

La Interdisciplina, los DDHH y la Salud de tod@s

Por Ángela Cardella y Olga Yedaide

1) ¿Por qué la Interdisciplina?

La formación en el oficio de la Psicología tiene más de medio siglo en nuestras universidades. Desde la que quizá fue la cátedra pionera en el trazado del perfil profesional, José Bleger insistía en que el eje de la actividad del psicólog@ debía salir de la enfermedad para centrarse en la salud. Y con ello, en la **vida cotidiana** de los seres humanos.(Bleger,J.1991)

En una reflexión que ya cumplió tres décadas, una de nosotras decía: “La vida cotidiana no debe ser mirada como un aspecto aislado, de incumbencia exclusiva de los profesionales tradicionalmente ligados a la salud. El más elemental de los análisis va a exceder necesariamente el campo abarcado por aquellos”. (Cardella, A., 1986)

Por ende, nuestra visión de esa vida cotidiana deberá abarcarla en toda su **complejidad**. Y nuestra intervención se articulará de un modo tal que construya un diálogo simétrico, en el que **el intercambio de saberes** sea el eje del vínculo con las personas que integran los colectivos sociales.

La salud es una construcción social; no puede “enseñarse”. Si bien reconocemos la existencia de información que constituye nuestro acervo académico, ésta no es el único saber que está en juego. La singularidad de cada sujeto y las particularidades de cada grupo cultural integran **tramas únicas que se construyen en cada contexto**. Cada cultura define su propia forma de comprender, adecuar y clasificar su mundo de acuerdo a su ideología. De esta manera, las concepciones propias sobre salud, enfermedad, dolor y muerte configuran formas de prevenir o curar. Si aspiramos a políticas

de salud que contemplen las necesidades básicas de la población, no cabe planearlas, ejecutarlas y evaluarlas desde una sola cosmovisión. Es imprescindible la **participación** y aceptación de las personas que conforman cada grupo cultural. Ya la declaración de

Alma Ata permitía avizorar la más genuina de las interdisciplinas, la que incluye a los actores profesionales en diálogo con todos los integrantes del colectivo social, cuando insistía en la necesidad de una “asistencia sanitaria integral, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y **socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación...**” (Declaración de Alma Ata, 1978)

Ahora bien; todo esto que nos parece tan obvio ¿se contempla en nuestra formación de grado? Uno de nuestros más lúcidos antropólogos acota al respecto: “Aunque sean datos obvios debe ponerse en primer plano el hecho de que el médico hace su aprendizaje sobre la enfermedad y la muerte a partir de **cuerpos muertos**(4) y vivos de personas pertenecientes a los estratos subalternos. La **desigualdad social** emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional; es decir, se procesa desde la interioridad y no desde procesos externos a su práctica (...) es la red de relaciones sociales e ideológicas que la práctica médica genera y que no destaca objetivamente como tal, ya que tiende a pensar su práctica en términos exclusivamente técnicos” (Menéndez, 1978) Pero el pensamiento hegemónico no es privativo de la formación médica. El individualismo es el telón de fondo omnipresente en la curricula de I@psicólog@s. En ella se menciona lo social y lo cultural como importantes, pero ¿qué herramientas conceptuales, qué praxis se ofrece al estudiante más allá de los desarrollos teóricos? Son muy pocas las cátedras que instituyen prácticas genuinas. En el país en que la escuela argentina produjo el invaluable aporte de Pichon Rivière, su obra suele estar ausente de bibliotecas y curricula universitarias. A Bleger se lo cita mucho más en Francia que acá...

Así, la formación de nuestros profesionales de la salud se configura desde un mosaico multidisciplinario en el que el ser humano se fragmenta y los vínculos no son cuestión para estudiar ni para tener como eje de la práctica. Cuando luego, ya en el momento del ejercicio profesional, se interactúa con la población faltarán el sustrato teórico y práctico que sostenga el encuentro. Así como en la práctica profesional específica no está contemplada la experiencia previa, menos aún lo están los abordajes compartidos. Difícil será entonces más tarde la integración en **espacios interdisciplinarios**. Sabemos que las distintas disciplinas existen “por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas” Si, además, un equipo interdisciplinario al ser “un grupo deberá ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo”... las **cuestiones de poder** aparecerán necesariamente”(Stolkiner, A., 2005)

