

Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2010 y 2013.

Zaldúa, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Tisera, Ana, Longo, Roxana, Sopransi, María Belén, Lenta, María Malena, Moschella, Romina y Lohigorry, José.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Tisera, Ana, Longo, Roxana, Sopransi, María Belén, Lenta, María Malena, Moschella, Romina y Lohigorry, José (Octubre, 2014). *Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2010 y 2013*. XI JORNADAS NACIONALES DE SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani - Facultad de Ciencias Sociales, CABA.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/84>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pEgt/hvp>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013

Autores: Zaldúa, Graciela; Pawlowicz, María Pía; Tisera, Ana; Lenta, Malena; Lohigorry, José; Moschella, Romina.

I. Introducción

La interpelación a las prácticas manicomiales se inscribe en una praxis que fomenta la integralidad de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. La experiencia triestina de Franco Basaglia constituye un hito a partir del cual se han fundado movimientos sociales y de salud críticos y comprometidos con la transformación de la hegemonía tutelar que insiste en el campo de la Salud Mental.

En este marco, el monitoreo de la implementación de la ley nacional de Salud Mental y Adicciones Nº 26.657/2010 es una estrategia de transformación desmanicomializadora que cuestiona las acciones de las políticas públicas, los intereses de las disciplinas e instituciones, los perfiles de la formación disciplinar (con sesgos reduccionistas tendientes a lo individual, privado y asistencial) y recupera los reclamos de movimientos sociales, para discutir sobre los alcances de su implementación.

Al mismo tiempo, la Ley 26.657 remarca que las personas con padecimiento mental son sujetos de derecho enunciando extensa serie de derechos. A su vez, indica con respecto a las modalidades de abordajes que se debe promover el trabajo en equipos interdisciplinarios (Art.8º) e intersectorial, prefiriendo el que sea fuera del ámbito hospitalario y “basado en los principios de la atención primaria de la salud” (Art.9º), favoreciendo los abordajes grupales, comunitarios y los dispositivos que tiendan a la inclusión social de las personas (Art.11º), además de la implementación del consentimiento informado para las intervenciones (Art.10º).

En 2011, la investigación “Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental” (Zaldúa et al., 2011) indagó aspectos vinculados a los facilitadores de la ley, sus obstáculos y los requerimientos para su implementación en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). En este artículo, a cuatro años de la sanción de dicha ley, el objetivo es comparar las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la Ley y sus efectos entre los años 2011 y 2013, en dicho territorio.

II. Marco Teórico

Al comprender a la Salud Mental como campo, resulta necesario analizar las representaciones de los sujetos pues suministran un conjunto de significaciones que delimitan las posiciones que pueden adoptar en el campo como agentes (Castorina, Barreiro y Clemente, 2004) y visibilizan los sistemas de relaciones objetivas entre diversos intereses y posiciones, los discursos sociales, disciplinares y las prácticas que se encuentran y enfrentan para disputar los sentidos y políticas sobre la *locura* (Bourdieu, 2000).

En tanto otredad, la locura fue sometida históricamente a diversos modos de visibilización y catalogación. Sin embargo, desde la antigüedad, siempre apareció connotando el despojo de humanidad de las personas que la padecían. Es recién en el siglo XIX donde aparece una nueva categoría clínica, la “*alienación de derecho*”, que inaugura la privación del ejercicio de sus derechos a las personas con padecimiento mental, otorgando fundamento a las instituciones tutelares (Foucault, 1992).

Desde sus inicios las instituciones caracterizadas por una hegemonía tutelar sirvieron para segregar a aquellos que se desviaban de la norma, a los que carecían de capacidad productiva para el sistema. La pena por tal desviación fue, desde entonces, la marginación y la reclusión. Y si bien diversos movimientos sociales, políticos y epistémicos cuestionan en el campo de la Salud Mental a la lógica tutelar, ésta insiste en las prácticas manicomiales.

Para Ulloa, el manicomio es una forma clínica instituida, visible y terminal de una enfermedad en la cultura. Este autor define al manicomio como el paradigma final de lo que conceptualiza como la *cultura de la mortificación*. Se trata de una situación donde el sujeto queda coartado, al borde de la supresión como sujeto pensante (Ulloa, 1995).

