

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Marco legal de la psicología comunitaria en Argentina.

Garzaniti, Ramiro.

Cita:

Garzaniti, Ramiro (2016). *Marco legal de la psicología comunitaria en Argentina. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/556>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/NuC>

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>.

MARCO LEGAL DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA EN ARGENTINA

Garzaniti, Ramiro

Comisión de Investigaciones Científicas, Provincia de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es realizar una recopilación exhaustiva del marco legal nacional y las recomendaciones de los dos organismos multilaterales que se encargan de la salud y de los cuales nuestro país forma parte: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Psicología Comunitaria es una práctica dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado que estudia, de esta forma, las relaciones entre salud mental y poder, entre las condiciones de vida y su efecto sobre procesos psicosociales. Como trabajadores de la salud no podemos ignorar las directivas que nos envían desde los centros de poder. Estas normas enmarcan nuestro trabajo aconsejando y desaconsejando, prohibiendo y autorizado, incidiendo en la agenda y generando una práctica que incide en la salud de la población. Los resultados muestran claras coincidencias respecto a las problemáticas encontradas, los objetivos planteados y en las estrategias y líneas de acción a futuro propuestas por la OPS, la OMS y el Estado argentino.

Palabras clave

Psicología comunitaria, Promoción de la salud, Atención primaria de la salud

ABSTRACT

LEGAL NORMS FOR THE COMMUNITY PSYCHOLOGY IN ARGENTINA
The aim of this work is a comprehensive compilation of the national legal norms and the recommendations of the two multilateral agencies in charge of health and of which our country is part: the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO). The Community Psychology is a practice to the social collective, with a delimited territorial location, it studies the relationship between mental health and power, between living conditions and their effect on psychosocial processes. As health workers we can not ignore the directives sent to us from the centers of power. These standards frame our work advising and discouraging, forbidding and allowing, making the agenda and that generate a practice that have effects on population's health. The results show clear coincidences between PAHO, WHO and the Argentinian state about the problems encountered, objectives, strategies and action lines for future proposed.

Key words

Community psychology, Health promotion, Primary health care

Introducción

El objetivo de este trabajo es realizar una recopilación exhaustiva del marco legal y las recomendaciones de los dos organismos multilaterales que se encargan de la salud y de los cuales nuestro país forma parte: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De esta forma se

busca describir las normativas que enmarcan el trabajo del psicólogo comunitario.

La Psicología Comunitaria es una práctica dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado, en relación a sectores u organizaciones con ampliación de sus fines sociales, incrementando su contenido crítico y con aplicación de tecnologías y técnicas provenientes de la psicología social y la psicología clínica, o del desarrollo (De Lellis, 2010). Tiene como fin el desarrollo de comunidades autogestoras para el diagnóstico y solución de sus propios problemas (Montero, 2004). Estudia, de esta forma, las relaciones entre salud mental y poder, entre *“las condiciones de vida y su efecto sobre procesos psicosociales”* (ídem: 35). Trasciende de esta forma una visión molecular y alcanza una perspectiva más completa que tiene que ver con su impacto global sobre el desarrollo de sociedades saludables (Londoño Perez, Valencia Lara, y Vinaccia Alpi 2006).

El sujeto se entiende entonces de forma fenomenológica, experiencial y dinámica, como un momento activo y permanente de tensión, contradicción y desarrollo en la confrontación necesaria entre la subjetividad social y la individual (González Rey, 2008). Este aparece constantemente comprometido de forma simultánea en una multiplicidad de escenarios tanto macro como micro sociales.

La salud es entendida como un proceso de relativo bienestar bio-psico-socio-cultural. Es un fenómeno complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano (Bonzo, Castro, De Lellis y Tissera, 2001). La salud de cada persona y de cada comunidad se constituyen, determinan y condicionan recíprocamente (PINSAL, 2011).

El componente mental de la salud se define como una creación social y humana, *“un modo de vida, un modo de estar en comunidad surgido en una sociedad determinada y un modo activo de estar en el seno de ésta”* (Ferro, 2010: 52). Como todos los fenómenos de las ciencias sociales, no está unideterminado y en ella intervienen variables económicas, sociales, políticas, ontológicas, etc. Su abordaje deberá incluir las circunstancias sociales que lo determinan y el medio en donde se producen (ídem).

