

XI Congreso Iberoamericano de Psicología

XVII Congreso Argentino de Psicología

La profesión en su laberinto:

teorías, prácticas y territorios

11, 12, 13 de octubre de 2018 - Córdoba, Argentina

Eje temático: Actualidad en salud mental y derechos. Derechos Humanos. La psicología en la política pública.

SALUD MENTAL y APS, a 40 AÑOS de ALMA ATA

Ángela Cardella - angelacardella2003@yahoo.com.ar

Lic. En Psicología por la UNC. Trabaja como psicóloga en el Servicio de Salud Mental en Adolescencia y Juventud del Hospital Borda, dependiente del Gobierno de la CABA. Afiliada de Ate. CoVicepresidenta y Secretaria de Salud de la APDH. Integrante Fundacional del Movimiento Nacional en Defensa de la Ley 26657.

Verónica Laplace - verolaplace@yahoo.com.ar

Prof. y Lic. en Psicología. Trabajadora de la Dirección de Salud Mental del Municipio de Lanús. Integrante de la Comisión de Salud APDH y del Movimiento Nacional en defensa de la Ley de Salud Mental 26657. Coordinadora de la Comisión de Derechos Humanos y de la Subcomisión de Asuntos Comunitarios y miembro del Consejo Directivo del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires- distrito XIII, Lomas de Zamora.

Resumen:

A 40 años de Alma Ata, las dificultades para incorporar la estrategia de APS en salud mental continúa siendo un punto a revisar y a problematizar, dada la diversidad de obstáculos macro y microsociales que enfrentó el cumplimiento de la Declaración desde el momento mismo de ser sancionada. Debido a la pugna de posicionamientos políticos que contextualizó la agonía del Estado de Bienestar en los países capitalistas. Pugna que muy probablemente fue el origen de la inclusión de un párrafo que operó como trampa permitiendo la formulación de políticas públicas desconocedoras de las necesidades del pueblo “a un costo que la comunidad y los países puedan soportar”.

No vamos a referirnos a todas las distorsiones del espíritu de Alma Ata (que han sido profusamente abordadas por muchos investigadores). Nos ocuparemos de una de ellas que nuestra labor en APS nos ha permitido visualizar como de alta frecuencia: las resistencias de las y los trabajadores de este campo a salir del circuito de atención tradicional dando como resultado pocas o fugaces experiencias en el sentido de esta potente estrategia. Como consecuencia, emergen los inevitables desbordes ante la imposibilidad de responder a toda la demanda asistencial que se presenta, transformándose las listas de espera en las "vedettes" de los servicios de salud mental, no sólo en los hospitales sino, y más grave aún, en el primer nivel de atención.

Sabemos que queda mucho por hacer, y que no se trata únicamente de visibilizar lo que no se hace, lo que no se puede, sino pensar que sobre estos lineamientos se puede continuar una tarea mucho más rica y acorde a las necesidades de las mayorías populares.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud, Salud Mental, Derecho a la salud

Introducción

El presente trabajo intenta transmitir algunas reflexiones acerca de las dificultades que aparecen con asiduidad en las prácticas de los/as trabajadores/as del campo de salud mental, prácticas que en el primer nivel de atención adquieren una coloración particular por su ubicación geográfica periférica. Y que requieren, a nuestro entender, un modo de conceptualización que rescate los postulados de la Atención Primaria de la Salud (APS).

A 40 años de Alma Ata, las dificultades para incorporar la estrategia de APS en salud mental continúa siendo un punto a revisar y a problematizar, dada la diversidad de obstáculos macro y microsociales que enfrentó el cumplimiento de la Declaración desde el momento mismo de ser sancionada. Debido a la pugna de posicionamientos políticos que contextualizó la agonía del Estado de Bienestar en los países capitalistas. Pugna que muy probablemente fue el origen de la inclusión de un párrafo que operó como trampa permitiendo la formulación de políticas públicas desconocedoras de las necesidades del pueblo “a un costo que la comunidad y los países puedan soportar”.

No vamos a referirnos a todas las distorsiones del espíritu de Alma Ata (que han sido profusamente abordadas por muchos investigadores). Nos ocuparemos de una de ellas que nuestra labor en APS nos ha permitido visualizar como de alta frecuencia: las resistencias de las y los trabajadores de este campo a salir del circuito de atención tradicional dando como resultado pocas o fugaces experiencias en el sentido de esta potente estrategia. Como consecuencia, emergen los inevitables desbordes ante la imposibilidad de responder a toda la demanda asistencial que se presenta, transformándose las listas de espera en las "vedettes" de los servicios de salud mental, no sólo en los hospitales sino, y más grave aún, en el primer nivel de atención.