En un proceso de desmanicomialización lo fundamental es desarmar los manicomios, no se trata sólo de *desinternar lo manicomial*, reinternándolo en el campo social. Se trata de desarmar las situaciones manicomiales previas. (Torricelli, et.al, 1993). Por ello, reducir los enfrentamientos en el campo de la Salud Mental al mero propósito de acortar los tiempos de internación equivale a simplificar el poder de la transformación de los espacios manicomiales que generan marginación, segregación y violación de derechos fundamentales (Vezzetti, 1985)

Si la justiciabilidad implica actuar con sentido preventivo desde un imperativo ético, es necesario considerar a la ética de la salud desde una perspectiva integral (Breilh, 2010 citado en Zaldúa, et.al., 2012). En ese sentido, la participación de diversos actores sociales en el campo resulta una clave para visibilizar problemas, prioridades y enfrentamientos entre los distintos agentes. Más aun, la incorporación de prácticas en las que las y los usuarios puedan apropiarse subjetiva y colectivamente de los procedimientos relativos a sus derechos, les permite actuar desde procesos de exigibilidad. De este modo, la eficacia de

las *ciudadanías tuteladas* en la reproducción de la hegemonía manicomial, aparece cuestionada por el ejercicio de una *ciudadanía plena*, el cual requiera un acceso integral donde ningún derecho prime sobre otro, donde la libertad es condición para la autonomía singular y social (Brown, 2007).

III. Situación de Salud Mental

En el año 2013 se produjo la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental. Dichos documentos plantean la adecuación de los efectores existentes de acuerdo a la normativa vigente y promueven la consolidación de dispositivos que se constituyan como una red de servicios de atención con base en la comunidad, respondiendo a las necesidades de promoción, prevención tratamiento y rehabilitación, favoreciendo la inclusión social.

Considerando la situación de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires, se advierte que la falta de planificación e implementación de políticas públicas que viabilicen la consolidación del modelo comunitario de atención, refuerzan la persistencia de prácticas asilares y tutelares como principal respuesta frente al padecimiento mental¹.

En este sentido la asignación presupuestaria para el área se focaliza principalmente en efectores monovalentes: en 2013, del presupuesto de salud mental (casi el 8% del presupuesto de salud) un 86% fue destinado a los hospitales monovalentes (en el año 2012 fue destinado a dichos hospitales el 83%). Mientras que el 14% fue destinado para la efectores de atención ambulatoria (en 2012 se destinó un 17%) (MPT, 2013).

En cuanto a la situación de las personas con padecimiento mental internadas en hospitales monovalentes, si bien la intervención de nuevos actores permitió un mayor acceso a la justicia mediante la revisión de las situaciones de internación, la falta de alternativas concretas que garanticen la inclusión social interroga sobre nuevas vulneraciones de derechos (CELS, 2013).

La modalidad de atención mediante efectores monovalentes se refuerza a partir de los déficits de recursos humanos y ausencia de lineamientos-planificación en los diferentes ámbitos de atención de la salud mental propuestos por la ley:

- la falta de apertura de salas de internación para salud mental en hospitales generales (hacia 2013 solamente dos salas de internación se encontraban en

¹Los hechos sucedidos el 26 de abril de 2013 en un hospital monovalente de CABA, donde las fuerzas públicas ingresaron de forma intempestiva y actuando de forma violenta contra pacientes, trabajadores y familiares, con el objetivo de construir un centro cívico, ponen de manifiesto, por parte de la gestión de gobierno, la falta de políticas públicas coherentes con las normativas vigentes y la vulneración de derechos de las personas con padecimiento mental.

funcionamiento) produce que se realicen internaciones en la guardia y se soliciten derivaciones a hospitales monovalentes (MPT, 2014b).