Entonces, si entendemos a la salud como un fenómeno complejo que incluye variables biológicas, sociológicas y psicológicas, como trabajadores no podemos ignorar las directivas que nos envían desde los centros de poder (sean organismos del estado o internacionales), por más en desacuerdo que estemos con las mismas. Estas normas enmarcan nuestro trabajo aconsejando y desaconsejando (sobre todo en el caso de las normativas internacionales), prohibiendo y autorizado (decretos internacionales con fuerza de ley en nuestro país, leyes nacionales y jurisdiccionales), incidiendo en la agenda (De Lellis, 2010) y generando una práctica que, para bien o para mal, incide en la salud de la población.

De las leyes y declaraciones que tienen efecto en Argentina solo se tomarán aquellas que se encuentran vigentes y enmarcan el trabajo del psicólogo comunitario.

Declaraciones, Principios y Consensos internacionales aplicables en Argentina

Se desprende de la definición previa de Psicología Comunitaria la relación que tiene la misma con la estrategia de la Atención Primaria en la Salud (APS), definida por primera vez por la OMS, OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la Declaración de Alma Ata, 1978. La APS aparece presentada en la declaración como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puestas al alcance de todos, 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.” (Declaración de Alma Ata, 1978. El subrayado es mío).

Como bien dice la misma OPS (2016): “un Sistema de Salud Basado en la APS es aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados para la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles” (el subrayado es mío).

La Conferencia Internacional sobre la APS realizada en Alma Ata, Kasajistán (en ese momento parte de la URSS) marca un camino. Por primera vez la OMS y la OPS hablan de acercar el sistema de salud a las familias y la comunidad dándoles a dichos actores un lugar activo (autorresponsabilidad y autodeterminación). Esta Declaración es un hito bisagra, ya que marca un antes y un después. A partir de ahora se debería reorientar los dispositivos de atención de la salud hacia los principales problemas de la comunidad, fortaleciendo la prestación de servicios con actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación (Villalva, 2015).

Esta Declaración, al igual que la gran mayoría de las declaraciones, consensos y directivas de los organismos multilaterales, no fue vinculante. Es por eso que dentro del contexto de nuestro país fue solo a partir de la restauración de la democracia en el año 1983 que se posibilitó la apertura de diversos espacios para la ejecución de programas en salud que sigan dicho lineamiento. Lo mismo sucedió en otros países del cono sur que fueron también fueron parte del Plan Cóndor (ver: Scharager Goldenberg y Molina Aguayo 2007: Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

De esta manera se abrió la puerta para la implementación de la estrategia de la APS para suplantar el modelo hospitalocéntrico hegemónico que regía hasta el momento. Es en esa década los ministros de salud de América Latina aprobaron el plan “Salud Para Todos en el año 2000” en línea con la propuesta de Alma Ata (Miguez, 1998). En 1986 tenemos una segunda carta magna que marca un hito respecto al tratamiento de la salud: la Carta de Otawa (OPS, 1986). Aparece aquí el concepto de promoción de la salud, que no forma parte de la Declaración de Alma Ata. Vale aclarar que tenemos como antecedente el Informe Lalonde de 1974 (Saforcada et al, 2010; Villalva, 2015), quien en ese momento era Ministro de Salud de Canadá, donde se hace hincapié en orientar las acciones de salud pública a la promoción de estilos de vida y ambientes saludables.

No es casual, entonces, que sea en Canadá donde la OMS y la OPS explicitan por vez primera que se debe trabajar con la persona sana y no solo con la enfermedad. En Otawa se recupera, extiende y fortalece lo expuesto en Alma Ata (Villalva, 2015). La promoción de la

salud aparece definida aquí como la acción de “*proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas*” (Carta de Otawa, 1986).

Desde 1986 hasta la fecha estas organizaciones han realizado diversos encuentros para tratar el tema. Como se dijo anteriormente, para los fines de este trabajo solo tendré en cuenta aquellos que se encuentran vigentes actualmente: Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental 2010-2019 de la OPS y el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS.

Por otro lado, en nuestro país, la Ley 26.657, conocida popularmente como “Ley de Salud Mental”, en su Artículo 2 dice:

se considera parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990 (*sic.*).

