasible de recuperarse en cuanto reinsertarse a la vida comunitaria/familiar). y

➤ Significarlo en su complejidad como una “unidad bio-psico-social” y a si mismo reconocer la complejidad de la “subjetividad”.

➤ Tiende a crear un proceso de apropiación creciente de recuperación de su capacidad de poder transformar su entorno, y esto es transformándose a sí mismo”. Este desplazamiento del lugar de enfermedad al de salud.

➤ De ser así podrá proponerse objetivos que desde el “acompañamiento del equipo, del otro/a par, del familiar, o amigo” como parte del tratamiento entre todos, harán a un diseñar diario de pequeños proyectos de vida.

➤ Funcionamiento “puertas abiertas”. Buscar al enfermo. Esta manera de encarar la problemática nos compromete en un rol protagónico sea como profesional/ operador/ Promotor de la Salud/ miembro de la familia que participan del Centro y que se encuentran en el grupo de “sostén”.

➤ La modalidad de atención, de carácter “flexible” también se apoya en su definición de “puertas abiertas” planteando la posibilidad de “entrar/salir”, “venir/ir”, marcado por la “no internación” o “no – retención, ni permanencia” del sujeto en el centro, ya que el mismo tiene como objetivo focal el de su “integración, cuidado,

acompañamiento y contención”. Dados fundamentalmente en la “escucha” y la contención.

➤ Poniendo foco en la necesidad de instalar como dispositivo sustancial al grupo operativo. No debe sostenerse en la idea de la intervención de “expertos” profesionales, o acciones individuales, sino que contrariamente supone una dinámica colectiva.

➤ Modo de Abordaje y de intervención que ya implica un cambio radical de “paradigma” y que necesariamente debe tender a profundizarse, en pos de hacer efectivo el texto de la Ley Nacional de Salud Mental. En tanto potenciar estos dispositivos para su multiplicación considerando dos ejes orientadores de nuestra práctica, como es la “prevención” y la “asistencia”, entendida como “acompañamiento y contención”.

➤ Su carácter “Accesible o de accesibilidad” responde al estar y instalarse en el “territorio” en el lugar donde se encuentra el sujeto, donde se encuentra con otros pares con padecimientos similares o en condiciones parecidas, y donde tiene “chances” de generar “lazos” y en la realidad de ese espacio físico va a construir “vínculos” a partir de “la escucha” en diferentes escenarios. Cuando la propuesta puede ser el taller de pintura, el grupo de dialogo, la merienda, la música y el juego, o un lugar donde “parar”.

➤ Recorrido cotidiano por lugares del sector barrial. El intervenir no solo para abordar al que consume, sino para ver el contexto de la adicción y de las condiciones de emergencia del sujeto.

➤ Tiempo de intervención: a largo plazo (recepción, acompañamiento, asistencia incluso en tiempos de intermitencia).

➤ Articulación permanente y amplia con la mayor cantidad de Instituciones de la Sociedad Civil para contribuir en dar respuestas a otras necesidades como trámites, seguridad social, resolver otras necesidades.

➤ Proceso dialéctico. Líneas de acción centradas en la Prevención y la Promoción de la Salud. Desarrollar estrategias de trabajo en REDES.

El Sujeto con padecimiento mental reviste carácter de un “sujeto con un estatus jurídico” en un contexto de derechos humanos, y por ello mismo

<sup>3</sup> Los puntos que se citan en este desarrollo fueron elaborados a partir de la lectura de lineamientos generales sobre las CAACs y recuperado de <http://www.casarsada.gov.ar/informacion/archivo/27875>.

“debe ser protagonista de su proceso de rehabilitación”. En tal sentido es que resaltamos lo de la “inclusión” para poder desterrar lo del contexto de vulneración en la que viven, cuando se le ha asignado un lugar de antemano en la sociedad. Condenándolo al estigma de ser un inadaptado social, negándosele por cuanto todo ejercicio de derechos plenos.

la posibilidad de que pueda visualizar un horizonte propio ya lo colocará en un lugar protagónico de su proceso de sanación.

## Conclusión

Pueden ser solamente palabras pero guardan un sentido profundo en el todo de una propuesta de intervención en el cual este sujeto es el “beneficiario/ protagonista/destinatario” de este proceso de recuperación de la capacidad de poder plantearse un proyecto de vida nuevo, distinto. Solo

## Bibliografía

- Benedetti, E.; Medolla, D. (2014). De camino a casa. Nuevos dispositivos de intervención clínica extramuros: la Casa amigable, la Casa de Medio Camino y el Programa Vuelta a Casa en el marco de la (re)construcción del lazo social. In: VV.AA. 1° Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Casa Rosada (2014) “La presidenta lanzó un programa de casas de atención y acompañamiento terapéutico contra las adicciones”; recuperado de <http://www.casarosada.gob.ar/informacion/archivo/27875>.
- Di Nella, Y. (2012) Modelos de Estado y Políticas de Salud. Cap. I. Historización. *Inclusión Mental: Políticas Públicas con Enfoque de Derecho*. Koyatun Editorial.
- Infobae digital (2014) “Fuerte crítica del padre Pepe a la despenalización de drogas: ‘Corre peligro la vida de muchos chicos’”; recuperado de <http://www.infobae.com/2014/09/29/1598125-fuerte-critica-del-padre-pepe-ladespenalizacion-drogas-corre-peligro-la-vida-muchos-chicos/>
- Pellegrini, J. (2011). Salud es sin encierros. Ed. Payné.
- Quiroga, A. (2014). Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco.



## INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA DESDE LA CONCEPCIÓN DEL TRABAJO EN RED\*

Cecilia Ángela Astorga, Karina María De Los Ángeles Espinosa y Ana María Yufra†

*“de acuerdo a cómo te muevas es el mundo que vas a ver”*

Von Foerster (Revista Silabario  
Entrevista a Sebastián Bertucelli  
“Lo que nos cambia es el pueblo”)

### **I**ntroducción

El presente trabajo pretende resignificar nuestras concepciones, prácticas e intervenciones en Salud Pública desde la perspectiva del trabajo en red. Si bien nuestras prácticas actuales no se desarrollan en el ámbito estrictamente comunitario, hoy cualquier intervención en Salud Pública -al menos en Documentos de Planes y Programas oficiales<sup>1</sup>- se encuadra en la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Es por ello, que sostenemos que la posibilidad de **conformación de Equipos Interculturales** [no sólo interdisciplinarios] **es clave para tejer lazos entre la comunidad, los Equipos del Primer, Segundo y Tercer nivel de Atención** frente a la fragmentación de éstos últimos. Nos referimos entonces a Equipos Interculturales con capacidad de acople funcional a los dispositivos comunitarios existentes que los sujetos despliegan en sus **prácticas de cuidado de la salud**; entendiendo a éstas como acciones integrales que nos remiten a una concepción

positiva de la salud y al derecho a una vida autónoma.

Queda claro entonces, que en opinión de las autoras del presente trabajo, el Enfoque de la Salud Pública desde la Epidemiología Crítica y trabajo en Red y la conformación de Equipos Interculturales tienen la potencialidad de producir concepciones y prácticas transformadoras no sólo validas en el Primer Nivel de Atención sino que tendrían alto impacto en la perspectiva y prácticas de cuidado que desarrollan los Equipos del Segundo y Tercer nivel de Atención; y pueden instrumentar la valoración y el diseño de Planes y Programas en Salud.

### **Desarrollo**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las RISS refieren a una *“red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuenta por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*. Entre sus atributos esenciales, en lo

\* Trabajo de elaboración teórico-práctico presentado para acreditar el módulo 3 de la Diplomatura Universitaria en Salud Pública desde el enfoque de la Epidemiología Crítica y trabajo en Red. FHYCS. UNJu. 2019

† ASTORGA, Cecilia Ángela, Docente de la FHYCS-UNJu; ESPINOSA, Karina María de los Ángeles, Docente de la FHYCS-UNJu; YUFRA, Ana María, Prof. Ciencias de la Educación. Egresada de la FHYCS. UNJu

<sup>1</sup> Nos referimos al Plan Estratégico de Salud provincial y a la propuesta actual del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy -en el marco de la propuesta de la Cobertura Universal de Salud (CUS)- de conformar Equipos de Abordaje Psico-social (EAPS). Propuesta que toma como referencia el Documento para la Red Integrada de Salud Mental con Base en la comunidad del Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación. (2018)

concerniente al Modelo Asistencial, encontramos que debe tener una población o territorio a cargo definidos, una extensa red de establecimientos de salud, un primer nivel de atención multidisciplinario [al que agregamos intercultural], mecanismos de coordinación asistencial y atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad; también participación social amplia, acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud. La OPS plantea: “ante la urgente necesidad de abordar la fragmentación de los sistemas de salud, la OPS/OMS propone el concepto de *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)* a fin de promover el desarrollo de sistemas de salud basados en la estrategia de APS y, de esa manera, mejorar la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados en salud. Las RISS se caracterizan por la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, en un marco de promoción de derechos ciudadanos, entre ellos el de disfrutar de una salud plena. Requieren de un abordaje intersectorial, que puede incluir la interacción con educación, trabajo, vivienda, entre otros; como así también con instituciones y organizaciones del estado y la sociedad civil” (OPS/OMS, 2010)<sup>2</sup>

En la actualidad, en la provincia de Jujuy el Ministerio de Salud trabaja en la implementación de lo que denomina Cobertura Universal de Salud (CUS) y pretende organizar la atención de la salud siguiendo lineamientos de la propuesta de conformación de Equipos de Abordaje Psico-social en el marco de la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad. Así, plantea la conformación de **Equipos Nucleares** que incluyen un médico, un enfermero y tres o cuatro agentes sanitarios a cargo de una población de entre 3.000 y 4.000 personas. Cada dos Equipos Nucleares se conformaría un **Equipo Ampliado** que cuenta con profesionales de otras áreas como Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Odontología, etc., y cada 8 Equipos Ampliados conformaría un **Equipo Matricial** de acompañamiento. No se trata de refundar el Sistema de Salud provincial, sino de reorganizar y asignar un incentivo económico que amplía de 30 a 40 horas el trabajo de todo el personal que forme parte de esta reorganización<sup>3</sup>.

