

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2014.

# **Prácticas garantes de derecho en salud mental: el oficio del acompañamiento terapéutico, políticas públicas y marcos jurídicos.**

Ferreyra, Julián Agustín.

Cita:

Ferreyra, Julián Agustín (2014). *Prácticas garantes de derecho en salud mental: el oficio del acompañamiento terapéutico, políticas públicas y marcos jurídicos*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/500>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/muw>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# PRÁCTICAS GARANTES DE DERECHO EN SALUD MENTAL: EL OFICIO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO, POLÍTICAS PÚBLICAS Y MARCOS JURÍDICOS

Ferreira, Julián Agustín

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - Comisión Nacional Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones (Jefatura de Gabinete de Ministros)

---

## RESUMEN

La siguiente ponencia propone debatir y problematizar la dimensión política del acto en salud-salud mental desde los conceptos de cuidado/autoatención en clave de un enfoque de derechos. Para ello, tomaremos como eje ordenador a la práctica del acompañamiento terapéutico en su relación con equipos interdisciplinarios en salud / salud mental. Se ha escrito con el propósito de definir cierto "rol" del AT: es decir, describir funciones, competencias, responsabilidades, etc. Proponemos, no una definición descriptiva o normativa del AT. Más bien, que la delimitación de su campo de intervención se instituya a partir de un proceso constante, tomado por la complejidad y la singularidad del caso. Una pregunta por su práctica que nos invite a pensar en políticas en salud mental: en relación a la gestión/planificación, la asistencia y la formación profesional. Para ello, tomaremos elementos instituidos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental atinentes a la inclusión del AT al interior de equipos de salud/mental, tendiente a favorecer y operacionalizar propuestas de interdisciplina, intersectorialidad y desinstitucionalización. Finalmente, dejaremos planteados interrogantes en torno a la formación y capacitación del AT, en la línea de una concepción macro en políticas públicas relacionadas.

## Palabras clave

Acompañamiento terapéutico, Interdisciplina, Políticas en Salud Mental, Derechos

## ABSTRACT

PRACTICES GUARANTORS OF RIGHTS IN MENTAL HEALTH: THE FUNCTION OF THE ACCOMPANIMENT THERAPEUTIC, PUBLIC POLICIES AND LEGAL FRAMEWORKS

The following paper proposes to discuss and problematize the political dimension of the act in health-mental health from the concepts of care/self-care in key of rights approach. To do this, we will take as an start point the practice of therapeutic companionship (AT) in their relationship with interdisciplinary assistance teams in health / mental health. It has been written for the purpose of defining a certain AT "role" : ie describe functions, powers and responsibilities, etc. We propose, not a descriptive or normative definition of the AT. Rather, from the delimitation of its field of intervention it would be institute from an ongoing process taken by the complexity and uniqueness of the case. A question from its practice that invite us about thinking in mental health policy, in relation to the management / planning, assistance and training. To do this, we'll take elements instituted from the National law of mental health pertaining to the inclusion of the AT in health care teams / mental health teams, tending to promote and operationalize interdisciplinary proposals, intersectoral and deinstitutionalization. Finally, we will leave

raised questions about the training of AT, in line with a conception macro public policy related.

## Key words

Accompaniment therapeutic, Interdisciplinary, Policy in Health Mental, Rights approach

## DESARROLLO

### 1.1) La delimitación del Acompañamiento Terapéutico: oficio y horizonte

Se ha escrito con el propósito de definir cierto "rol" del AT: es decir, describir funciones, competencias, responsabilidades, etc.

En este primer apartado proponemos, en cambio, no una definición descriptiva o normativa del AT. Más bien, que la delimitación de su campo de intervención se instituya a partir de un proceso constante, tomado por la complejidad y la singularidad del caso. Una pregunta por sus prácticas no prefijada ni cerrada, sino más bien como horizonte: a construirse y constituirse desde lo contingente.

Para ello, tomaremos elementos instituidos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental atinentes a la inclusión del AT al interior de equipos de salud/mental, tendiente a favorecer y operacionalizar propuestas de interdisciplina, intersectorialidad y desinstitucionalización. Nos será luego indispensable dejar planteados interrogantes en torno a la formación y capacitación del AT.

Existe gran cantidad de bibliografía a propósito de definir cierto "rol" del AT: es decir, describir funciones, competencias, responsabilidades, etc. Esto es, distintas variantes tendientes a definiciones de corte descriptivas o normativas del AT.