Como ya dijimos, nuestra **legislación** (Leyes 448 de la CABA y 26657 de la Nación) recoge y reconoce los aportes de un sinnúmero de experiencias ya históricas de la Salud Mental en el país que dan cuenta de la necesidad del enfoque **interdisciplinario** como modalidad de intervención. Pero esa misma historia nos muestra que no basta la ley si no se la sostiene desde la presencia fáctica de actores sociales consistentes. A fin de efectivizar una verdadera transformación socio-política y cultural se hacen necesarios un tiempo y un espacio para el desarrollo de políticas públicas que apunten a ese fin, más allá del signo político que nos gobierne.

2) ¿En qué estamos con la Interdisciplina?

Gobierno Nacional anterior: grandes propuestas en lo legal y escasas concreciones en la práctica

Gobierno Nacional actual: Formidable retroceso (como lo hacían prever las políticas sanitarias de anteriores administraciones macristas de la CABA) Podemos destacar entre las más graves transgresiones a la legislación vigente la desarticulación del CONISMA y, consecuentemente, del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, la ausencia de capacitación en servicio de los equipos de Salud Mental, la formación por separado de los residentes y concurrentes psicólogos y psiquiatras, etc.

En la CABA

Les proponemos un breve recorrido sobre la incidencia de las políticas públicas y la **interdisciplina** en el marco de los últimos años en la égida de la CABA. Haciendo hincapié esencialmente en la situación de la SM y los aportes interdisciplinarios, frente a su contrapartida que es la hegemonía asilar y cronificante. Hasta el año 2000, sanción de la ley 448, coexistía el modelo tradicional de atención psiquiátrica basado en la restricción y el aislamiento de la padeciente mental, cuando no el disciplinamiento, cuyo exponente máximo eran los neuropsiquiátricos o llamados “manicomio. Cabe mencionar que desde 1993 ya estaban los antecedentes de discusión, reflexión y propuestas sobre la transformación del Sistema de SM en lo organizativo y lo institucional, en ciertos profesionales cuya sensibilidad e ideología se consustanciaban con la política de DD.HH. Así fue el germen que llevó luego a la elaboración de la ley 448, por mandato Ley 153 surgida de la CCABA. A partir del año 2010 y con la sanción de la Ley 26657 se produce la interdicción de nuevos manicomios y un concepto diferente del tratamiento de pacientes. (Internaciones breves, prioridad de derechos, etc.) Una mirada nueva que interpela los sistemas cronicarios del encierro, profundizando las modalidades de abordaje más convenientes, dando un lugar equivalente/igualitario a las distintas disciplinas de la Salud, como así también los principios para la protección de derechos reconocidos en la declaración Universal de los DD. HH. y especialmente apuntalando el orden de las capacidades para evitar la discriminación negativa.

En este sentido la importancia del abordaje **interdisciplinario** se articula con una concepción del estado benefactor hacia una sociedad que pueda dar respuestas a los múltiples factores de inclusión social, de manera que se facilite la reducción del tiempo de

internación en casos extremos, en otros que se impida la internación a través de programas específicos de asistencia domiciliaria (Adop/Adopi), en otros que favorezca la inserción social con la inclusión de otras disciplinas (Terapia Ocupacional/Trabajo Social) y favoreciendo la rehabilitación (Talleres Protegidos)

En un Estado de Derecho, las políticas públicas refieren siempre a sectores diversos: en salud, en educación, en desarrollo social, en infraestructuras, en comunicaciones, etc. por lo tanto conforman un campo de **abordaje interdisciplinario**. Allí la ciencia política, la administración pública, el derecho, la economía, la sociología, la comunicación, el trabajo social, la psicología, la medicina, entre otras más que puedan surgir, deberían dialogar para analizar, diseñar, planear, evaluar e implementar las acciones gubernamentales.

Es en este sentido que las políticas públicas deberían adecuarse a los tiempos modernos, no solo en cumplir con las Leyes de SM sino en disponer un cambio radical en las estructuras de los efectores de Salud para posibilitar su aplicación. En el aspecto que apunta al cambio de las estructuras es donde encontramos el nudo gordiano de la situación actual. Veremos cómo la normatización y el sometimiento de los funcionarios a determinados intereses pueden llegar a disfuncionar, obstaculizar y hasta impedir la aplicación de derechos tergiversando el objetivo de las políticas públicas.