Uno de los aspectos que nos interesa de esta propuesta -a los fines del presente trabajo- es que plantea que “los abordajes comunitarios en salud mental priorizan la dimensión subjetiva, considerando la

*singularidad de cada uno de los procesos y organizando las intervenciones en un Proyecto Terapéutico Singular que articula acciones individuales y colectivas. Esto implica tener en cuenta dimensiones sociales, farmacológicas, psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial, entre otras, que deben ser integradas en el marco de la Clínica Ampliada, centrada en los sujetos y descentrada de la enfermedad* (Documentos para la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad, 2018, p:6)

En el documento además se especifica que la construcción de Proyectos Terapéuticos Singulares (P.T.S.) se basa en el vínculo entre trabajadores de la salud, usuarios y red de apoyo social, en el diseño de estrategias a partir de las necesidades de la situación. El Proyecto Terapéutico Singular es un recurso de la Clínica Ampliada y de la humanización de la salud. Y por otro lado plantea, citando a De Sousa Campos que el concepto de Clínica Ampliada “refiere a un modelo de atención que prioriza al sujeto por sobre la enfermedad, que asume al padecimiento como parte de la vida de las personas, por lo que promueve la autonomía de cada una de ellas. La Clínica Ampliada es una práctica de los equipos que combinan sus diferentes núcleos disciplinarios - constitutivos de sus prácticas- para intervenir sobre el ámbito de determinación social de la salud, el campo de la salud.” (Documentos para la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad, 2018, p:6)

En el presente trabajo trataremos de responder algunos interrogantes desde la perspectiva de sostener que **la estrategia de conformación de Equipos Interculturales es clave para acoplarse a las redes comunitarias y tejer lazos entre los Equipos del Primer, Segundo y Tercer nivel de Atención; sólo desde esta perspectiva se puede implementar la tan mentada “referencia/contrareferencia” que se plantea formalmente pero no se cumple efectivamente. Lo que ocasiona que no se pueda seguir una línea de cuidados continua y progresiva para atender las necesidades de salud de la población.**

Entendemos por **necesidades de salud** aquellas que se pueden clasificar en cuatro conjuntos:

1- Tener “buenas condiciones de vida”, entendiéndose que el modo de vida produce diferentes necesidades de salud.

<sup>2</sup> Citado en el Documento para la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Argentina. 2018

<sup>3</sup> Cabe aclarar que aún esta propuesta se encuentra en instancia de asignación de profesionales a cada uno de los equipos y no fue lanzada oficialmente por las autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy.

2- Tener acceso y poder consumir toda la tecnología de salud capaz de mejorar y prolongar la vida.

3- Desarrollar vínculos (a)fectivos entre cada usuario y un equipo y/o profesional, vínculo comprendido como referencia y relación de confianza, algo así como “la cara” del sistema de salud para el usuario.

4- Garantizar que “cada persona pueda desarrollar mayores grados de autonomía en su modo de llevar la vida” (Carvalho-Feuerwerker-Merhy, 2007, p.262)

Entonces, si el objetivo es que los Equipos planteen sus intervenciones basadas en Proyectos Terapéuticos Singulares, éstos deben comprender que no es suficiente trabajar con y desde las redes institucionales sino que es necesario pensar que los sujetos -entendidos como una unidad biopsicosociocultural (Mamaní, 2009)- son sujetos histórica, espacial y socio-culturalmente situados en una trama vincular y red de relaciones que despliegan dispositivos naturales de cooperación que debemos atender al plantear Proyectos Terapéuticos Singulares. Sin embargo, debemos reconocer que la mayoría de las veces los Proyectos Terapéuticos (singulares o estándar) no son planteadas junto a los sujetos a los cuales van destinados, no son diseñados acorde a la singularidad del sujeto y no reconocen los dispositivos naturales de cooperación de los que participa el sujeto.

Los Proyectos Terapéuticos Singulares para ser tales deben plantearse como una construcción entre sujetos activos, Equipo y Sujeto; tomando a Kisnerman, “en dicha construcción el Objeto es construido en una red de relaciones, como una expresión de lo social, [que] remite a situaciones sociales entendidas como un sistema integrado de elementos, hechos, relaciones y condiciones, dados en un tiempo y espacio concretos” (Mamaní, 2009, p.29). Así queda efectivamente clara la diferencia entre el Sujeto junto al cual intervenimos y el Objeto de nuestra intervención, diferenciación necesaria dadas las múltiples experiencias que históricamente redujeron al sujeto a objeto de nuestras intervenciones.

Entonces, ¿qué nos aporta desde la perspectiva del trabajo en red, los **principios operativos** planteados por Mamaní (2009) para el diseño de Proyectos Terapéuticos Singulares? Tomaremos algunos de ellos para analizar nuestras prácticas:

**No se trata de llegar primero sino de saber llegar**, nos invita a pensar que para plantear P.T.S. habrá que conocer cuáles son las intervenciones con las

cuales el sujeto ya tomó contacto; qué estrategias de búsqueda de salud y cuidado ya han sido desplegadas; en qué punto de la evolución de la problemática de salud nos encontramos (búsqueda de diagnóstico, en tratamiento inicial o iniciado y sus resultados, etc.). Cuáles son las representaciones y experiencias que el sujeto y su grupo de apoyo tienen de la situación por la que atraviesa. Cómo se construye y cómo se aloja este P.T.S. en la vida del sujeto y cómo se plantea el encuentro con un nuevo Equipo; si la intervención de este Equipo es una demanda explícita y de dónde surgió.

**Si no vamos a hacer nada no preguntemos**, nos remite a no irrumpir con un ingreso y salida breve en situaciones en las que el sujeto ya se encuentra contenido por un Equipo. Suele sucedernos que ante problemáticas sociales complejas una familia es “abordada” por diferentes Equipos no articulados entre sí y con completo desconocimiento de las situaciones problemáticas que configuran la cotidianidad de la familia y del sujeto en cuestión: el área de Educación a través de la escuela aborda las inasistencias de los niños y su bajo rendimiento escolar, el área de Desarrollo Social aborda la problemática de la mujer por violencia de género, el área de Salud focaliza en “la baja adherencia al tratamiento” ante una enfermedad y así, los miembros de la familia desarraigados de su ámbito transitan de oficina en oficina dando cuenta a cada una de estas áreas de una parte de sus problemáticas, sus condiciones concretas de existencia y estrategias de subsistencia. Sumado a lo cual el foco siempre está puesto en la falta, el error, la carencia y no en las potencialidades y las soluciones en curso.

**Respetar los tiempos de la gente (no forzar ni disfrazar procesos)**, es otro de los principios que nos hace pensar en nuestras intervenciones frecuentemente planificadas de acuerdo a nuestros tiempos. La espera, la postergación, la paciencia es un modo frecuente de respuesta del Sistema de Salud a los sujetos y sus familias; pero nuestras intervenciones suelen ser prematuras, no oportunas o tardías la mayoría de las veces. Tal vez debamos pensar que en la espera no hay error, si la entendemos como Javier Auyero (2016), como un dispositivo más de **dominación política**.

**Conocer haciendo**, es un principio que nos permite pensar en las instancias que conforman nuestras intervenciones ya que muchas veces las planteamos como etapas cerradas, estancas,

divorciadas unas de otras; pues este principio nos ubica en una estrategia metodológica flexible con idas y vueltas, proceso en espiral y con aproximaciones sucesivas tras las cuales no dejamos nunca de conocer pero de conocer en el actuar en lo que Mamani y su equipo llaman en **acople funcional a los dispositivos existentes de búsqueda de salud** puestos en marcha. Y por otro lado ampliar como equipos los espacios que transitamos moviéndonos de las oficinas, del hospital para conocer distinto, transitar el barrio, los domicilios como espacios privilegiados si pretendemos diseñar Proyectos Terapéuticos Singulares.

### **Perspectiva del Construccionismo y conformación de Equipos Interculturales**

Consideramos que para cumplir los objetivos de las intervenciones organizadas en P.T.S., la centralidad esta puesta en los Equipos del Primer Nivel de Atención, por su ubicación estratégica y posibilidad de establecer vínculos con usuarios y red de apoyo y de articular acciones individuales y colectivas. Así, nos preguntamos ¿Cómo aparecen enunciadas y leídas las demandas?, ¿En qué momentos es posible conocer y hacer? ¿Se articulan o no con un proceso de inserción? ¿Cómo se acercan los Equipos a la comunidad? ¿Qué dicen, qué piensan y cómo se acercan a la cultura popular?