El espacio de este escrito resulta insuficiente para relevar y describir rigurosamente dichas fuentes, muchas de las cuales merecen un respeto y consideración por surgir de los espacios clínicos y de intervención. Diremos que, como rasgo común y desde esta óptica, aún cuando se recalque cierto miramiento por el "caso por caso" (que termina siendo abstracto), se propicia una *modus docendi* único y preestablecido.

En tiempos en que la técnica y el discurso de las llamadas ciencias de la salud pugnan por el establecimiento de los formatos estandarizados y la homologación, no es casual que estas mismas lógicas se reproduzcan al interior del campo del AT.

En este marco, nuestra pregunta-propuesta al respecto de dicha práctica reviste, primeramente, la premisa de que la delimitación de su campo de intervención se instituya a partir de un proceso constante, tomado por la complejidad y la singularidad del caso. Establecer un posicionamiento distal y crítico del discurso hegemónico tendiente a la especialización objetivada, y para no repetir la anteriormente mencionada posición abstracta, proponemos con-

cebir la práctica del AT como un oficio. Esto es, y tomando los sub-suelos y raíces del término, reivindicar una acción tendiente al emprendimiento de “diligencias eficaces en pro de alguien”, al tiempo que se presupone que dicha práctica implicará un deseado “buen desempeño”. A su vez, tomando otra arista del concepto, resaltar su reminiscencia al campo jurídico: actuar “de oficio” y “sin instancia de partes” (los enunciados en bastardilla corresponden a RAE, 2013). Esto último, lo proponemos, al respecto de la centralidad que creemos debe tener en esta práctica el resguardo y la promoción de derechos, no como una pieza accesorio, meramente enunciativa o políticamente correcta sino más bien atravesando en su totalidad al acto de acompañar.

En relación a uno de los conceptos arriba citados, que pretendemos llenar de contenido, pensamos a la complejidad desde el enfoque aportado por Rolando García (1989) como un constructo central a la hora de problematizar al AT. Desde el autor, la construcción del problema de investigación/intervención devendrá de la constitución de una estructura configurada de manera sistémica por distintos elementos y objetos discretos, proporcionados por los representantes de distintas disciplinas y saberes (y no sólo académico-disciplinarios).

Dichos representantes, actores y sujetos con sus historias, recorridos, enfoques teóricos, lugares de poder-legitimación y, por qué no, narcisismos, podrán tomar la decisión teórica y política de concebir una situación de intervención compleja en tanto propugnen una circulación del saber y del poder horizontal y crítica, definiendo propuestas y modalidades de abordaje abiertas a lo contingente, a la situación del no-saber (y su respectiva incertidumbre) y al establecimiento de dispositivos lo suficientemente flexibles a la reformulación andante, que estallen concepciones vetustas e instituidos coagulantes de la clínica tradicional.

De este posicionamiento, sostenemos, la presencia del AT en el interior de equipos de asistencia resulta fundamental, no sólo como un componente o actor más del mismo, sino por poder ser justamente uno de los agentes que más atento y ocupado esté en relación a la pregunta por la complejidad y la validez del consecuente dispositivo-modalidad de abordaje.

Esto es, al tiempo que se proponga una pregunta por su propia práctica, no prefijada ni cerrada, propiciar dicha pregunta al conjunto del equipo interviniente. Ser un agente que invite a preguntarnos en todo momento por la pertinencia de la dirección de la cura emprendida en conjunto, interdisciplinaria y con la necesidad de pensar en términos de inter saberes (Stolkiner, 1999).

Pregunta, entonces, en tanto horizonte (Merleau-Ponty, 1999): a construirse y constituirse pero a la vez propugnando al acción, teniendo presente el carácter de acontecimiento (Badiou, 1999) que todo acto en salud implica [y necesita para su definición].

## 1.2) El AT y la protección integral de la salud mental: Ley 26.657

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (Boletín Oficial, 2010) viene aportando legalidad a una gran cantidad de buenas prácticas en salud y salud mental que, si bien eran desarrolladas con anterioridad a su sanción no contaban con un marco normativo, regulatorio y de apoyo.