3) **¿Qué nos queda? ¿Qué subsiste?**

Desde que asumió el actual gobierno en la Ciudad, Diciembre del año 2007, hubo marchas y contramarchas para una “reforma” que nunca se cumplió sino a través de alterar notablemente las posibilidades de cambio, la ideología que sustenta este entramado de contradicciones es que se cambie todo para que todo quede igual. Les voy a detallar una serie de fallidos de políticas públicas del ejecutivo porteño respecto a la Salud:

- Crearon Planes de Salud Mental improvisados e inconsultos que fracasaron todos. El único Plan muy completo, consensuado y debatido democráticamente fue el que presentó el Dr. Ricardo Soriano año 2002-2006.
- Dividieron en IV regiones sanitarias la ciudad con la propuesta de un hospital de cabecera, de alta complejidad para cada una, donde ya se anunciaba el desgaste que vemos hoy en la mayoría de los 33 hospitales que tenemos. Observándose el abandono edilicio, tecnológico, de insumos, en la mayoría de los efectores (Álvarez, Durand, Quemados, Rivadavia, Ramos Mejía, Tornú, etc.)
- Anunciaron un Master Plan de unificación de 3 Hospitales (Muñiz, Udaondo, Ferrer) en contradicción con las experiencias internacionales que desaconsejaban unificar un efector de infecciosas con gastroenterología o de rehabilitación

respiratoria. Plan que no pudieron imponer gracias a la resistencia de los trabajadores.

- Desjerarquizaron la Dirección de SM bajándola y subiéndola de nuevo a Dirección General que tiene control solamente en 6 efectores (Moyano, Borda, Tobar García, Centro de SM N°1 “Dr. Hugo Rosarios”, Centro N° 3 Ameghino) dejando fuera de su égida a los Servicios de Psiquiatría donde se atiende la SM, en los Hospitales Generales, haciendo depender a estos de los directores de las IV Regiones Sanitarias. Lo cual conlleva una desarticulación que fragmenta la necesaria cooperación entre los equipos interdisciplinarios en SM.
- Efectivizaron cambios compulsivos de Directores para administrar, gestionar y controlar en forma directa sus políticas de achicamiento (Ameghino, Alvear, Tobar García) porque corren los tiempos de administración de la gestión y los compromisos son fuertes (Borda, Talleres Protegidos, Moyano, ExRawson) incluyendo el famoso Centro Cívico- en las 40 hectáreas del predio y avanzando luego con la construcción del Distrito Gubernamental. Mientras los trabajadores de la Salud sostienen su labor diaria en la comunidad ante situaciones angustiosas y extremas en medio de las pésimas condiciones laborales. No es por casualidad que comenzaron con los efectores monovalentes que se ocupan de la Salud Mental.
- Aprobaron pliegos por Res. N°52/MSGC/12 para licitar el servicio de internación prolongada de pacientes psiquiátricos y pacientes gerontopsiquiátricos del Borda y Moyano. Es decir en flagrante violación de las Leyes de Salud Mental que *“prescriben la creación de dispositivos intermedios alternativos que permitan la pronta reinserción social de los afectados, previniendo y sustituyendo progresivamente las internaciones prolongadas, de probada ineficacia en todo el mundo”*.
- Suspendieron un Programa de Atención Comunitaria a Niños y Niñas con Trastornos Mentales Severos (PAC), que funcionaba desde 2007 en el Centro de Salud Mental N° 1 dependiente del gobierno de la Ciudad, con profesionales que vienen trabajando hace más de 20 años y que han tratado a más de 500 chicos, y a sus familias, muchos de ellos institucionalizados en hogares. En esta maniobra ya se advertía una profundización de la política en salud mental que busca financiar internaciones prolongadas en clínicas psiquiátricas en lugar de desplegar estrategias de reinserción social y rehabilitación. La Resolución ministerial con la que ejercen el poder haciendo esto señala como objetivo *“apuntar a una atención integral de la salud, con la función de armar redes de contención socio-familiar para niños y jóvenes en situación de alta vulnerabilidad psicosocial”*. Con esta falacia se posibilita la tercerización en Hogares contratados y la medicalización de

la infancia en los hospitales. Datos: en la Ciudad de Bs. As. existen unos 30 hogares que albergan a más de 900 chicos.