Para ensayar algunas respuestas a estos interrogantes partimos de **explicitar cómo concebimos el conocimiento** y acordamos con Kisnerman que *“el conocimiento es el producto de intercambios relacionales, las palabras y las acciones adquieren significación. Las significaciones se co-construyen entre actores en un contexto social y cultural”* (Kisnerman, 1998:121)<sup>4</sup>. Según Kisnerman el conocimiento es construcción de sujetos activos. Vinculado a lo cual *“El constructivismo sostiene que la realidad es una construcción de nuestro pensamiento por el que organizamos nuestro mundo experiencial. (...) No descubre hechos sino formula proposiciones a cerca de los hechos. El constructivismo propone que habrá tantas realidades sociales, como observadores. La realidad, los hechos y fenómenos son construcciones humanas.”*<sup>5</sup>. El construccionismo es un enfoque que permite *“(…) operar en el plano de las representaciones valoraciones e interpretaciones que los sujetos le asignan a su realidad, realidad interpretada y expresada a través del lenguaje en*

*acciones comunicativas intersubjetivas.”* (Mamani, 2009, p.23)

Esta forma de entender cómo construimos el conocimiento y por ende los abordajes en salud colectiva, nos lleva necesariamente a pensar en la necesidad de plantear Equipos Interculturales *“la dimensión intercultural que emerge desde nuestras acciones, hace pie en los dispositivos de cooperación natural, existentes y en movimiento. Hacer “base o pie” en esos dispositivos en movimiento, articulándonos con sus prácticas culturales, su saber cotidiano, con su visión del mundo, confluir desde la diversidad, nos permitiendo construir dispositivos de trabajo equivalentes a los problemas”*. (Mamani, 2009, p.33)

La perspectiva del construccionismo y la conformación de Equipos Interculturales nos lleva a reflexionar sobre los **modos de acercarnos/aproximarnos a la comunidad**. En un proceso comunitario, desde la perspectiva de red, el momento de la Inserción -de integración a las formas de cooperación a los dispositivos existentes y a las redes sociales con genuino interés social- nos amplía el conocimiento de la comunidad y nuestro campo de maniobra. (Mamani, 2009:56)

Es así cómo se nos **esboza la demanda**, no forzando procesos ni instalando posturas, propuestas y tiempos foráneos. Proceso muy distinto a cómo operamos realmente en la práctica. En nuestra realidad cotidiana las intervenciones -por acción u omisión- son más expulsivas que acogedoras. Nuestros Equipos del Primer nivel de Atención no siempre despliegan acercamientos con genuino interés social y cuando éstos acuden a los Equipos del Segundo y Tercer nivel de Atención son también expulsados y no contenidos en sus demandas. Entonces *“la demanda”* queda siempre reducida a *“la consulta”*, fragmentada, descontextualizada, insatisfecha, y siempre reducida a la escasa *“oferta”*. Esta oferta predominantemente se vincula al control de peso y talla, toma de PAP, vacunación, entrega de caja de leche, subsidio, certificado de discapacidad, ficha de familia crítica, atención de enfermedad, reuniones *“para que participen”*, etc. Esta oferta termina convirtiéndose en un fin en sí mismo para los equipos. Pero es posible pensarnos distinto, poder recibir de la comunidad, correr del lugar de poder vacío que nos da *“la administración de estos recursos”* y recibir algo distinto de la comunidad. Por otra parte, cuando se intenta

<sup>4</sup> Citado en Mamani, 2009, p.24

<sup>5</sup> Op. cit.

conocer a la comunidad reproducimos el ritual de la conquista, las *“aproximaciones rituales institucionales típicas en las que sólo se basan en la obtención de conocimiento, diagnóstico estático que buscan sólo la dimensión enferma o carente de una población”*. (Bertucelli, 2006, p.16) Este autor nos plantea cambiar el modo de aproximación con el hermano latinoamericano para poder aprender de él para conocer juntos y transformar realidades que él padece construyendo modos de aproximación que les sirvan a ellos y nos promuevan como profesionales.

Para empezar este camino Bertucelli S. nos invita a movernos para ver distinto, partir de lo que está siendo y no de lo que traigo (u ofrezco), nos dice que hay redes de capacidades que operan a gran velocidad, dinámicas heterárquicas de solución de problemas sociales con rotación de poder. Y nos advierte: *“Hay cooperación cuando hay comunión en dos cosas: en los objetivos y el modo de llegar a esos objetivos, en los medios. Competencia hay cuando estamos de acuerdo en los objetivos, pero cada cual tiene medios totalmente distintos para llegar a ellos. Eso es competencia y de hecho competimos todo el tiempo con la cultura popular, ¿Por qué? Porque llevamos medios, modos de organización, que no tienen nada que ver con los que dispone la gente. Pero, aunque los objetivos sean los mismos: todos queremos sacar el problema del agua adelante, o que no haya más epidemias, etc. Seguimos compitiendo en los modos de llevarlos a cabo. Esto es competir, no cooperar.”* (Revista Silabario, 2013, p.21)

Bertucelli en su artículo Gestión de políticas sociales desde el enfoque de red nos plantea que en esto de las redes hay que aprender a vivir en tramas abiertas sin concentrar poder; nunca se sabe por dónde se va empezar a trabajar, por dónde permitirá entrar el sistema. Para poder hablar de redes hay que hacerlo desde la imagen al concepto. Se tienden las redes, se opera y luego de tenderlas hablan: *“Lo que hace la red es cambiar la direccionalidad, no empieza a ver cómo incluir a la gente en lo que yo traigo sino cómo hacemos nosotros para incluirnos en lo que la gente ya está haciendo”*. (Bertucelli, 1998, p.2)

### **Progresar en el conocimiento, la acción conjunta y la Co-visión**

Llegadas a este punto se evidencia la importancia de que los Equipos Interculturales del Primer nivel de Atención reflexionen en torno a las intervenciones que plantean desde una perspectiva intercultural, y en sus aproximaciones progresivas

a las condiciones concretas de existencia de las poblaciones indolatinoamericanas, participando de y en su vida cotidiana, de y en sus prácticas culturales, con el objetivo de *“conocer haciendo”*, construir relaciones de confianza (recuperando la confianza) y emerger junto a las poblaciones, con respuestas equivalentes a los problemas que nos afectan: *“Significa ingresar estratégicamente a su territorio existencial intersubjetivo, desde la acción reflexiva, con un genuino y respetuoso interés social, con una actitud permanente de honesta búsqueda, participando de los dispositivos de cooperación y búsqueda de salud existentes y en movimiento. La calidad de dicho proceso de entrada y relacionamiento, permitirá desde y con sus narrativas, realizar con comunidades, grupos o familias los análisis de situaciones-problema prioritarios (Deconstrucción). Dicho análisis, siempre contextualizado socio-culturalmente, posibilitará articular, interpretar y comprender cómo se construyó cada una de las situaciones - problema, otorgándole nuevas significaciones, distinguiendo aquello que es necesario transformar (Construcción). De esta manera se llega a la Reconstrucción; momento en el que democráticamente, las prácticas y realidades, lo existente, es transformado. Construir una situación nueva, implica una planificación estratégica, donde emerge como necesario, conformar en lo posible, equipos entre pueblo, técnicos y políticos comprometidos todos en un proceso de transformación socio-cultural”* (Mamaní, 2009, p.64)

Desde el momento de la Inserción, Deconstrucción, Construcción Reconstrucción, Evaluación y Retirada estratégica y Sistematización de la experiencia son diversos los instrumentos que nos acompañan, entre ellos el registro de la experiencia permitirá nuestra retroalimentación a lo largo de todos los momentos y en el momento de sistematizar nuestras prácticas. Mamaní plantea: *“No debemos olvidar que la información que emerge y se capta, debe ser crítica y reflexivamente registrada en los cuadernos de campo, pues nos permiten, desde su relectura, comprender aspectos de su microdinámica social; interrelaciones, necesidades, saberes, representaciones sobre el problema prioritario, sus recursos. (...) Consideramos que este momento debe ser tomado como punto de partida en el encuentro con la realidad, por lo tanto, el profesional necesita un proceso de elaboración y devolución permanente sobre “lo que le sucede a él” en su proceso, para lo cual recomendamos trabajarlo hacia el interior de los equipos, desde lo que llamamos la co-visión en terreno. Trabajar lo que acontece en el equipo y con sus integrantes, permitirá avanzar críticamente en el conocimiento de esa realidad,*

centrado en la relación sujeto, necesidad y estrategias de acción.” (Mamani, 2008, p.16)

Mamani V. en su artículo El campo en el cuaderno entiende que un “campo” o “terreno” (...) sea institucional o comunitario, resulta ser un campo relacional y una red de significaciones que se despliegan en condiciones concretas de existencia, un sistema relacional en movimiento, con tiempos y ritmos propios donde circulan conversaciones (palabras, significados, interpretaciones). Tiempo y espacio donde se construyen realidades socio-culturales. Describir y establecer relaciones en el campo y registrar esa experiencia, compromete -sin duda alguna- la dimensión subjetiva.

Rosa María Cifuentes Gil concibe al diario de campo como “una estrategia de registro, evaluación y sistematización del trabajo para rastrear la cotidianidad de la práctica, explicitar el conocimiento que desde ella se puede construir enriqueciendo o cualificando la acción profesional.” (Mamani, El campo en el cuaderno, p.3)

La CO-VISION como camino alternativo a la supervisión, es un acto de visión compartido, aquí y ahora y no en diferido, con situaciones a trabajar en el momento: “(...) dispositivo analizador compartido (crítico y reflexivo) del acontecer de la

práctica comunitaria mientras ésta se va desplegando, desde una mirada holística. Se trata de un dispositivo facilitador, habilitador de nuevos aprendizajes, develador y co-constructor de indagaciones compartidas y orientaciones situadas.” (Mamani, 2018. p:2).