Ley Nacional de Salud Mental y APS

Los/as trabajadores/as de salud, particularmente, los/as de salud mental presentan una lógica de servicios a la comunidad signada por el tipo de formación académica recibida que tiende a valorizar la clínica vista como meramente asistencial, devaluando la potencia de la promoción y participación comunitaria. Queremos remarcar que la ley nacional de Salud Mental ha venido no sólo y fundamentalmente, a reconocer la protección de la salud mental como un derecho inalienable, sino que también ha logrado poner sobre el tapete la importancia del trabajo en y con la comunidad, desde la estrategia de APS.

En el artículo 9º de la Ley 26657 leemos: *el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.*

Este mismo artículo en su decreto reglamentario 603/13 expresa: *La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:*

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.*
- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.*
- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.*
- d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.*
- e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.*

Asimismo, promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

Trabajo intersectorial como salida a la encerrona (disciplinar y sectorial)

Ahora bien ¿nuestra carrera de grado nos prepara adecuadamente para una labor interdisciplinaria? Desde hace un lustro, se viene planteando el cambio en la curricula de la formación de pregrado, con escasa respuesta real por parte de la academia.

Habida cuenta del marco normativo señalado, pensemos cómo debiera abordarse una consulta en la que aparecen como motivo las pesadillas de un niño. Cuyo padre se encuentra desempleado desde hace unos meses y trabaja esporádicamente como changarín; la madre es el principal sostén económico de la casa. El material de juego del niño revela situaciones de violencia doméstica del padre hacia la madre. Hasta acá han venido construyendo un panorama a partir del motivo de consulta “pesadillas” *médic@*, *psicólog@* y *trabajador@* social (en el caso de que existan estos profesionales en el equipo). ¿Con qué abordaje seguirán? Cada uno por su lado: terapia y/o medicación farmacológica del niño, terapia de familia, asesoramiento del “caso” de desempleo por trabajo social? O un abordaje integrado –e integrador- desde el equipo, que contemple entrevistas operativas de madre, padre y niño con *psicólog@*, *médic@* y/o *psicólog@* y *trabajador@* social, así como orientación al padre en la búsqueda laboral teniendo en cuenta las redes sectoriales.

Reflexionemos también en torno a la alta demanda de atención proveniente de las escuelas porque los niños no han accedido a la lectoescritura o sus operaciones matemáticas no se despliegan en tanto aún no se encuentra siquiera incorporado el concepto de número. ¿Cómo abordamos estos pedidos que además de ser sumamente frecuentes nos confrontan al retorno de la demarcación disciplinar? Respuestas comunes: “no hay psicopedagogas en la sala ni en salas aledañas”, “las escuelas se quieren sacar a los pibes de encima y sólo les interesa poner en el legajo que va al psicólogo”, “los docentes creen que podemos atender toda y/o cualquier tipo de demanda” y, de esta manera, los consultantes quedan atrapados en un sistema que no puede dar respuesta y, a su vez, “obligados” a obtenerla. Los enunciados que emergen desde los trabajadores de salud se infieren como modo de escapar al sentimiento de desamparo y desborde, limitando la extensión de las listas de espera, y delimitando criterios arbitrarios sobre qué consultas “atendemos”, específicamente, los psicólogos. Perdiendo de vista que como trabajadores del primer nivel podemos hacer uso de otras herramientas, intentando conformar equipos de trabajo intersectorial en los que *psicólog@s* de Unidad Sanitaria y de Equipo de Orientación Escolar puedan reunirse para trabajar problemas particulares. Y mucho mejor será si la colaboración intersectorial involucra a los equipos en una periodicidad de intercambios. Esto, además de ser interdisciplina, implicará en los hechos una ampliación hacia lo comunitario. Y evitará –nuevamente la interdisciplina- la recurrencia perseverante a las clasificaciones (DSM y CIE) y, por ende, el riesgo de confundir el objeto con la abstracción.

Consideramos que la formación, no sólo de grado sino también en servicio, es responsable fundamental de cierta visión sesgada de *l@s trabajador@s* en torno a su propia práctica. Así, aparecen enunciados bastante contradictorios pero que encubren la devaluación del trabajo en el primer nivel de atención y peor aún, el olvido de la estrategia APS como posibilidad de salida a la encerrona “estamos en lo público no podemos atender como en privado”. Con que se sigue la lógica preponderante de atención del consultorio privado: individual, asimétrica, intramural y desconectada de los condicionantes socioeconómicos que atraviesan los padecimientos subjetivos. Con esta forma de operar se demuestra una vez más que en muchas circunstancias no poseemos los hábitos, sino que los hábitos nos poseen.