- en efectores de atención primaria, la carencia de recursos humanos, principalmente de médicos/as psiquiatras, dificulta la atención de personas con padecimiento mental generando nuevamente derivaciones a hospitales monovalentes (MPT, 2014a).
- en cuanto a la atención a niñas, niños y adolescentes se plantea una insuficiencia de dispositivos de tratamiento, persistiendo la preminencia de atención en efectores monovalentes y la continuidad de internaciones prolongadas debido a situaciones de vulnerabilidad social. Frente a ello, medidas cautelares y recursos de amparo demandan al poder ejecutivo la creación de dispositivos y efectores planteados en las normativas (MPT, 2013)
- Respecto a la atención de las adicciones en efectores públicos de salud mental, déficits en recursos humanos y materiales, sumado a la negativa de atención por parte de equipos de salud de los hospitales o centros de salud, refuerza la derivación de personas con consumo problemático de sustancias a comunidades terapéuticas, que se constituyen como principal efector para abordar la temática (MPT, 2013). La asignación de presupuesto refuerza esta situación en tanto se concentró principalmente en efectores de atención especializados y privados (que en general presentan modalidades de abordaje contrarios a la atención integral y a la estrategia de reducción de riesgos y daños) y no en la creación de dispositivos sustitutivos (MPT, 2013).

IV. Metodología

Este trabajo se inscribe en el proyecto UBACyT (2011-2014) “Epidemiología territorial participativa: exigibilidad y justiciabilidad del derecho a la salud en la zona sur de la CABA” y retoma conclusiones de producciones de evaluación de las políticas públicas desarrolladas en un período anterior a través del UBACyT (2008-2011) “Estudio de las políticas públicas preventivas y promocionales en situaciones de vulnerabilidad, desde un enfoque de Psicología Social Comunitaria”. Siguiendo la perspectiva epistémica del equipo de trabajo y los desarrollos anteriores, este estudio presenta un abordaje descriptivo cualitativo para desarrollar el objetivo de comparar las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 y sus efectos entre los años 2011 y 2013, en el ámbito del AMBA.

Como instrumento de indagación, se trabajó con una estrategia de recolección RAP (rapidassessmentprocedures) pertinente para indagaciones rápidas con sentido holístico que incluyen variables sociales y culturales en salud, desde una perspectiva del campo de

las ciencias sociales². Su fin es identificar en un breve lapso, conflictos, puntos nodales, perspectivas y argumentaciones que permitan caracterizar la diversidad de posiciones, significaciones y emergentes en el sentido cualitativo y no cuantitativo o estadístico. En ese marco, se desarrolló un cuestionario con los siguientes tópicos: 1) aspectos sociodemográficos y pertenencia institucional de los participantes; 2) cambios producidos por la implementación de la ley nacional de salud mental y adicciones; 3) obstáculos para la implementación de la ley; y 4) requerimientos para la implementación de la ley.

En cuanto a los participantes, se trató de referentes de instituciones de salud y salud mental con los que el equipo de investigación tiene historia de trabajo previo mediante el desarrollo de acciones en gestión asociada o la inserción de los propios miembros del equipo en dichas institución. Por lo tanto, se trató de una muestra intencional por criterios. Los mismos fueron: a) actores representativos de las instituciones que se posicionaran a favor de la implementación de la ley nacional de salud mental, b) viabilidad y accesibilidad (Samaja, 1993) en cada una de ellas por nuestro contacto previo; c) pertinencia (Minayo, 1997) respecto de los fenómenos que se pretenden estudiar y d) pertinencia (Bertaux, 1989; Córdova, 1990) respecto de los aspectos, modalidad y encuadre metodológico propuesto.

La muestra estuvo compuesta por 24 trabajadores de la salud y salud mental pertenecientes a instituciones del AMBA. El 91,67% pertenecían a instituciones públicas mientras que el 8,33%, eran parte de Organizaciones de la Sociedad Civil. El 79,17% eran mujeres y el 20,83%, varones. Respecto del lugar de trabajo, 29,17% trabajaba en instituciones de Provincia de Buenos Aires y 70,83% en la CABA. A su vez, el 58,33% trabajaba en instituciones monovalentes de salud mental, el 29,17% en otros tipos de hospitales (general, materno-infantil) y el 12,50% en dispositivos alternativos de salud mental en la comunidad. En cuanto a las profesiones de los entrevistados, 54,17% fueron psicólogos/as, el 25% fueron terapeutas ocupacionales y el 20,83% correspondían a otras profesiones (trabajo social, musicoterapia, profesor de teatro, médico).