## Reflexiones finales

Desde el enfoque de la epidemiología crítica y el trabajo en red se nos plantean prácticas históricas y concretas, refiriendo a que cada uno tiene que desarrollar sus procesos, sus instrumentos; así, en este trabajo pretendíamos resignificar nuestras concepciones, prácticas e intervenciones en Salud Pública desde la perspectiva del trabajo en red y planteamos que la **conformación de Equipos Interculturales** [no sólo interdisciplinarios] **es clave para tejer lazos entre la comunidad, los Equipos del Primer, Segundo y Tercer nivel de Atención** y tienen la potencialidad de replantear nuestras intervenciones y producir concepciones y prácticas transformadoras sí y solo sí nos reconocemos como trabajadores de la salud que formamos parte del pueblo con el que compartimos la cultura, los espacios los dolores y las alegrías.

## Bibliografía

- AUYERO, Javier (2016). Pacientes del Estado. Eudeba 1ª ed.
- BERTUCELLI, Sebastián. (1998). Gestión de políticas sociales desde el enfoque de red. En Actas del 7mo congreso Redes y Salud. V I. 2000. Recuperado de <http://www.cv.cpsscba.org/Confluencias/CV2009/CV157/BERTUCELLI.pdf>
- BERTUCELLI, S. (2013). Lo que nos cambia es el pueblo. Revista Silabario. UNC. Facultad de Letras.
- BERTUCELLI, S. (2013). El ritual de la conquista. Equipo de revista La Fuente. Universidad Nacional de Córdoba.
- C. DE CARVALHO, L.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria. Salud Colectiva.
- FLORES, M.; RUIZ, E.; LASCANO, T. (2018). La Co-visión. “Alternativa para la Capacitación en la Acción Comunitaria”. Entrevista a Víctor Hugo Mamani. Centro de estudios Socioculturales y Acción Comunitaria Jakasiña. Jornadas de Trabajo Social en Salud y Salud Mental. Salta-Argentina
- MAMANI GARECA, V. H. (2008). La inserción en el proceso metodológico. *Aportes al Trabajo social Comunitario*. [Presentación de Ensayos/Convocatoria. Trabajo Social, Poder y Subjetividad. Reflexiones desde el campo profesional]. Colegio de Profesionales de Servicio Social de Misiones.
- MAMANI, V. H. et al. (2009). *En-Red-Ando Salud y Calidad de Vida. La experiencia en Barrio La Esperanza- Perico-Jujuy- Argentina*. Editorial Lumen Hymánitas.
- MAMANI, Víctor Hugo (2007). Aportes de un proyecto barrial a la construcción de políticas en salud. Universidad Nacional de Entre Ríos Facultad de Trabajo Social- Maestría en Trabajo Social Teoría Social y Políticas Sociales.
- MAMANI, Víctor Hugo. El campo en el cuaderno. Reflexiones sobre los registros de campo. [Manuscrito no publicado].
- MAMANI, V. H. (2019). Redes en Salud Comunitaria. Construcciónismo social e interculturalidad. Clase para la Diplomatura universitaria en Salud Pública desde el enfoque de la Epidemiología crítica y el trabajo en red. F.H. y C.S. Universidad Nacional de Jujuy.
- MAMANI GARECA, Víctor Hugo (2018). Construcciónismo e Interculturalidad. *Propuesta Teórica metodológica para el Trabajo Social del NOA*. Curso de Posgrado Universidad Nacional de Santiago del Estero. Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. CICYT-UNSE secretaria de Ciencia y Técnica.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria. Equipos de Abordaje Psico-Social, 2018.



## ROL DE LA DEFENSA PÚBLICA COMO AJUSTE RAZONABLE DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO EN LA SALUD MENTAL

Maurín S. Teresa y Romero M. Beatriz<sup>1</sup>

**E**n el presente trabajo final integrador nos proponemos analizar el rol de la Defensa Pública Oficial como primer ajuste razonable respecto de los actos jurídicos formales en los procesos judiciales en los cuales sean parte las personas con discapacidad.

A tales fines debatir los protocolos de actuación instrumentados desde la defensa oficial fundados en la necesidad de insistir con prácticas que permitan la toma de conciencia por todos y cada uno de los operadores del sistema.

En atención al principio de autonomía previsto en el Art. 19 de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, esto es, el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y que se adopten a su respecto todas las medidas efectivas y pertinentes que faciliten el pleno goce de este derecho y su plena inclusión y participación en la comunidad, solo podrá ser asegurado si todos los operadores judiciales están debidamente capacitados.

En efecto el cambio que propone la Convención difícilmente pueda darse sin una formación constante ya que no es posible la toma de conciencia sin educación, solo a través de ella es posible ir instaurar prácticas inclusivas que garanticen los derechos de todas las personas con discapacidad (P.C.D.). La primera barrera que encontramos se encuentra centrada en el uso del lenguaje jurídico que habitualmente utiliza todo el sistema judicial y

que requiere claramente una adecuación. Evitar que el lenguaje discrimine o potencie la igualdad a través de una más efectiva protección de los derechos de las personas con discapacidad sería necesario ajusta el uso del lenguaje en función de las propias necesidades que reviste en cada caso concreto la persona con discapacidad, solicitando se dicten resoluciones y sentencias en formato de lectura fácil y la revisión del código procesal de modo tal de garantizar plenamente el acceso a la justicia de las P.C.D.

Sostenemos que el trabajo de planteos ante los estrados judiciales y adopción de buenas prácticas o protocolos de actuación en las Defensorías Públicas, facilitará una inclusión en el “modelo social de la discapacidad de las personas frente al modelo de sustitución.

Para ello, proponemos que los operadores judiciales, en especial, quienes trabajamos en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa Civil, centremos la mirada en la Persona, para de ese modo valorarla en su integralidad; ni más ni menos por ser mujer o por ser hombre o por ser persona con discapacidad: ante todo porque *es persona*.

Que, advertimos la necesidad de plantear como punto de partida la distinción de vocablos, esto es, “capacidad y discernimiento”. Cuando hablamos de “**capacidad**” nos referimos a un concepto jurídico referido a la aptitud de las personas para adquirir derechos y contraer obligaciones; mientras que cuando nos referimos al “**discernimiento**” señalamos la aptitud de las personas para distinguir

<sup>1</sup> Maurín S. Teresa; Romero M. Beatriz, Defensoras Oficiales del Ministerio Público de la Defensa Civil. Jujuy.

lo bueno de lo malo, sustentada en su madurez o salud mental.

De ello concluimos que, la vida independiente y autónoma debe ser la columna vertebral de los derechos de las personas con discapacidad. La Defensa Pública debe comprometerse a gestionar que las personas con discapacidad puedan elegir como quieren vivir, que cuenten con los apoyos necesarios, que nunca queden aislados o separados de la comunidad y que todos los servicios de ésta última sean accesibles también para ellos.

En el artículo 12, párrafo 1 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se reafirma que las mismas tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica. Esto garantiza que todo ser humano sea respetado como una persona titular de personalidad jurídica, lo que es un requisito previo para que se reconozca la capacidad jurídica de la persona.

Conteste con lo enunciado en la Convención, la Ley de Salud Mental y el Código Civil y Comercial, imponen una nueva cosmovisión de la persona con discapacidad, y su efectividad será posible de concretar, modificando el tradicional centro de atención, es decir, trastocar la mirada colocada en la “deficiencia” y pasar a buscar las potencialidades de cada individuo en ese particular estado.

Que, como operadores judiciales, no nos es extraño, lo difícil que resulta el cambio de modelo tanto para las familias como para las instituciones. Desterrar las vivencias de la discapacidad como desgracia, donde las personas con discapacidad no son tratadas como tales. Es decir, no tienen ninguna opinión ni derecho; no estudian, no trabajan, solo deben estar institucionalizadas.

Es decir que frente a los modelos de prescindencia y de objeto asistencial de la persona con discapacidad, donde se le niega la posibilidad de autonomía y libertad para desarrollarse, debemos bregar para que finalmente se comprenda el nuevo **modelo social de la discapacidad**, donde las personas pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto; que sea valorada su condición de persona y respetada su diversidad.

Por último, convencidas de que el reconocimiento de la “dignidad” de la persona con discapacidad implica un proceso donde a la misma se le facilite a proyectarse en una vida autónoma. Es allí donde como operadores del sistema de la Defensa Pública

estamos obligados a reclamar el reconocimiento del derecho al ejercicio de la toma de decisiones con apoyo y a la no discriminación por motivos de discapacidad.

En la ley de salud mental y en el código civil y comercial de la nación, la persona para a ser **el eje de intervención**. En esa inteligencia debemos requerir en todo ámbito judicial o extrajudicial para que a las personas con padecimiento en la salud mental se le respeten los principios del “debido proceso”; del “consentimiento informado”; de la “presunción de capacidad de la Persona” como norte de defensa; la “modificación de los procesos judiciales de determinación de capacidad” que resulten estigmatizantes; la “obligatoriedad de peticionar la revisión de las sentencias dictadas”; la defensa ineludible de que la salud mental “no es un estado inmodificable”; la concientización de que la “internación involuntaria debe adoptar por los equipos de salud mental como último recurso terapéutico”; la defensa del respeto irrestricto de la “voluntad de la persona”; el control y seguimiento de la “regulación de que la internación involuntaria funciona sólo como excepción” y evitar que la salud mental sea penalizada.