Por ende, queda claro cuáles son los documentos internacionales con valor legal en nuestro país y para nuestra práctica. Ahora veamos, en orden cronológico según su publicación, que nos dicen estos documentos.

Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990)

El nombre completo de esta conferencia fue: “*Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)*”.

Aquí se señaló que los programas sanitarios deberían tender a disminuir cada vez más el énfasis en los aspectos psiquiátricos y orientarse hacia acciones de prevención y promoción de la salud, siguiendo la “*estrategia adoptada por la OMS y la OPS*” (Declaración de Caracas, 1990: 2), es decir, la estrategia de la APS.

Entre las declaraciones más sobresalientes se destacan las siguientes: que la atención psiquiátrica ligada a la APS y en los marcos de los SILOS permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales; que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; salvaguardar los derechos humanos, criterios racionales, propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario; que las legislaciones deben ajustarse; que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales. (Declaración de Caracas, 1990)

Como se observa dicha reestructuración de la atención psiquiátrica propuesta se centro en descentralizar el Hospital Psiquiátrico, planteando como alternativa atención descentralizada, participativa, continua, preventiva y basada en la comunidad.

En nuestro país, podemos afirmar que estas directivas empezaron a ser cumplidas con la promulgación de la Ley 26.657 de Salud Mental. Ley en la cual, como he dicho, esta Declaración forma parte.

Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991)

Tan solo un año después de la Declaración de Caracas, la Asamblea General de la ONU aprueba estos Principios que, como lo indica su nombre, se centra en la protección de los pacientes y el mejoramiento de la atención. Entre ellos se destacan el: Principio 1- No discriminación; Principio 3- Vivir y trabajar en se comunidad; Principio 7- Volver a la comunidad lo antes posible

De nuevo, se repiten las directivas mencionadas previamente en Alma Ata y en Caracas, referentes a la permanencia de, en este caso, el enfermo mental en su comunidad.

Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (OPS, 2005)

Esta conferencia organizada por la OPS y realizada en Brasil tuvo como fin evaluar los avances realizados luego de haber transcurrido 15 años desde la Declaración de Caracas. Como se dijo previamente, los avances fueron pocos, por lo que como resultado se “reitera”: la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos; la provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos; el establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de APS; la participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

Estrategia y plan de acción sobre salud mental (OPS 2009)

Esta estrategia fue realizada para prever las acciones a realizar durante el decenio 2010-2019. Nuevamente, se toma como referencia la Declaración de Caracas, diciendo lo siguiente: “se observan avances notables en la mayoría de los países. La salud mental forma parte de las iniciativas en pro de la renovación de la atención primaria de la salud” (OPS, 2009: 3). Sin embargo más adelante se agrega que “la evaluación de los sistemas de salud mental efectuadas por la OPS/OMS en países de América Latina y el Caribe, identificaron claramente deficiencias en materia de servicios de recursos de salud mental. Los programas de formación (de pregrado y posgrado) son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos hospitalarios” (OPS, 2009: 5).

Es a partir de esto que la OPS señala 5 áreas estratégicas a trabajar. Estas áreas estratégicas son las siguientes: 1- Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental; 2- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez; 3- Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de la salud. Se indica la creación o fortalecimiento de un modelo comunitario de salud mental. Entre sus ejes fundamentales están ladescentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primario de salud; 4- Fortalecimiento de los recursos humanos. La OPS indica que deberá diseñar un modelo de capacitación en salud mental para trabajadores de salud, con énfasis en la atención primaria de la salud; mejorar los contenidos de salud mental en los programas de estudios universitarios de grado y revisar los principios básicos para los programas de posgrado (residencia de psiquiatría, posgrado en enfermería y psicología de la salud); 5- Fortalecimiento en el campo de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

Consenso de Panamá (OPS, 2010)

El eslogan de esta conferencia fue: “por un continente sin manicomios en el 2020”. Para esto se propuso fortalecer un modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.

Este documento es escueto y con una directriz bien precisa: la des-

manicomialización. Es importante en nuestro país porque el Decreto 603/13, lo retoma para reglamentar el artículo 27 de la ley 26.657, poniendo el año 2020 con fecha límite para el cierre de los hospitales monovalente de salud mental.