En cuanto a los aspectos éticos, se trabajó desde una perspectiva relacional y crítica y se consideraron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad.

V. Resultados

1. Cambios en las prácticas

A cuatro años de la sanción de la ley, la indagación en torno a su implementación giró en relación a los efectos en las prácticas de los trabajadores en los distintos sectores y

² Entre los entrevistadores del Proyecto UBACYT mencionado, agradecemos la colaboración de Ana Pekarek, María José López y María Belén Sopransi.

dispositivos. Si bien el 82,61% (n=23) de los participantes señaló percibir cambios en sus prácticas, los mismo fueron de distinta índole. El 43,48% percibió cambios en el plano de las concepciones o marco teórico para pensar las problemáticas de salud mental, incluyendo la perspectiva de los derechos humanos. Y el 47,83% refirió cambios en relación al modo de trabajo como la implementación del equipo interdisciplinario y la apertura de nuevos dispositivos sustitutivos a la internación. No obstante, algunos de estos nuevos modos de trabajo aparecen interpelados, particularmente aquellos que se relacionan con los requerimientos judiciales. Por ejemplo, la inclusión del Consentimiento Informado emerge con un efecto paradójico:

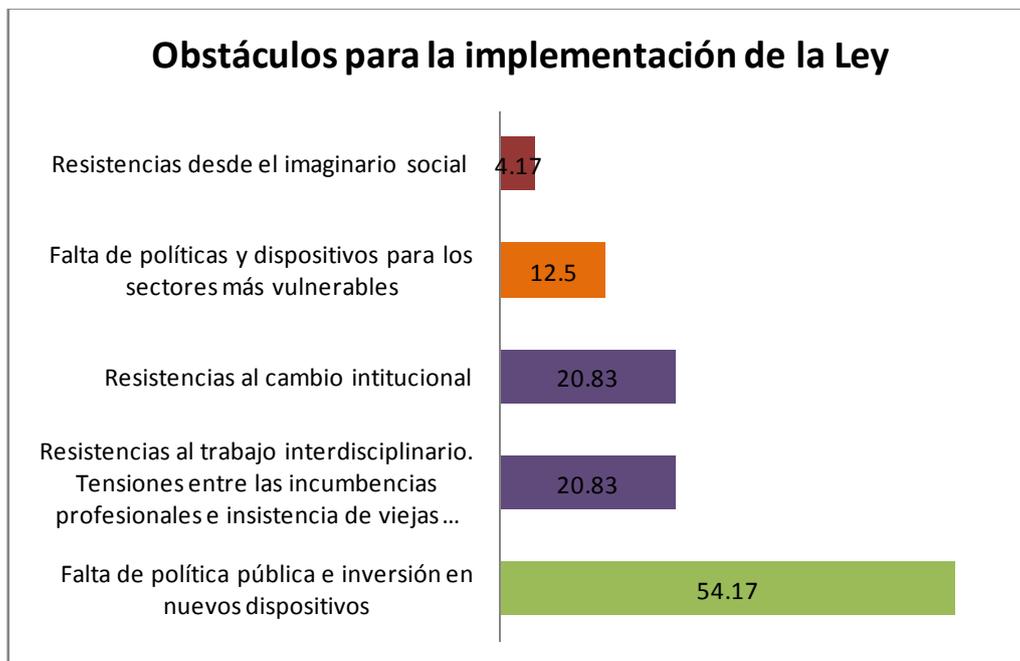
“Consentimiento Informado se incluye en algunas prácticas que antes no pero muchas veces es una cuestión formal que se aplica para resguardo del profesional y no como derecho del paciente” (TO, PBA, Mujer, Hta. General).