También cierta formación colonizada que ha dejado en subalternidad a grandes autores del psicoanálisis argentino por considerarlos obsoletos, revalorizando el trabajo, únicamente, en torno a conceptos como *la caída de las figuras de autoridad, la metáfora paterna, la neutralidad y*

abstinencia, la Falta como explicaciones privilegiadas a los padecimientos de las poblaciones que se ubican en las periferias urbanas. Esos son los articuladores conceptuales que guían la labor de los trabajadores de salud mental y que, aun en sus intentos por salir de la atención tradicional, los reenvían nuevamente a esa lógica.

Ahora bien, ¿qué conceptos proponemos utilizar para llevar adelante un trabajo en el campo de la SM con anclaje en APS?

Siguiendo a Ulloa, proponemos abordar al padecimiento de manera tal que no nos quedemos en la mera explicación paternalista que persiste en la distancia en que, hegemónicamente, se le dice *usted tiene ...y debe hacer (o tomar) tal cosa*; sino apuntando a establecer un vínculo desde el inicio cooperativo en la comprensión de lo que motiva su consulta. Esto hace a que de la explicación trascendamos a la narración; con lo que pasamos de la búsqueda de una mera adaptación a una realidad displacentera a una adaptación activa –en el sentido pichoniano- que tiende a transformar esa realidad.

Acá recuperamos uno de los más emblemáticos principios de Alma Ata: la participación. Y apostamos a la construcción de un sujeto protagónico creador de cultura. En un vínculo que aspira a la libertad y, por ende, es de salud para ambos. Porque hace a un entramado que produce subjetividad a despecho de las hegemonías dominantes; ergo, produce salud mental desde la conciencia del propio derecho a la libertad. Porque el buen trato a niñ@s, adolescent@s, adult@s y comunidades es un trato con miramiento, que equivale al trato con ternura para con los infantes. Cimiento de la que más tarde será la capacidad de sostener un genuino compromiso con el bien común.

Sujetos individuales o colectivos así posicionados contribuirán a disolver los fenómenos de masificación que atentan contra la subjetividad individual.

Recordemos a Ulloa cuando nos habla del síndrome de padecimiento -sustentado en un trípode de acobardamiento, pérdida de lucidez y desadueñamiento del cuerpo- como expresión de una cultura de la mortificación.

A modo de conclusión

Trabajemos para producir un sujeto colectivo, un actor social y político que protagonice la construcción de un “sentido común contrahegemónico” (García Linera) en la sociedad de nuestro país y de la Patria Grande toda.

Hace 40 años, Alma Ata apuntaba a recuperar el Estado de Bienestar. Ahora sabemos que, en otro momento histórico del mundo, eso es imposible. Pero hemos aprendido que podemos aspirar a algo mejor: podemos aspirar al buen vivir.

No busquemos, pues, “una utópica salud para todos sino una democrática salud con todos” (Róvere) Sabemos también que no se trata de construir conceptos para resistir como se pueda y con “los recursos” que se puedan los embates del neoliberalismo, sino de rescatar toda una tradición fecunda y potente con la cual poder dar respuesta a los malestares de las mayorías populares. Dando cuenta, a su vez, que sólo por medio de la acción colectiva y participativa (trabajadores, usuarios, familiares y la comunidad en su conjunto) es posible reconfigurar las prácticas sanitarias en salud mental.

Para finalizar, recuperamos esta frase de Fernando Ulloa que se vuelve cada vez más necesaria y actual: *Hablar de ternura en estos tiempos de ferocidades no es ninguna ingenuidad. Es un concepto profundamente político. Es poner el acento en la necesidad de resistir la barbarización de los lazos sociales que atraviesan nuestros mundos.*

Bibliografía

- Cardella, A. (1986) Notas sobre la tarea del psicólogo como trabajador de la salud mental, Actas del 7º Congreso Argentino de Psicología, Córdoba.
- Declaración de Alma Ata (1978). Recuperado el 15 de agosto de 2018 de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

- República Argentina. (2010) Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Recuperado el 15 de julio de 2018 de:
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- República Argentina. (2013) Decreto Reglamentario 603/13. Recuperado el 15 de julio de 2018 de:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000219999/215485/norma.htm>
- Observaciones preliminares y recomendaciones del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sr Nils Melzer en la visita oficial a la Argentina entre el 9 y el 20 de abril de 2018
- Pichón Rivière, E. (1971) “Praxis en Psiquiatría” en Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Bs. As., Galerna
- Torres Secchi, A. (2016) Reinención de lo Comunitario. Bs. As., Ed. Ágora.
- Ulloa, F. (2004) Prólogo a Carpintero, E. y Vainer, A. Las Huellas de la Memorias. Bs. As. Topía