- Impulsaron Contratos (Emergencia Sanitaria) que subsisten como un paliativo circunstancial a la disponibilidad de recursos humanos necesarios que permiten precarizar y explotar al profesional con total impunidad. Evitando así cumplir con el llamado a concursos y manteniendo una ostensible baja de dotación en recursos humanos que postergan siempre la apertura a otras disciplinas que no sean especialidades médicas.
- Promovieron por Decreto (Dto.260/12) en el Boletín Oficial nuevas estructuras que modificaron radicalmente la dependencia de las profesiones inaugurando más cargos de conducción dirigidos solamente a médicos, con el fin de compactar las áreas que legítima y legalmente eran **interdisciplinarias**, contrariando a leyes superiores y a la jurásica Carrera Profesional de Salud (Ord.41.455) que vienen “emparchando” sistemáticamente desde hace 30 años, asegurándose con la indefinición la base de un poder omnímodo cuando niegan el avance de otros saberes para afrontar las nuevas problemáticas sociales. Referido a esto es curioso volver a leer el art.1.1 de esa Carrera, que pondera: “...*la inclusión de otra profesión universitaria de acuerdo al requerimiento del progreso científico, la demanda de servicios y/o las prioridades fijadas por la política sanitaria de la Ciudad de Bs.As.*”

Un ejemplo claro de este maniobrar- acelerado y confuso- es haber cambiado en los Hospitales Polivalentes la denominación del Servicio de Psiquiatría por “*Servicio de Salud Mental*”, de acuerdo con el art. 9º de la Ley 448 que dice: “*Se establece para todos los efectores y servicios del Sistema, la denominación uniforme “de Salud Mental”*” . , pero sin modificar la estructura de pertenencia del mismo, de manera que la jefatura deba ser para la especialidad médica.

Respecto al marco de formación de Residencias y Concurrencias en el Sistema Público, durante el pasado año (2015) el Ministerio de Salud del gobierno de la CABA dictó resoluciones (Res. 400 y 405) que alteraban notablemente los programas en Salud que venían elaborándose desde el año 2003 dentro de la Dirección de Capacitación y en concordancia con la **interdisciplina**, separando las profesiones de médicos psiquiatras y de psicólogos. Luego siguieron avanzando con las demás disciplinas con otra resolución (R.445) proponiendo la subalternidad con Psicopedagogía, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Musicoterapia. En el caso de los psicólogos fue notable la intromisión de la Dirección de Salud Mental en el intento de procurar que la formación de psicólogos y psiquiatras dependiera de esa misma Dirección de SM (Res.440), reconocida por ser refractarios a los psicólogos. Gracias a una medida cautelar de las asociaciones gremiales y

profesionales involucradas -cuyo juzgado dio lugar al amparo presentado- se pudo detener en este año la medida de ajuste. De manera que los coordinadores de programas de formación quedan bajo la órbita de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (como continuadora de la anterior Dirección de Capacitación Profesional y Técnica).

Más allá de las modificaciones que podrían estimarse como deseables en todo sistema de formación, quedó claro desde un comienzo que la salvaje intromisión de la Dirección de Salud Mental sólo parecía responder a una disputa de poder que no tenía en cuenta ni el requerimiento elemental de contar con propuestas y equipos para desarrollar un sistema de capacitación en servicio –con su compleja articulación con los servicios y centros de salud- ni la legalidad básica sobre la que se asienta el sistema. La intencionalidad de tales cambios era de someter a las distintas disciplinas en formación bajo el dominio del Modelo Médico Hegemónico.