Estrategia y plan de acción sobre salud mental (OPS 2009)

Esta estrategia fue realizada para prever las acciones a realizar durante el decenio 2010-2019. Nuevamente, se toma como referencia la Declaración de Caracas, diciendo lo siguiente: “se observan avances notables en la mayoría de los países. La salud mental forma parte de las iniciativas en pro de la renovación de la atención primaria de la salud” (OPS, 2009: 3). Sin embargo más adelante se agrega que “la evaluación de los sistemas de salud mental efectuadas por la OPS/OMS en países de América Latina y el Caribe, identificaron claramente deficiencias en materia de servicios de recursos de salud mental. Los programas de formación (de pregrado y posgrado) son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos hospitalarios” (OPS, 2009: 5). Otras deficiencias que marcan son la escasa intersectorialidad que tiene el sector salud (sobre todo la falta de coordinación con el sector educativo) y la escasa o nula participación en la gestión de la salud de las asociaciones civiles de familiares y/o pacientes.

Es a partir de esto que la OPS señala 5 áreas estratégicas a trabajar: 1- Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental; 2- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez; 3- Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de la salud. Se indica la creación o fortalecimiento de un modelo comunitario de salud mental. Entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primario de salud; 4- Fortalecimiento de los recursos humanos.

Consenso de Panamá (OPS, 2010)

El eslogan de esta conferencia fue: “por un continente sin manicomios en el 2020”. Para esto se propuso fortalecer un modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.

Este documento es escueto y con una directriz bien precisa: la desmanicomialización. Es importante en nuestro país porque el Decreto 603/13, lo retoma para reglamentar el artículo 27 de la ley 26.657, poniendo el año 2020 con fecha límite para el cierre de los hospitales monovalente de salud mental.

Plan de salud mental 2013-2020 (OMS, 2013)

Cuatro años más tarde que su afiliada americana, la OMS lanza su propio plan. En este caso se marcan 4 objetivos fundamentales: 1- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; 2- Proporcionar en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; 3- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; 4- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Como se observa, estos 4 objetivos parafrasean los 5 propuestos por la OPS para el mismo decenio, solo falta el énfasis puesto en la capacitación de recursos humanos. Sin embargo, dentro del objetivo 2 entra como una acción propuesta el “desarrollo de los recursos humanos”, lo que incluye la colaboración con universidades, facultades y otras instituciones docentes pertinentes para definir un componente de salud mental e incorporarlo en los programas universitarios de grado y posgrado.

Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657, Decreto Reglamentario 603/13 y Plan Nacional de Salud Mental

La Ley de Salud Mental se convierte en la primera que da un marco nacional a las políticas en el área mencionada (Hermosilla y Cataldo, 2012), adoptando la mirada que los organismos multilaterales habían marcado. Esta Ley se complementa con su decreto reglamentario, el Decreto 603/13 y el Plan Nacional de Salud Mental (2013) que se realiza siguiendo las pautas que la ley y la reglamentación implican.

En el artículo 3 se define la salud mental de la siguiente “*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.*” Vemos como se incluyen variables socio-económicas y psicológicas como parte de la definición.

Los artículos 8 y 9 destacan la importancia de la atención interdisciplinaria basada en los principios de la APS. Y en la reglamentación de este último artículo se destaca la necesidad de promover políticas públicas que garanticen la cercanía de la atención, la articulación permanente entre los distintos profesionales que traten a una persona o grupo y realizar el trabajo necesario para la inclusión social de la persona con padecimientos mentales.

El artículo 27 deja en claro que estamos frente a una ley antimanicomial al explicitar que: “*queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta sus sustitución definitiva por los dispositivos alternativos*”. La reglamentación de este artículo agrega que la sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al Consenso de Panamá.

El artículo 32 establece un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud. Aquí sin embargo, se nota una brecha entre la carga de enfermedad y el presupuesto destinado: los trastornos mentales y neurológicos representan 22% de la carga de enfermedad (OPS, 2009), sin embargo esta ley propone que solo un 10 % del presupuesto de salud sea destinado a la salud mental.

El siguiente artículo es el que se encarga de aclarar la necesidad de desarrollar “*recomendaciones a las universidades públicas y privadas, para que la formación de profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en el cumplimiento de la presente ley*”. La reglamentación explicita que se deberán adecuar (ya no solo recomendar) los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental, deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de APS, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad (Decreto 603/13). La autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes. No quedan dudas entonces que se deberán reevaluar y adaptar los programas de las carreras afines, tarea aún pendiente.