Asimismo, entre quienes plantean no percibir cambios en sus prácticas (17,39%) insiste la persistencia de la lógica tutelar:

“Se vislumbra cierta perspectiva de control en los términos de la ley mientras que considero se olvida que la misma vela por los derechos de quienes por su padecimiento se encuentran en mayor nivel de vulnerabilidad” (Psi, CABA, Mujer, Hta. General)

2. Obstáculos para la implementación

En relación a los obstáculos en la implementación de la ley, los participantes del estudio presentaron 27 respuestas sobre una diversidad de temas.



El 54,17% refirió a la **falta de políticas públicas para la creación de dispositivos alternativos** al manicomio y la inversión de recursos en general:

“(...)la inexistencia de muchos espacios de salud comunitarios que puedan brindarse para los usuarios de salud mental. En este sentido creo que es uno de los mayores obstáculos que existe en la actualidad” (Psi, CABA, Mujer, DispAlt.).

“Falta de dinero, recursos económicos para contratar como se debe a los trabajadores de salud. Hay una gran crisis en el sistema de salud que está desbordado” (Psi, PBA, Mujer, HtalGral).

En segundo término (20,83% respectivamente), emergieron las **resistencias a los cambios** ubicados tanto **en el plano institucional** (dificultades para la reorganización de los dispositivos, la reasignación de recursos y trabajadores para la atención en la comunidad), como en las **dificultades para el trabajo interdisciplinario** por parte de las hegemonías médicas, poniendo de manifiesto los conflictos entre las asociaciones de profesionales y las amenazas a la pérdida del poder en las instituciones:

“Creo que uno de los principales obstáculos se da en la articulación del trabajo interdisciplinario, que no se encuentra a veces lo suficientemente esclarecido como posibilidad y modalidad, en la formación académica de las distintas profesiones y que, por lo tanto, no se desarrolla en la práctica profesional en salud mental”(TO, CABA, Mujer, Htal. Mono. SM).

“Uno de los principales obstáculos es la resistencia de distintas organizaciones a su aplicación y reglamentación” (Psi, V, Mono, CABA).

Luego (12,5%) surgió la **falta de dispositivos específicos para el trabajo con colectivos especialmente vulnerables**, particularmente, las personas en situación de pobreza y las dificultades para la externación y la situación de mujeres, niños y niñas:

“Esto lleva a que muchas de las modificaciones planteadas respecto a leyes anteriores no sean aplicadas en profundidad. De esta forma los problemas sociales: falta de vivienda, empleo, continúan siendo los principales obstáculos para lograr la integración social” (Psi, CABA, Varón, Htal. Mono. SM).

Finalmente (4,17%), las **resistencias del imaginario social** visibilizada como dificultades de los familiares, vecinos y la sociedad en general para comprender la importancia y las particularidades de la integración social de las personas con padecimientos mentales, especialmente con internaciones de larga data, también fueron identificados como obstáculos para la implementación de la ley:

“Creo también que algo que no es posible de ser contemplado en una ley es el trabajo que se hace necesario con el imaginario social sobre la locura existente en la comunidad, en tanto es uno de los obstáculos más grandes que aparece para el verdadero sostenimiento de otro paradigma en salud” (Psi, CABA, Mujer, DispAlt).

3. Requerimientos para la implementación

La falta de creación a gran escala de casas de medio camino, pisos asistidos, dispositivos de atención en la comunidad, así como las políticas de reorganización de los espacios de trabajo y la articulación con organizaciones sociales, se revelan como un déficit clave para la implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones en lo que respecta a la **efectiva apertura de nuevos dispositivos sustitutivos y apoyo a los existentes**. En la mayoría de los casos, los dispositivos y prácticas no tradicionales persisten más como iniciativas de compromiso individual o experiencias extraordinarias que como parte de las políticas públicas en el sector:

“Creo también fundamental la apertura de espacios como ser casas de medio camino, casas de convivencia, hospitales de día y de noche, espacios de trabajo o de formación en trabajo, espacios o dispositivos artísticos, donde se realice un trabajo en red. También es imprescindible la apertura de áreas de salud mental con camas para internaciones breves en los hospitales generales, cosa que plantea la nueva ley. También es importante poder revisar los espacios ya existentes, que exista un apoyo real por los mismos y recursos materiales, humanos y económicos para poder sostener su funcionamiento. También es importante poder trabajar con los trabajadores de la salud en cuanto a modalidades de trabajo y sobre las concepciones en salud como así también sobre sus prácticas” (Prof. Teatro, CABA, Varón, DispAlt.).