Lo expresado surge como una obligación del estado, en tanto garante del cumplimiento fiel de la Convención en el sentido de que, es su deber adoptar todas las medidas necesarias que aseguren a las personas con padecimiento en la salud mental al momento en que son diagnosticadas, el goce pleno de derechos facilitándoles también a ellas como a su grupo familiar de una **“carta de derechos”** que resuma en forma sintética, clara y accesible los beneficios que contemplan la protección de las personas con discapacidad mental y la adopción de todas aquellas políticas públicas en tal sentido; así como las instituciones que pueden prestar ayuda para exigir el cumplimiento efectivo de sus derechos, como es el caso de la DEFENSA OFICIAL.

### **Construcción de servicios de apoyo**

**“Apoyo”** debe ser entendido como la posibilidad de desarrollar una relación y las formas de trabajar o interactuar con otra u otras personas, para hacer posible que la persona con padecimiento mental se exprese por sí misma y comunique sus deseos, en el marco de un acuerdo de confianza y respeto de su voluntad.

Que transitamos el desplazamiento de aquella concepción que se centraba en la “deficiencia de la persona” adoptando el modelo de sustitución para pasar a evaluar a la persona en términos del modelo de discapacidad social; donde se les permite desterrar barreras para así posibilitar un ejercicio pleno y autónomo de sus derechos; y donde ciertos factores sociales complementarios como el respeto a la psicomotricidad y al uso del lenguaje; a la determinación de habilidades de autonomía personal y social; de refuerzo del proceso educativo, de la conducta y del proceso ocupacional laboral. Es decir, toda una suma de valores o factores que les permitan determinar la minusvalía que padece y la necesidad efectiva de apoyos.

También debemos bregar desde la Defensa Oficial para que a las personas con padecimiento en la salud mental no se le restrinjan derechos como otrora ocurría, sino que, por el contrario, los requerimientos se encaminen a lograr que las mismas gocen de los derechos a votar, a contraer matrimonio, a procrear, a viajar, a trabajar, a estudiar, a comprar, a vender, etc. Es decir, con apoyos para una vida independiente.

Proponemos para ello que, el Estado por medio de sus diversas instituciones adopte políticas públicas de APOYO. Es decir que, la construcción de SERVICIOS de APOYOS permitirá que la persona pueda gozar de una “vida independiente y plena en la comunidad”. El desafío actual entendemos consiste en aplicar las normas armónicamente y bajo un estricto control de convencionalidad, de modo que permitan proporcionar APOYOS efectivos y a la vez determinar el tipo de apoyo que la persona aceptaría o le resultaría útil (preferencias) en cada caso concreto, todo como resultado de un verdadero proceso interactivo.

Por otro lado, sostenemos que las relaciones de apoyo deberían ser continuas, y ser establecidas de manera anticipada, para poder disponer de ellas en caso de que pudieran llegar a ser necesitadas. Sin embargo, también podrá requerirse APOYOS para actos jurídicos formales en caso de operaciones o actos específicos, de manera que las personas con discapacidad puedan utilizar servicios de médicos, abogados, notarios, bancos, etc. de forma ordinaria cuando opten por ser autosuficientes o por no entablar una relación de apoyo continua. Este apoyo, en contextos ordinarios en los que las personas con discapacidad interactúan con las demás personas en pie de igualdad, puede verse como equiparable a las condiciones requeridas de

accesibilidad en la comunicación y a los ajustes razonable para posibilitar a la persona con padecimiento en la salud mental el derecho a vivir en la comunidad en el contexto del derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental.

Es obligación de todos los actores de la sociedad, cambiar las prácticas actuales hacia las personas con padecimiento en la salud mental para lograr una sociedad inclusiva.

En La Asamblea General de la ONU del año 2015 se adoptó la **Agenda 2030 para un Desarrollo Sostenible**, esto es, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.

Los Estados integrantes de las Naciones Unidas aprobaron una resolución en la que reconocen que el mayor desafío del mundo actual es la erradicación de la pobreza y afirman que sin lograrla no puede haber desarrollo sostenible.

La Agenda plantea 17 Objetivos que abarcan las esferas económica, social y ambiental, donde los Estados se comprometieron a adoptar medidas centradas especialmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables, entre ellos, las personas con discapacidad. Se proponen construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas.

Así proponemos la concientización en los grupos familiares de la persona con padecimiento en la salud mental que la misma debe ser incluida en el seno de la “familia”, por cuanto si se la considera como sujeto de derecho, la misma desarrollara una verdadera autoestima, autonomía y libertad en la toma de decisiones.

El segundo lugar de inclusión resultará en “el sistema educativo”, desde el nivel inicial, pasando por el primario, secundario, terciario o facultad en iguales condiciones que los demás y dentro de la comunidad donde vivan, a tales fines se deberá bregar para que la persona sea provista de los apoyos necesarios donde se les facilite igualdad de oportunidades, calidad educativa y accesibilidad universal a lo largo de todo el ciclo vital.

Por último proponemos que desde cada sector del ámbito de trabajo de los operadores judiciales o no, adoptemos protocolos de actuación donde la persona con padecimiento en la salud mental exprese libremente sus decisiones, por si misma o a través del apoyo; éste último deberá

primordialmente tener un conocimiento profundo de la persona y de su sistema de comunicación; también de sus gustos, deseos, preferencias y necesidades; la reserva de ese conocimiento esta en ciertos círculos de apoyo, como determinados familiares, determinados amigos o una organización donde haya personas que conocen muy bien al sujeto y a su forma de comunicación; estos recursos tienen que estar disponibles para que la persona acceda a ellos en cualquier situación de crisis o necesidad.

### **Una historia de apoyos**

Que, en nuestro desempeño como Defensoras Oficiales, intervenimos en un proceso judicial y posteriormente de modo extrajudicial con prácticas que pretendemos desterrar, como un requerimiento de internación coactiva de personas con uso problemático de sustancias. Compartiremos una experiencia, y para resguardar la identidad de las personas a los fines del presente trabajo nos referiremos con iniciales. En el año 2014 tomamos contacto con R. que nos requiere iniciar un planteo judicial de internación involuntaria de su hijo. Refiere que M. de aproximadamente 38 años, hijo menor de R.; al tiempo de fallecer el padre cuando M. tenía 18 años, comienza con el consumo de drogas porque entiende la requirente que su hijo atravesaba una crisis. Abandona los estudios y le acarrea sufrimientos asumir la responsabilidad de velar por el bienestar de su madre R. y abuela; pero es tal el peso de esa responsabilidad, que se olvida de gozar de las vivencias propias de su edad; le refiere siente un ahogo que no lo abandona y es allí cuando comienza el consumo de sustancias psicoactivas (cocaína y marihuana)

Que a M. el hijo menor de R., la misma lo consentía y fomentaba cualquier conducta, es decir, no ponía límites a Manuel y la adicción se tornó compulsiva y comienza a vender las cosas muebles del hogar y más aún roba cuanto dinero encuentra, obligando a R. a vender un negocio que sustentaba al grupo familiar y solicitar a los nuevos dueños trabajar como empleada del mismo.

Manuel inicia diversos tratamientos a instancia de su madre sin resultado ni adherencia. En ocasión de ejercer graves hechos de violencia física y psicológica en contra de R., con la ayuda de amistades logra que el mismo sea internado en una comunidad terapéutica cerrada en otra provincia.

R. acompañó a su hijo en el tratamiento, viajaba a la provincia donde estaba internado durante ocho meses aproximadamente y donde presentaba mejorías a su criterio muy marcadas en incentivos de proyectar una nueva vida. Refiere R. que, en oportunidad de las fiestas de fin de año, se la notifica que con dicho motivo debía retirar a M. para regresar nuevamente a principios del nuevo año. Al regresar a nuestra ciudad, se niega a regresar. Señala R. que su hijo evidenció un retroceso respecto a los avances obtenidos, intensificando el consumo y los actos de violencia en contra de su madre.

Las autoridades de salud mental de la provincia ante una solicitud de evaluación de riesgo cierto e inminente se negaban sostenidamente a internarlo involuntariamente y como respuesta marcaban la necesidad de que R. iniciara tratamiento psicoterapéutico sostenido para poner límites frente al consumo y violencia ejercida en contra de la misma. Si bien M. recibía atención médico farmacológica la misma no resultaba de un tratamiento prescripto sin control o sin los ajustes necesarios como en otras prácticas médicas; con parámetros inaccesibles como desconocimiento de la existencia de historias clínicas, del consentimiento informado.

En la actualidad con el cambio de paradigma tanto en los servicios de salud de la provincia, se intenta un nuevo abordaje en el tratamiento de los padecimientos de salud mental de M. frente a una comprobada situación de riesgo cierto para sin mismo, consistente en una internación involuntaria dispuesta por la autoridades de salud en el hospital general para desintoxicación y segundo un tratamiento en hospital psiquiátrico con tratamiento terapéutico y farmacológico por el plazo máximo previsto en la ley de salud mental y finalmente disponiéndose el alta del paciente con tratamiento en hospital de día y acompañamiento terapéutico para el control de la medicación y acompañamiento terapéutico familiar para lograr la efectividad en el tratamiento.

Concluimos en la necesidad de fortalecer los nuevos dispositivos previstos en la ley de salud mental, a la que Jujuy adhiriere y, que a nuestro criterio deberán contemplar la posibilidad de que M. reciba información en formatos accesibles y orientación acerca de los derechos que le asisten como usuario del sistema de salud mental y también de sus derechos y el modo de ejercerlos.