Plan Nacional de Salud Mental

Según el Plan, “*la salud mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico*”, es decir, de un modelo centrado en la asistencia a

uno que privilegie acciones de prevención y promoción donde la asistencia queda en un segundo plano frente a un usuario activo capaz de gestionar su propia salud, desarrollando “*acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social*”.

En el mismo, se identifican los siguientes problemas: La red de Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental; La oferta de la red de servicios de Salud/Salud Mental no contempla la especificidad de la problemática en niños, niñas y adolescentes, como tampoco en adultos mayores; la formación y capacitación continua en servicio de los recursos humanos en Salud/Salud Mental no se adecua a Ley; escaso desarrollo de la epidemiología en Salud Mental; la investigación en Salud/Salud Mental no está desarrollada adecuadamente para dar respuesta de acuerdo a las necesidades de los servicios y sistemas de salud y a las demandas de la población y a la Ley.

Para poder sanear estas fallas se plantearon los siguientes objetivos: Diseñar, desarrollar y/o fortalecer estrategias actuales, para monitorear y evaluar proyectos; programas; actividades; procedimientos; directrices; e intervenciones en promoción, prevención, atención e inclusión social de la población en general, y de las personas con problemáticas y/o padecimiento mental; Fortalecer el primer nivel de atención en el marco de la Atención Primaria de la Salud y su Componente Salud Mental, incorporando recursos humanos de Salud Mental en los centros de Atención Primaria y capacitando en servicio al personal del equipo de salud; Promover la conformación de equipos de referencia infanto-juveniles y para adultos mayores, que trabajen en base a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud; Articular, consensuar y revisar con la universidades públicas, privadas, institutos y/u otros organismos formadores las currículas de grado y posgrado de todas las disciplinas que involucran a los integrantes del equipo interdisciplinario de Salud/Salud Mental y adicciones con base en modelo comunitario.

Discusión

Las intervenciones de prevención y promoción de la salud operan siempre mediatizadas por variables psicológicas y psicosociales, puesto que siempre tienen como destino el factor humano. Por eso como psicólogos cumplimos un papel importante en la gestión de modelos salutógenos de salud, papel que, como vimos, ya nos son reconocidos en el marco legal que nos envuelve.

Las principales críticas a los consensos y conferencias internacionales han sido la falta de operatividad de aquello que propugnan (Saforcada et al, 2010, Villalva, 2015). Coincido parcialmente. Es cierto que estas normativas a veces carecen de directivas que permitan operativizar aquello que sostienen, siendo ambiguos o vagos en las definiciones (la Declaración de Alma Ata es el mejor ejemplo). Sin embargo encontramos claras directivas en las que coinciden las normativas nacionales e internacionales (OPS, 2009; OMS, 2013; Plan Nacional de Salud Mental, 2013): adaptar los planes de estudio de grado y pos grado a la estrategia de la APS para la prevención y la promoción de la salud, realizar más y mejores mediciones epidemiológicas en salud mental y generar acciones en salud dirigidas a la prevención y la promoción de la salud (subrayando la importancia de aquellas dirigidas a la población infanto juvenil y los adultos mayores) enmarcadas en la estrategia de la APS.

El paradigma individual restrictivo ha dejado y deja una impronta tan marcada en la formación de los recursos humanos hoy insertos laboralmente en las principales instituciones del sector. (Saforcada et al, 2010). Los profesionales de la psicología han sido formados

y son formados para trabajar solo con la enfermedad (ídem; Plan Nacional de Salud Mental, 2013). Tenemos entonces un camino por recorrer, ya que habiendo pasado más de 30 años de la Carta de Otawa, y más de 25 de la Declaración de Caracas (por citar algunos ejemplos) todavía estamos a mitad de camino.

El panorama actual nos posiciona frente a comunidades viviendo bajo la forma de lo que Jimenez-Dominguez (2008) marca como democracias delegadas, donde los habitantes se constituyen como consumidores que se contentan con un voto cada cierto número de años y donde su participación queda relegada al polo de la intención, vaciándose así el sentido del modelo democrático (Castoriadis, 1990). Es la participación en el aspecto político justamente el factor que posibilita que los dos supuestos que caracterizan a una democracia real se cumplan: que todas las personas tengan participación real en el poder y que los gobernantes estén sometidos al control efectivo y permanente de los gobernados. Del lado de la Psicología Comunitaria la participación de la comunidad constituye un principio ético para promover el pleno ejercicio de la ciudadanía entendida como la conquista de los derechos civiles y sociales por parte de los ciudadanos (Jiménez Domínguez, 2008).