A su vez, y bajo la legitimidad de haber sido votada por amplios consensos parlamentarios, y contar con el apoyo de profesionales, usuarios y organizaciones de la sociedad civil, inaugura un período inédito de oportunidades de transformación y cambio de otras modalidades de intervención más centradas en una lógica hospitalocéntrica, asilar-manicomial. Es decir, toda una serie de acciones, tradiciones e instituidos que, con sus matices, historias y

lógicas montadas, se sostienen básicamente desde los fundamentos y doctrinas de una institución total (Goffman, 1994); esto, desde los tradicionales hospitales psiquiátricos con muros, pasando por dispositivos como algunas comunidades terapéuticas, clínicas del subsector privado, etc.

Se discute y afortunadamente se seguirá discutiendo desde los diversos agentes del campo de la salud, y en particular salud mental, al respecto de diversos puntos que dicha ley, y su contemporánea reglamentación, instituyen; nos excedería aquí una discusión detallada al respecto, pero sí es interesante pensar a la ley, a las leyes, en su dimensión de ordenamiento de la experiencia social, constituyéndose como una terceridad capaz de operar y mediar más allá de cualquier accionar arbitrario, represivo o tutelar.

Habida cuenta de existir también un profundo desconocimiento, tanto al respecto de articulados técnicos como del espíritu de la normativa, nos parece interesante enunciar y tomar aquí algunos puntos que complementen nuestra reflexión sobre la práctica del AT, por considerarla un asidero jurídico privilegiado para el desarrollo, mejoramiento y problematización de dicho oficio.

Justamente, y evitando recaer en una reflexión netamente técnica, pensaremos a la ley como una ley-proyecto que encarna fuertemente un programa basado en el respeto por los derechos humanos de los sujetos: respeto, resguardo, promoción de derechos que sólo puede realizarse desde prácticas y dispositivos basados en la premisa fundamental del cuidado y dignidad de las personas y comunidades:

ARTICULO 1° —“La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...”

Y luego, enumerando una serie de derechos civiles y humanos específicos, de los cuales nuestra práctica en cuestión se presenta como fundamental para la concreción de muchos de los mismos:

ARTICULO 7° —El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

“...d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria...”

Complementando la última línea, y en relación a la importancia del acompañamiento y garantía de una atención en salud mental centrada en la comunidad de origen o referencia de los sujetos:

ARTICULO 9° —“...Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”.

Y luego más explícitamente:

ARTICULO 14. —“...Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”.

Atentos a estos últimos enunciados, tendientes a concebir niveles de restricción mínima de derechos básicos tales como el trabajo, el mantenimiento de vínculos y relaciones familiares en la propia comunidad, observamos cómo no sólo la imposición del dispositivo asilar manicomial restringiría derechos sino también la ausencia de instancias de coordinación y prácticas en otro tipo de instituciones (por ej. en la asistencia ambulatoria): articulación intersectorial con áreas de lo público atinentes a Trabajo, Desarrollo social, Vivienda, etc.

Así, la intervención y presencia dentro del equipo interdisciplinario del AT, pudiendo propiciar y colaborar en el mantenimiento y pro-

moción de las mencionadas acciones, se presenta como central al momento de diseñar un programa asistencial, situado en el sostenimiento de un enfoque de derechos (Stolkiner, 2010) en sintonía con la Ley 26.647. Volveremos sobre esto último hacia el final.

Para finalizar, aportando otros pasajes de la ley que avalen lo desarrollado en el anterior apartado en relación a la inclusión del AT dentro de una estrategia tendiente a la interdisciplinariedad:

ARTICULO 8° — “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (el resaltado es nuestro)”.

A su vez, y sin recaer necesariamente en el proceso de internación para pensar en otros momentos y modalidades al interior de un tratamiento, el siguiente artículo anuda los conceptos de interdisciplina e intersectorialidad:

ARTICULO 9° — “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...”.

Este último artículo, al referirse a la atención primaria de la salud (APS), va en la línea de lo planteado en el documento de la Federación Mundial para la Salud Mental (2009, p. 3), al referir a que “La atención primaria es la relación a largo plazo entre una persona y su médico. El médico clínico proporciona atención para la mayoría de las necesidades de salud, y coordina los servicios de atención adicionales más allá de su campo de experiencia y conocimientos (...) La atención primaria es el suministro de servicios integrales y accesibles de atención de salud por médicos clínicos que son responsables por lidiar con una gran mayoría de las necesidades personales de atención de salud, estableciendo una alianza constante con los pacientes y ejerciendo en el contexto de la familia y la comunidad”.