También a requerir el cumplimiento de estos derechos ante los organismos correspondientes, o a reclamarlos judicialmente ante la negativa. Y, fundamentalmente su derecho a ser recibido y a ser escuchado y que se ordenen las modificaciones necesarias (ajustes razonables) para que pueda vivir en forma independiente en un proceso de inclusión familiar, social, educativa, comunitaria y laboral.

## **Bibliografía**

Iglesias, M.G. (s.f.) La vida en el proceso y el proceso en la vida. Construcción de apoyos [Manuscrito no publicado]. Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de la ley de Salud Mental. Argentina.

Iglesias, M.G. (s.f.) Capacidad, información y autonomía: principio de la dignidad. Ex Jueza de Familia. Docente de Grado y Posgrado. Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión de Salud Mental. Recuperado de [https://rednacionalor.files.wordpress.com/2016/09/capacidad\\_informacion\\_y\\_autonomia\\_principio\\_de\\_la\\_dignidad\\_iglesias\\_maria\\_graciela1.pdf](https://rednacionalor.files.wordpress.com/2016/09/capacidad_informacion_y_autonomia_principio_de_la_dignidad_iglesias_maria_graciela1.pdf)

Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.694. Publicada en el Boletín Oficial del 08-oct-2014. Número: 32985. Página: 1  
Ley de Salud Mental 26.657. Decreto Reglamentario 603/13.

# APOSTANDO A LA VIDA ASOCIACIÓN CIVIL

## EXPERIENCIAS DE LA ASOCIACIÓN A TRAVÉS DEL TIEMPO

### - AÑO 2013 -

**\*Enero**, Continuación de intervenciones en Barrio "El Milagro" Tilcara; **\*Febrero**, Inicio de desarrollo de Proyecto "Estrategias de prevención para el abordaje de tentativas y suicidios en jóvenes de la localidad de Tilcara. Quebrada de Humahuaca-Jujuy."; **\*9 de marzo**, Presentación de Revista "Kawsay" N° 2 en Centro Cultural "Héctor Tizón". Publicación de "Apostando a la Vida" Asociación Civil. Jujuy. ISSN 2314-3258; **\*27 de abril**, Participación en mesa panel "Salud-Equilibrio para el desarrollo integral de los jóvenes- Adicciones, nuevas formas de esclavitud, proyecto de vida" del Programa "Nuevos Dirigentes" Pastoral Social- Conferencia Episcopal Argentina; **\*6 de Mayo**, participación de AVAC en Radio Universidad, programa de periodista Adriana Tabera; **\*11 de Mayo**, firma acuerdo de cooperación con referentes de la Escuela La Salle. Proyecto: Espacio Joven La Salle; **\*24 y 25 de mayo**, miembros de AVAC, en coordinación con la Dirección de Salud Mental de la Provincia, participaron en la organización del Primer Congreso Regional Argentino N.O.A "Defensa de la Vida y Prevención del suicidio" Organizado por la Fundación VIDA; **\*10 de junio** participación en reunión convocada por la Dra. Dora Silva, Médico Psiquiatra del Juzgado de Menores N° 1, con el objetivo de coordinar acciones con referentes institucionales relacionadas con la situación de jóvenes que presentan adicciones y conflictos con la Ley Penal; **\*12 de Junio**, participación en reunión de coordinación interinstitucional e intersectorial convocada por el CINAF de la localidad de Tilcara; **\*Junio**, participación en XI Jornadas Regionales de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales. FHySC-UNJu; **\*3 agosto-7 de septiembre**, Curso "Urgencias Subjetivas" dictado a docentes del Colegio La Salle; **\*10 de septiembre**, presentación de Revista Kawsay Digital N° 1, edición en conmemoración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio. [Http://kawsaydigital.blogspot.com.ar](http://kawsaydigital.blogspot.com.ar); **\*10 de septiembre**, participación en Plaza Belgrano de Jornada Interinstitucional en conmemoración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio; **\*Septiembre**, intervenciones en programas de radio en conmemoración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio; **\*12 de octubre**, participación Primeras Jornadas de Salud Mental en el Día de la Salud Mental (10 de octubre) coorganizadas con Coordinación Provincial de Salud Mental de Jujuy. Club Gorriti; **\*Octubre**. Intervenciones en programas de radio en conmemoración del Día de la Salud Mental; **\*18 de octubre**, II Congreso de la Familia, "Con familias fuertes, comunidades fuertes... todos somos familia". Organizado por el Foro Permanente de Instituciones. Tilcara; **\*Octubre**, Firma de Convenio de Cooperación entre Colegio La Salle y AVAC; **\*Diciembre**, Publicación de "Estrategias de Prevención para el abordaje de Tentativas y Suicidios en jóvenes de la localidad de Tilcara. Quebrada de Humahuaca-Jujuy". Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación-Dirección de Salud Mental y Adicciones- Apostando a la Vida Asociación Civil. Publicación de Apostando a la Vida como parte del proyecto seleccionado del mismo nombre por Ministerio de Salud de la Nación. Distribución gratuita a instituciones. ISBN 978-987-28005-1-2

### -AÑO 2014-

**15 de marzo** presentación del Tercer Número de la Revista Kawsay en el Centro Cultural "Héctor Tizón". Publicación de "Apostando a la Vida" Asociación Civil. Jujuy. ISSN 2314-3258; **\*10 de mayo** participación en el "Primer Encuentro para la Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes" organizado por la Red interinstitucional e intersectorial del Barrio Malvinas, denominada "Red Malvinas Sur"; **\*15 de Agosto**, participación en el Acto y Talleres de lanzamiento de la Campaña "Buen Trato con niñas y niños". AVAC entregó un ejemplar del libro "Estrategias de Prevención para el abordaje de tentativas y suicidios..." a las siguientes escuelas primarias: N° 279, 418, 223, 407, 417 y 85; **\*18 de Agosto**, participación en proyección de video y debate Día Mundial de la Prevención del suicidio. Ministerio de Salud de Jujuy; **\*Octubre-diciembre**, desarrollo talleres con adolescentes de la Escuela de Comercio N° 4 de Libertad General San Martín; **\*22 de**

**noviembre** desarrollo jornada de trabajo con docentes y directivos del Colegio Privado Blaise Pascal, sobre emergentes en relación al vínculo docente-alumnos; **\*Noviembre**, participación en encuentro con residentes de Residencia en Psicología Clínica y Comunitaria del Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor Sequeiros, instancia en la que se socializó la experiencia del Proyecto "Estrategias de Prevención para el abordaje de tentativas y suicidios en jóvenes de la localidad de Tilcara. Quebrada de Humahuaca-Jujuy"; **\*11 de diciembre**, Libertador General San Martín, reunión con diferentes instituciones de esa localidad como actividad de cierre y devolución de los talleres e intervenciones realizados en la Escuela de Comercio N° 4; **\*17 de diciembre** reunión con coordinadores de Blaise Pascal, en respuesta a pedido de asesoramiento y planificación de actividades de cierre del período lectivo 2014 e inicio del período 2015.

### -AÑO 2015-

**\*Abril**, Participación en las "Jornadas sobre abordajes intersectoriales y alternativos en la prevención del suicidio"; Participación en las Jornadas Anuales de la Biblioteca Analítica de Jujuy "Infancias y Familias Nuevos Desafíos en las Prácticas"; Participación en el IV Encuentro Provincial y II Regional de Equipos de Orientación Educativa; **\*Mayo**, Participación en actividad organizada por el IPP Delegación Perico, consistente en la presentación de la Ley Nacional N° 27.130 de Prevención del Suicidio y taller con estudiantes de escuelas secundarias de la Ciudad de Perico; **\*Participación** en las reuniones de la Mesa de Trabajo Intersectorial de Salud Mental y Derechos Humanos "TINKUJUY"; **\*Participación** en "Jornada de Sensibilización sobre la creación del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental"; **\*Junio**, Participación en la Jornada Provincial de Prevención del Suicidio en el marco de la Ley Nacional N° 27.130 - Actividad organizada por Legisladores Provinciales; **Mesa de trabajo** con la Lic. Claudia Bravo Coordinadora de la Red Nacional de Suicidiología en sede de AVAC, en relación a los lineamientos de la organización y participación en el decimosegundo Congreso Nacional de Suicidiología; **\*Septiembre**, Participación en la V Jornada de Estudiantes de Psicología, "El psicólogo en distintos escenarios"- UCSE - Panel de Profesionales: Experiencia Laboral en AVAC; **\*Noviembre**, Participación en el Encuentro Colegio de Psicólogos; **Participación** en la actividad "Se Anuncian Sismos", organizada por la Dirección Provincial de Salud Mental, video debate dirigido a adolescentes; **Respuestas** a diferentes demandas de Instituciones Gubernamentales, no Gubernamentales y dispositivos comunitarios, en relación a capacitación y/o asistencia individual, familiar, grupal en instancias de prevención y posverificación del suicidio.