En sintonía con lo expuesto es que sostenemos como imperativo ético que los abordajes comunitarios de la calidad de vida y la salud deben realizarse desde el paradigma de Salud Comunitaria (Saforcada et al, 2010). Este está constituido por un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de los ámbitos académicos sino de las comunidades y donde:

El componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante.

Se gestiona salud positiva, no se gestiona enfermedad, si bien, lógicamente, se la atiende con total empeño. De esto se desprende que su eje teórico práctico es la epidemiología positiva, de la salud. Así, toda acción de salud en y con la comunidad, deberán ser los habitantes de la misma aquellos que deberían definir cuáles son los problemas que afectan su propia calidad de vida y las mejores maneras de afrontarlos.

Para pensar la salud mental en la comunidad es necesario profanar al sacralizado manicomio (Ferro, 2010).

Para concluir quiero aclarar que ninguna ley por si sola soluciona una problemática, pero coincido con Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon (2012) en que probablemente sería muy difícil alcanzar resultados en gran escala si no se dispone primero de algún documento oficial que explicita la prioridad de la integración de la salud mental, especialmente si se considera la larga lista de problemas sanitarios y sociales que compiten entre sí para alcanzar un lugar en la agenda política.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonzo, C, Castro, B., De Lellis, M. y Tissera, E. (2001). Aportes Psicosociales al concepto de riesgo. En Saforcada, E. (comp.) *El Factor Humano en la Salud Pública* (130-141). Buenos Aires: Proa XXI.
- Castoriadis, C. (1990). *Ciudadanos sin brújula*. México: Ediciones Coyoacán.
- De Lellis, M (2010). Políticas públicas y salud comunitaria. En Saforcada, E., Mañanas, M. y Aldarondo, E. (comp.), *Neurociencias, salud y bienestar comunitario* (21-30). San Luis: Nueva editorial universitaria.
- Decreto 603/13. Presidencia de la Nación Argentina, 28 de mayo de 2013.
- Ferro, R. O. (2010). Salud mental y poder, un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*, 14 (2), 47-62.
- Ferullo de Paranjón, A. (2006). La participación como herramienta del trabajo del psicólogo. En *El triangulo de las tres P* (77-100). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Gonzalez Rey, F. (2008). Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas. En Jiménez-Domínguez, B. comp. *Subjetividad, participación e intervención comunitaria* (31-54). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Hermosilla, A. M. y Cataldo R. (2012). Ley de salud mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 4 (2) 134-140.
- Ley Nacional n° 26.657 de Salud Mental. Ministerio de Salud de la República Argentina, 2011.
- Londoño Perez, C., Valencia Lara, S. C. y VinacciaAlpi, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y salud*, 16 (2), 199-205.
- Miguez, H. (1998). Prevención y vulnerabilidad. En *Uso desustancias psicoactivas, investigación social y prevención comunitaria* (27-36). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Minoletti A., Rojas G. y Horvitz-Lennon M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Saude Coletiva* 20 (4), 440-447.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Moreno Olmedo, A. (2008). Más allá de la intervención. En Jiménez-Domínguez, B. (comp.) *Subjetividad, participación e intervención comunitaria* (85-105). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Organización de las Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Doc. A/46/49. Ginebra: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud* Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001) *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Principios de Brasilia*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Consenso de Panamá*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Atención Primaria de la Salud*. De www.paho.org.
- Proyecto Intracomunitario de neurodesarrollo San Luis "PINSAL" (2011). *La estrategia de mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades*. San Luis: Nueva editorial universitaria
- Plan nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de la República Argentina, octubre de 2013.
- Saforcada, E., De Lellis M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública*. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Scharager Goldenberg, J. y Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22(3), 149-59.
- Villalva, A. (2015). La estrategia de la atención primaria de la salud. En Gavián, M., *De la salud mental a la salud integral* (146-168). Buenos Aires: Lugar Editores.