Si bien el citado del documento refiere a la figura del clínico (ya sea médico o cualquier otro profesional de la salud), podríamos relacionar y complementar dicha propuesta y definición con lo arriba planteado en torno al AT, en tanto un agente clave a la hora de relacionar y articular a los dispositivos con la comunidad y las distintas instituciones y lazos de los sujetos y las comunidades.

Esto a su vez es coincidente con el planteo de que la APS debe dar prioridad a la persona, propuesto por la OMS en el Informe sobre salud en el mundo (2008, p. 47) en donde se alude a que “Manejar los problemas de salud, en cambio, es más complicado porque hay que entender a la gente de manera holística: sus problemas físicos, emocionales y sociales, su pasado y su futuro, y las realidades del mundo en que viven. Sin una perspectiva global de la persona, atenta al contexto familiar y comunitario, se pierden de vista aspectos importantes de la salud que a primera vista no encajan en las distintas categorías de enfermedad”.

## **2) Pertinencia desde la gestión, las políticas y la gestión política: prácticas garantes y promotoras de derechos y ciudadanía**

Ahora bien, desde una dimensión macro, pensando desde la gestión y las políticas, es que primeramente plantearemos lo siguiente: tal como el título de este apartado lo adelanta, sostenemos que si estamos situándonos dentro de un marco acorde al enfoque de derechos nos es indispensable pensar a la gestión y a la política en una conjunción. De ahí es que nos interese plantear, también a modo de hipótesis de trabajo o a futuro, la idea de gestión política, en tanto toda gestión pública debe situarse como un acto político y

no como meras acciones administrativas. Esto, a los fines de diferenciar o sustraernos de principios de corte economicista o de Mercado que muchas veces han incidido en lo público. Entonces, desde esta égida, una gestión política del Estado será pensada como una acción tendiente a ser garante y promotora de derechos y a velar por una ética democrática en pos de las mayorías.

Para ampliar esta línea de sentido introduciremos lo conceptualizado por O'Donnel (2008, p.3), cuando afirma que “...en la medida en que un Estado satisface (...) e impulsa la expansión y consolidación de las diversas ciudadanía (civil, social y cultural, además de la política ya establecida por aquel régimen) implicadas por una democracia más plena, va dejando de ser un Estado que sólo alberga un régimen democrático pero que puede conservar numerosos bolsones autoritarios. Tiende entonces a convertirse, en la medida que va impulsando y garantizando otras ciudadanía, en un Estado realmente consonante con la democracia, un Estado de y para ella o, más simplemente, un Estado democrático. Este es un Estado que además de sancionar y respaldar los derechos de ciudadanía política implicados por un régimen democrático, por medio de su sistema legal e instituciones sanciona y respalda una amplia gama de derechos emergentes de la ciudadanía civil, social y cultural de sus habitantes”.

Si pensamos a la gestión política como una acción que se sitúa, y a su vez instituye, a la política global de un Estado, nuestro planteo anterior cobra sentido, en tanto “...el Estado no es sólo un conjunto de burocracias (...) es el ancla indispensable de los derechos de la ciudadanía. Sin este anclaje, un régimen democrático simplemente no existe, o se convierte en una caricatura en la que se realizan elecciones pero ellas no satisfacen requisitos mínimos de competitividad, equidad e institucionalización. (...) ese anclaje es especialmente importante para los sectores postergados, discriminados y/o excluidos, quienes no tienen la posibilidad de “fugarse” del Estado mediante la contratación de diversos servicios o beneficios privados.” (Op. Cit., p. 4).

En esta línea, podemos pensar cómo un acto en salud puede potenciarse con la coordinación mancomunada de todo el equipo, los órganos de revisión, gestión y la comunidad, valiéndose de lo que del oficio del AT más arriba propusimos. En este sentido, y siguiendo al autor, cómo la práctica del AT iría en contra de una concepción de ciudadanía de baja intensidad, en tanto rompería el supuesto de que el acto en salud o la clínica tendiesen solamente a una acción de corte asistencialista, que sitúa a una persona o comunidad como un objeto de cuidado. En cambio, una práctica que tienda a la subjetivación (Stolkiner, 2001), a la inclusión de diversas ciudadanía (sobre todo las más postergadas) y la configuración de un sujeto de derechos como destinatario de nuestras acciones en salud-salud mental. Es decir, no ya tener delante a un sujeto catalogado como “alienado”, “idiota”, “enfermo”, “paciente” o catalogado y etiquetado por alguna nosología (tal como genealógicamente podríamos nombrar al sujeto de las prácticas de nuestro campo) sino justamente a un sujeto social, colectivo, histórica y geográficamente determinado y al resguardo del Estado de Derecho.