### -AÑO 2016-

**13 de abril**- Reunión en Secretaría Salud Mental y Adicciones del a Provincia- Intervención por suicidios en localidad de Rinconada; **\*21 de abril**-Intervención en Conversatorio - Suicidio infanto-juvenil. Hacia un enfoque intercultural en salud mental para el abordaje de esta problemática- Espacio Joven La Salle; **\*25 de abril**. Apostando a la Vida: Un abordaje social y comunitario del suicidio en Jujuy - Diario Agenda Popular Jujuy. Entrevista; **\*26 de abril**- Inicio Prácticas Supervisadas en la institución; **\*7 de mayo** presentación libro de Mabel Sánchez "Escribir desde el fracaso- La ficción experimentada" (microrrelatos y cuentos breves) Publicación de Apostando a la Vida Asociación Civil- Serie Letras- ISBN 978-987-28005-2-9 con intervención de artistas plásticos de San Salvador de Jujuy: Susana Lorite, Alejandro López, Florencia García Ota, Facundo Cañazares Undiano y Tomás E. Bree. Centro Cultural Culturararte; **\*10 de mayo** - Reunión en AVAC para coordinación de capacitación en Rinconada; **\*15 de mayo**- Intervención en radio AM 630/LW8 por Proyecto Rinconada: "Participación de jóvenes en Maratón diario El Tribuno 22 de mayo"; **\*20 al 22 de mayo**- Acompañamiento a jóvenes de la localidad de Rinconada en la participación de la Maratón Diario el Tribuno organizándose visitas culturales y actividades recreativas;

**\*26 de mayo** intervención en presentación de libros "Antiprincesas y antihéroes". Dirección de Paridad de Género. Editorial Chirimbote. Centro Cultural Héctor Tizón; **\*Junio**, Convocatoria de AVAC para coordinar lectura para determinar fundamentos de la no aplicación de Terapia Electroconvulsiva; **\*Participación** en las instancias de constitución y funcionamiento de la Asamblea de Salud Mental, donde se llevaron acciones con el objetivo de la adhesión y reglamentación de la Ley 26.657 de Salud Mental; **\*Coordinación** y participación del grupo de estudio interdisciplinario e intersectorial sobre los fundamentos de la técnica electroconvulsiva, como una de las líneas de trabajo que se desprende de las acciones de la Asamblea de Salud Mental; **\*24 Junio**- Intervención en Canal 7 de Televisión por fundamentos de la no aplicación de Terapia Electroconvulsiva; **\*29 junio**- Intervención reunión Colegio de Psicólogos por adhesión a no aplicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC); **\*30 junio**- Intervención en sesión de Cámara de Diputados de la Provincia por adhesión a Ley de Salud Mental de Nación y no aplicación de TEC; **\*01 de julio**- Intervención en Comisión de salud de la Cámara de Diputados adhesión a Ley de Salud Mental de Nación y no aplicación de TEC; **\*Julio**, Intervención en la escuela primaria de Los Alisos en Departamento de El Carmen de la Provincia de Jujuy, orientando el armado de redes comunitarias y planteando estrategias para las diversas problemáticas de dicha institución; **\*Agosto**: Intervención en la comunidad de Rinconada por casos de suicidio, en articulación con la Secretaría de niñez, adolescencia y familia; **\*12 y 13 de agosto** Intervención en 1ras jornadas de Residencias de Salud Mental del NOA; **\*Septiembre**, Organización de Jornada de trabajo sobre Ley Nacional N° 27.130 de Prevención del Suicidio "Abordajes, Acciones y Estrategias". Destinada a los efectores de salud de la Provincia de Jujuy; **\*Septiembre**, en el marco de la fiesta de los estudiantes se coordinó con la Universidad Nacional de Jujuy, para brindar charlas de Orientación Vocacional a los jóvenes de 5° año del nivel secundario de la provincia de Jujuy; **\*Noviembre**, elaboración y presentación del trabajo "Experiencias Clínicas En Lo Social. Acerca de los 15 años de Trabajo en Apostando a La Vida Asociación Civil en Jujuy" en el Congreso Nacional de Suicidología en Entre Ríos;

**\*Noviembre**, participación en el Comité de conductas suicidas llevado a cabo por la Secretaría de Salud Mental de la provincia de Jujuy.

**\*2 de diciembre**. Intervención en Radio 101.7 MHZ Salud Mental en Jujuy; **\*Diciembre**, elaboración del proyecto de Diplomatura Virtual "DIPLOMATURA UNIVERSITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICIONES Ley N° 26657 y N° 5937: Concepciones, prácticas debates." Presentado a la FHYCS-UNJU.

#### -AÑO 2017-

**Agosto a noviembre** desarrollo de "Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Adiciones Ley N° 26657 y N° 5937: Concepciones, Prácticas y Debates"; **\*26, 27 y 28 de Abril**, participación en " Encuentro de Cátedras de Psicología de Universidades Nacionales" realizado por la Unidad de Investigación en Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - UNJU; **\*16 de marzo**, presentación del libro "Sombras en la Historia y Otros Cuentos" de Lucía Clara López en Culturarte. Publicación de Apostando a la Vida Asociación Civil. ISBN 978-987-28005-3-6; **\* 17 de Junio**, presentación en Feria del Libro-Jujuy "Sombras en la historia y otros cuentos" de Lucía Clara López y "Trastornos del aprendizaje causados por la patología del lenguaje" de Fernando Raúl Pedicone; **\*22 y 23 de septiembre**, AVAC en coordinación con la FHYCS de la UNJU realizó el XIV Congreso Argentino de Suicidología: "Prevención, Asistencia, Posvección y Capacitación- Abordajes, acciones y estrategias"; **\*21, 28 de octubre y 4 de noviembre**, dictado de curso de introducción "INTERVENCIONES EN LA URGENCIA" en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNJU; **\*A.V.A.C** participo del Comité Provincial de Suicidio durante el año 2017; **\*Intervención** en escuela N° 407 Prof. Pablo Arroyo, abordaje destinado a docentes y actores educativos, como así también se articuló con el equipo de la OPD y CAPS; **\* Octubre a Diciembre**. Intervención en Escuela N° 14 Juan Bautista Alberdi por pedido de docentes y padres de dicha institución. **\*13 de Noviembre**, se elabora y difunde ACTA COMUNICADO realizada por representantes de las siguientes instituciones: Colegio de Psicólogos de Jujuy, Asociación Jujeña de ayuda a la persona que padece Esquizofrenia y su familia (AJUPEF), Apostando a la Vida Asociación Civil (AVAC), Grupo Operativo de Alcoholismo de la Provincia de Jujuy (GOA), Cooperadora de apoyo al Hospital Dr. Néstor Sequeiros (COPSI) en razón de RECHAZAR la iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación de derogar el Decreto 603/13 y aprobar una nueva reglamentación; **\*Noviembre**, elaboración propuesta de proyecto de diplomatura en Salud Mental, segunda cohorte. **\*10 y 11 de noviembre**, elaboración y presentación de trabajo "Del Uno al Otro Social" en las jornadas "La Salud Mental entre Ciencia e Ideología" realizadas por

la Biblioteca Analítica de Jujuy. **\*Noviembre**, articulación con el Centro de Atención Primaria de la Salud del B° Coronel Arias y equipo técnico del comedor perteneciente a la Iglesia San Lucas. **\*13 de Diciembre**, intervención con supervisores del nivel primario del Ministerio de Educación con el objetivo de trabajar concepciones que determinan el abordaje de situaciones complejas con niños, niñas y adolescentes en el contexto escolar.

#### - AÑO 2018 -

**\* Abril a agosto**; desarrollo de Diplomatura Universitaria en Salud mental: "Prácticas, Estrategias y Políticas" en conjunto con FHYCS-UNJU; **\*Abril**, Intervención en Escuela Teodoro Sánchez de Bustamante; **\*Abril-agosto**, acompañamiento a los equipos de Consejerías en Salud Sexual Integral de diferentes hospitales de la provincia de Jujuy; **\* Abril a Junio**, Talleres con alumnos de 1° año del colegio San José de la localidad de Perico; **\* Junio-Diciembre**, Miembros de A.V.A.C en articulación de la Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario "Ángel con Amor" realizan acompañamiento a personas con consumo problemáticos en sus procesos de internación en el centro Arroyabe, como así también en los procesos de externación coordinando con profesionales de la C.A.A.C, A.V.A.C, El Umbral y el D.I.A.T de Alto Comedero para que dichas personas continúen con sus tratamientos; **\*Junio**, Presentación en la Feria del Libro-Jujuy "En los Confines del Mundo" autora Susana Maciel. Junio 2018. Publicación de Apostando a la Vida-Serie Letras; **\* Agosto**, orientación a instituciones escolares de la provincia sobre el armado de redes necesarias para atender a las distintas problemáticas que se presentan;

**\*10 septiembre**, participación en conmemoración del Día Mundial de Prevención del Suicidio. En la misma A.V.A.C realizó intervención con una radio abierta y presentó al Sr. Nicasio Martínez cuentacuentos; **\*Octubre**, Intervención en la Escuela de Teatro Tito Guerra por pedido de dicha institución y de la Secretaría de Educación Superior de la Provincial; **\*Noviembre**, dictado de curso "URGENCIAS EN EL LAZO SOCIAL" en FHYCS-UNJU; **\*Noviembre**, Presentación de trabajo en el 15 Congreso de Nacional de Suicidología organizado por la Red Argentina de Suicidología en la ciudad de Salta; **\*Noviembre-diciembre**, Articulación con la Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario "Ángel con Amor" para que profesionales de Apostando a la Vida brinden atención individual a personas que no cuentan con obra social; **\*Noviembre-diciembre**, Presentación del proyecto de la diplomatura en Salud Mental, tercera cohorte, en la Secretaría de Extensión FHYCS; **\*Durante** el periodo 2018 socios activos de Apostando a la Vida fueron invitados por diferentes medios de comunicación para hablar sobre temáticas que preocupan a la sociedad en la actualidad como ser suicidio, violencia de género, bullying, deserción escolar, entre otros; **\* Julio-Diciembre**, Miembros de A.V.A.C brindan y coordinan espacio de trabajo y acompañamiento grupal, el cual estuvo destinado a personas con trasplantes de órganos, personas en espera de trasplantes y personas en tratamiento de diálisis. Dicha actividad surge por demanda de contención psicológica de la Asociación Jujuy da Vida. **\*A.V.A.C** participo del Comité Provincial de Suicidio durante el año 2018;