Otro de los síntomas que indicarían este cercenamiento que facilita la concentración de poder en el MMH se observa además dentro de un hecho fáctico que contrasta con el espíritu de las leyes. La Cátedra de Salud Mental, dependiente de la Facultad de Medicina, ha realizado cursadas veloces en distintas materias, una es Psiquiatría y otra es Psicosemiología, que se dan dentro de los hospitales habilitados para tal fin, otorgando a los alumnos de medicina esa posibilidad. Durante años, más de una década, todos los profesionales de planta del Servicio de Salud Mental hemos colaborado como docentes, con el fin de enriquecer con la **interdisciplina** una óptica novedosa en el tema. En este año, los nuevos coordinadores de enseñanza, médicos psiquiatras ambos, han decidido reestructurar la enseñanza en menos módulos excluyendo a los profesionales psicólogos y psicopedagogos, con el argumento de que la fragmentación de la Psicopatología en tantas otras disciplinas no-médicas obstaculizaba la implementación del DSM. De manera que evitando la perspectiva de otras miradas de la Salud Mental se evitarían las influencias perniciosas que atentarían contra el MMH.

4) **¿Cuál es el devenir?**

Nada de lo expuesto debería entenderse solamente como avances y retrocesos en las políticas públicas sino que se trata de un verdadero posicionamiento político, social y económico que reproduce prácticas de control social para los grupos más vulnerables de la población e impide el cumplimiento de la legislación vigente, favoreciendo los procesos de medicalización de la infancia; la incidencia de factores de demarcación entre salud y enfermedad, entre normalidad y anormalidad; las prácticas de exclusión social en instituciones privadas de encierro, en suma fortalece la continuidad del “status quo” de las corporaciones médicas.

Ofertan la eficiencia y la productividad para tapar la destrucción del Sistema de Salud Público Gratuito y Solidario. Esto es el “gerenciamiento” que para imponerse buscará debilitar primero el criterio humanista de las profesiones y los equipos de salud porque son quienes priorizan las reales necesidades de la comunidad a demanda de lo que esa comunidad necesita, generando ciudadanía y promoviendo derechos.

Consideramos que hasta ahora el cumplimiento de algunos dispositivos, como el de las Guardias Interdisciplinarias en SM de los Hospitales Generales de Agudos, han sido gestos mínimos para disminuir las complicaciones generadas por falta de esa especialidad médica junto al incremento de la demanda por adicciones y violencia, pero no basta. Quienes nos consideramos trabajadores de la Salud Mental llevamos más de una década de experiencia pidiendo que se cumpla efectivamente con las Leyes de Salud Mental y no vamos a claudicar.

Por eso es tan importante discutir las políticas públicas, su implicancia en el cambio de estructuras para posibilitar el **ejercicio interdisciplinario** transformando el modelo médico hegemónico, porque es allí donde se esconden los intereses que niegan la aplicación efectiva de las Leyes de SM y el cambio estructural necesario en la Salud de todos para promover ciudadanía y asegurar los derechos de la comunidad.

Los cimientos de nuestros logros históricos subsisten. Lamentablemente, fragmentados por la ausencia de la función central del Estado Nacional en integrar y comunicar la riqueza de las diversidades regionales.

Por eso son importantes las redes. Está en nuestras manos construirlas. Y con ello concretar nuestros derechos. **Conociendo derechos se gestarán luchas.**

Con **Mario Testa** pensamos que **“el verdadero resultado de las luchas no es el éxito inmediato sino la unión cada vez más extensa”**

Bibliografía

Bleger, J. Psicología Institucional, 1991, Bs. As., Paidós.

Cardella, A. “Notas sobre la tarea del psicólogo como trabajador de la salud mental”, 7° Congreso Argentino de Psicología, Córdoba, 1986.

Galli, V. Problemáticas de la Salud Mental en la Argentina, Rev. Fénix, 2013.

Leyes: 448 de la CABA , 2000; 26657 de la Nación, 2010.

Menéndez, Eduardo L., El modelo médico y la salud de los trabajadores. Ed. Nueva Imagen, 2005.

OPS-OMS. Esquema para el abordaje de las implicaciones económicas en Salud. Año 2001.

OMS Declaración de Alma Ata, URSS, 1978.

Naddeo, M. E. Comisión especial de seguimiento y evaluación para el cumplimiento de la Ley 448, Legislatura de la CABA, 2011.

Planella, Ana M., La Salud Mental en la Argentina. RV Ediciones, 2009.

Stolkiner, A. Interdisciplina y Salud Mental, Jornadas nacionales de Salud Mental, 2005.

Suaya, Dulce, Subjetividad y Política. Compilación de "Espacios de Diálogo". Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2008.