## **CONCLUSIONES**

En primer lugar, y limitándonos solamente a enunciar lo siguiente, pensamos como fundamentalmente necesaria la institución pública tanto de espacios reconocidos, avalados y de excelencia para la formación de acompañantes terapéuticos como también la redacción de reglamentaciones pertinentes que enmarquen y resguarden la práctica. Una y otra cuestión en el sentido de valorizar, reconocer y legitimar la práctica, este oficio: brindar dignidad y derechos también al practicante, muchas veces envuelto en situaciones de severa precariedad laboral.

Hacer esto desde lo público y no desde (o solamente) distintas instituciones privadas; y si bien existen instituciones públicas (tales como Hospitales y Servicios especializados) encargadas de dicha formación, sería dable que las mismas (como también las del subsector privado que así lo deseen) pudieran ser contenidos a partir de reglamentaciones y marcos superiores, haciendo partícipe a Universidades, Centros y Servicios Asistenciales, agrupamientos profesionales y grupos de usuarios.

Retomando la cuestión de lo que implica una práctica o intervención basada en el respeto de los derechos, y pensando en la formación de los AT, es importante señalar que un enfoque de derechos en el campo de la salud / salud mental no se limita a la aplicación de una ley o de la ley en general. Esto, en tanto concebimos a las leyes, y sobre todo a las que introducen una ruptura con la inercia de cierto statu quo conservador imperante, no como un fin sino más bien como un medio. Una herramienta que permita transformar nuestro campo de intervención, y que no se valga de una aplicación de compromiso, tendiente al mero cumplimiento normativo de la legislación.

Así, y en tanto herramienta, debe ser utilizada por los profesionales y equipos, tendiendo a espacios y mecanismos reflexivos que permitan problematizarla y mejorarla, haciéndola cada vez más acorde a la(s) realidad(es).

Así, la mera transmisión a modo de repetición de los sucesivos artículos de esta u otras leyes afines, cual si fueran un folleto, no impartiría en la enseñanza del oficio del AT ningún elemento interesante o siquiera útil para su práctica.

Incluyendo en la formación del AT, dentro del ámbito público, los textos de las leyes, pero extrayendo centralmente los elementos enunciativos, epistemológicos, teóricos y sobre todo ideológicos, que tracen la concepción del enfoque de derechos no en tanto la suposición de un saber, “bien” o poder sobre el otro, sino por el contrario una apertura hacia la diversidad del semejante (ese al cual acompañamos), fundada principalmente en el respeto por su dignidad como sujeto y ateniéndose a su inscripción social como ciudadano, partiendo de la presunción de capacidad de todas las personas (parafraseado del Artículo n°3).

La constante mención de un posicionamiento tomado por el enfoque de derechos cobra sentido al momento de plantear que toda reforma, reparación y mejoramiento definitivo en el campo de la salud mental podrá efectuarse teniendo como horizonte al campo de lo Público; al Estado en tanto garante de derechos y ampliación de ciudadanía y al estar a la altura como clínicos de construir un sujeto acorde a estos puntos.

Para finalizar, creemos que ninguna solución podrá hacerse ni desde la mera buena voluntad o desde experiencias aisladas y centradas sobre sí, sino desde una visión de conjunto, democrática y acorde a las necesidades y problemáticas sociales de la mayoría: desde una gestión y actos políticos en salud, garantes y reproductores de derecho. Si el sujeto de nuestras prácticas no es concebido como sujeto de derecho tenderemos un desencuentro ad eternum, un extravío en nuestras prácticas.

## BIBLIOGRAFIA

- Badiou, A. (1999) *El ser y el acontecimiento*. Buenos Aires. Manantial.
- García R. (1989). *Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria*. Trabajo presentado en las IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Buenos Aires.
- Goffman, E. (1994) *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914.*
- Merleau-Ponty, M. (1999) *Fenomenología de la percepción*, Editorial Altaya, Barcelona.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Madrid, España.
- Stolkiner, A. (1999) : “Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?”. *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada* Año 3 , No 12 , Rosario. (acceso : [www.campopsi.com](http://www.campopsi.com))
- Stolkiner, A. (2010) *Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente*. *Medicina Social*. Extraído el día 29 de abril de 2013 de: <http://www.medicinasocial.info/> Volumen 5 Número 1, 89-95.