#### -AÑO 2019-

**Abril-agosto**, desarrollo de Diplomatura Universitaria en Salud Pública "Epidemiología Crítica y Trabajo en Red" en conjunto con la FHYCS-UNJU, Tercera Cohorte; **\*Enero-diciembre**, Articulación con diferentes instituciones de la provincia (Departamento Médico de Tribunales, Casa de Atención y Acompañamiento Comunitario "Ángel con Amor", Comité de Prevención de Suicidio de Jujuy, Instituciones Escolares, de Salud, entre otras) para la derivación y atención de personas con distintas problemáticas: intentos de suicidio, autolesiones, problemas de aprendizaje, aptos psicológicos, evaluaciones neurológicas, etc; **\*9 de marzo**, En el marco del aniversario de A.V.A.C se difunde un parte de prensa para dar a conocer a la población, de forma resumida y acotada, las actividades que realiza la asociación, con el mismo objetivo socios de dicha institución, son invitados a dar una entrevista radial; **\*Marzo**, participación en entrevista radial para conversar sobre la temática de Relaciones Violentas; **\*Abril**, Se brinda el espacio de A.V.A.C para que se lleve a cabo un curso breve de formación en Cuenta Cuento, el mismo es organizado por Nicasio Martínez; **\*Mayo**, intervención socio-comunitaria en la ciudad de La Quiaca por pedido de la Dirección de Salud de Región Puna; **\*Junio**, intervención en colegio Bachillerato 48 de Alto Comedero, para atención de alumnos; **\*Agosto**, Curso de construcción de máscaras, a cargo de María Del Carmen Sanchez. Grupo SAGA; **\*Septiembre**, participación "Conversatorio Interdisciplinario. Encuentro y Reflexión ¿Cómo frontamos la vida hoy?" organizado por el Comité Provincial de Prevención del Suicidio; **\*Septiembre**, Entrevista diario El Tribuno sobre temática del suicidio; **\*Octubre**, reunión con representantes de instituciones educativas y comunitarias, con el fin de organizar el Fórum infancias de Jujuy;

\***Noviembre**, Socia participa del Proyecto Creación De Unidad De Investigación en Antropología Forense;

\***Noviembre**, Socias de A.V.A.C participan como coordinadoras en “VI Encuentro Nacional y II latinoamericano de Psicología Comunitaria” realizado en Salta;

\***Noviembre-diciembre**, Talleres en el colegio El Salvador “Urgencias Subjetivas: Atención, Resolución, Derivación, Redes”;

\***Noviembre**, participación en V Jornadas por el Día Mundial de la Salud Mental, organizados por el Servicio de Salud Mental del Hospital Distrito Sanitario N° 8 “Eva Perón” de la provincia de Formosa; \***Noviembre**, participación en Congreso Mundial de Salud Mental 2019 organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental y la WFMH; \***Diciembre**, Cierre de Diplomatura, en el mismo se llevó a cabo un conversatorio con Lito De Muro sobre las relaciones entre Arte y Salud. Luego se realizó la entrega de certificados a los cursantes.

#### -Año 2020-

\***Febrero**, AVAC brinda aval a AJUPEF para postularse al O.R.N. \***Marzo**, Reinicio de reuniones en AVAC del grupo que conforma FORUM DE INFANCIAS Jujuy, participa Departamento de Discapacidad del Ministerio de Salud de la provincia, y se articula con la cátedra de Psicología de la FHyCS. \*Entrevista diario El Tribuno de Jujuy, “Se estigmatiza y se duda de la mujer que denuncia acoso”; \*Inicio elaboración proyecto de Maestría en Salud, el mismo sería presentado en FHyCS; \*Nota periodística diario El Tribuno de Jujuy, sobre suicidio y el aumento de casos en la provincia; \*Presentación de CV de los integrantes de AVAC en el Proyecto de investigación para la convocatoria SALUD INVESTIGA 2020/2021-Ministerio de Salud de la Nación; \*Comunicado de AVAC realizado para los pacientes de acuerdo a lo dispuesto por el gobierno provincial ante el primer caso de COVID-19 en la provincia; \*Socia activa presenta y AVAC adhiere a Carta a las Autoridades: atención para las personas con consumo problemático de sustancias en situación de calle ante la Pandemia; \*Participación en difusión de capacitación organizada por el MS de la provincia sobre atención telefónica, telemedicina; \*Socios de AVAC realizan intervención asistencial a personas con consumo problemático que están alojados en proyecto Puente, con la CAAC de Corchito; \*Publicación en Redes Sociales del número de contacto de AVAC para brindar atención psicológica por urgencias en contexto de pandemia;

\*Participación en entrevista Colectivo Radio Pueblo programa “La Otra Cara De La Cuarentena”;\***Abril**, AVAC recibe asesoramiento para implementar herramientas tecnológicas para reuniones y atención;\*Articulación con el Nodo Copacabana para brindar atención terapéutica;\*Acompañamiento a familias inundadas en Barrio Chijra;\*Elaboración protocolo de atención para pacientes que concurren para atención en la asociación, de acuerdo con las normas establecidas por el COE;\***Mayo**, reunión con Secretaría de Salud Mental de la provincia para analizar propuestas de cambios a la Ley 27.130 de prevención del suicidio;\***Julio**, Equipo de AVAC inicia el espacio de intercambio de experiencias clínicas y atención en pandemia denominado. “conversaciones clínicas”;\***Agosto**, Participación en Conversatorio “Causas, Efectos y Caminos de resolución ante la crisis sanitaria jujeña”;\*Participación en conversatorio con Martin Cuneo operador comunitario Ministerio de Salud de la Provincia Jujuy;\* Clase “Clínica de pasaje al acto: suicidio, aportes de la autopsia psicológica”; \***Septiembre**, Participación en Conversatorios-Capacitación organizados por el Área de Ambientación y Orientación Estudiantil de la FHyCS dirigido a la comunidad educativa, con el objetivo de instalar un DISPOSITIVO DE ESCUCHA para estudiantes con covid-19; \*Participación en Actividades organizadas por la semana del día internacional de prevención del suicidio; \*Desarrollo de conversaciones con padres de alumnos de 5to. año de colegio secundario del medio; \*AVAC es invitada por el COE provincial para entrevista y conversación sobre suicidio y pandemia;\* Participación en actividades organizadas por el gobierno de Jujuy en el mes de la salud mental;\***Octubre**, Equipo de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental de la provincia, solicita aval a nota presentada a las autoridades provinciales ante déficit de recursos y atención; \*Estudiantes de nivel medio solicitan información de AVAC para realizar un trabajo, acerca de la creación, objetivos y población atendida;\*Intervención en ciclo de entrevistas organizadas por El S.A.E.;\*Socios de AVAC brindan asesoramiento y apoyo al equipo interdisciplinario del DIAT; \***Noviembre**; La Red “Alto Abrazo a los Pibes”, solicitan auspicio de Apostando a la Vida para capacitación que se encuentran organizando en relación con los consumos problemáticos. La misma estará a cargo de Alicia Dongui. Docente de la UBA;

# KAWSAY

La Kawsay (la razón de nuestra vida en este mundo visible) es la Wiñay (EVOLUCIÓN ONTOLÓGICA) sin la cual nuestra vida no tendría sentido desde el punto de vista de la Cosmovisión Andina. Esta evolución es integral, es en todos los planos de la existencia. Si bien las cuatro extremidades nos permiten el trabajo físico, la práctica de las cuatro normas o PRINCIPIOS INKAS nos permiten elevarnos, nos permiten evolucionar para la reintegración con la Vibración Universal del Pachakamaq (Divinidad Andina, Dueño del Mundo).

Estos cuatro PRINCIPIOS INKAS que fueron transmitidos oralmente son: AMA QELLA: sé laborioso; AMA SUWA : sé honesto; AMA LLULLA : sé veraz; AMA HAP'A : sé leal

Esta Kausay (Misión) se basa en tres leyes principales de la admirable organización de los antepasados Quechuas: YACHAY (aprender), MUNAY (querer, amar, desear), LLANK'AY (trabaja)

Estos preceptos se tuvieron en el Ayllu (comunidad), su célula socio-económica, sustentada por dos instituciones de trabajo: el Ayni (Principio de ayuda mutua, reciprocidad: - hoy por ti, mañana por mí) y la Minca (Sistema de Trabajo Comunitario: todos a una en la realización de obras públicas).

Vivir la Cosmovisión Andina es vivir una vida equilibrada y Humana. Todo daño que se haga a cualquier ser detiene la evolución. Esta evolución queda grabada en cada una de nuestras células y conciencia, al igual que todos nuestros actos.

**Email: [apostandoalavida\\_ac@yahoo.com.ar](mailto:apostandoalavida_ac@yahoo.com.ar)**

**<http://apostandoalavida.blogspot.com>**

**Facebook: Apostando a la Vida**