En cuanto al requerimiento de la **formación de los recursos humanos**, se señala la necesidad de adaptar según los lineamientos de la Ley a la currícula de las disciplinas y la capacitación en servicio que intervienen en el campo de la Salud Mental. Describen que es necesario capacitar a los profesionales para intervenir en lo comunitario, y trabajar interdisciplinariamente, desde un enfoque de derechos:

“Los profesionales tendrían que tener otra formación. Habría que cambiar las currículas con más formación en lo comunitario e interdisciplinario eso es prioritario para que después se pueda avanzar” (MT, CABA, Mujer, Htal Mono. SM).

“Respecto a Psicología, tanto la formación en la facultad, como en la residencia/concurrencia, se dedica principalmente a la atención clínica, con muy poco desarrollo de la atención comunitaria” (Psi, CABA, Mujer, Htal. Gral.).

En cuanto al requerimiento de políticas de **inclusión de la comunidad para la transformación de los imaginarios sociales**, los efectores de salud entrevistados señalaron especialmente la necesidad de repensar con la comunidad los modos en que se comprende a la locura y desnaturalizar las prácticas tutelares, poniendo en el centro del debate a la problemática de la salud mental como parte de la salud integral.

En el ámbito de las prácticas, la **interfase salud-justicia** ha logrado una articulación muy visible por la incorporaron nuevos actores en la escena como el órgano de revisión y la figura del curador. No sólo se incorporaron nuevos actores en la escena sino que las

decisiones del equipo interdisciplinario de salud interviniente han adquirido relevancia por sobre la palabra de la figura del Juez. Asimismo, se han incorporado instrumentos para el control de legalidad de las prácticas en Salud Mental, cuya implementación no siempre producen acceso a una atención en salud integral, como por ejemplo, por la lentitud de este sector en el seguimiento de los casos:

“A mí me parece que la ley está muy bien redactada, que contempla a la persona como a un sujeto integral pero, con la ausencia de recursos es imposible implementarla. No estigmatiza a las personas pero deja algunos vacíos como a los familiares de las personas con adicción. Antes por tratamiento se podía internar. Ahora, sin el consentimiento de la persona no se puede internar” (TS, Htal. Gral, PBA, M)

VI. Comparación y Discusión

En cuanto a la percepción de las **transformaciones en las prácticas**, los participantes del estudio observaron cambios pero éstos se focalizan principalmente en las concepciones o marcos teóricos sobre Salud Mental y en los modos de organización del trabajo, mientras que la inclusión de nuevos recursos materiales a las prácticas no pareció significativa. Este dato es concordante con la investigación realizada en 2011 donde el “cambio paradigma en salud mental” aparecía como el principal aspecto novedoso. Asimismo, en 2011 el estudio revelaba la importancia de que la nueva ley “Ley permitiría “legalizar” las prácticas que ya se realizan en este sentido pero que quedan invisibilizadas en la organización actual de la atención”.

Otro aspecto relevante es el de los efectos de la interfase Justicia-salud producidos por la ley. En 2011 se señalaba cierta expectativa sobre “cambio en las regulaciones de las internaciones judiciales en el ámbito civil ya que contarían con más protección y respeto de los internados”. En el nuevo estudio, el análisis de las prácticas señaló cómo el uso de instrumentos jurídicos como el Consentimiento Informado, ya fueron incorporados cotidianamente en las prácticas. Sin embargo, se observan efectos contradictorios en su implementación cuando se lo trabaja formalmente y reproducen efectos tutelares anteriores al marco jurídico.

En cuanto a los **obstáculos**, de los datos emerge como principal problema la falta de políticas públicas e inversión económica para la creación de los dispositivos alternativos a la internación, centrado en la comunidad. Mientras que, en segundo término, las resistencias institucionales y disciplinares a la incorporación del nuevo enfoque y modalidades de trabajo también constituyen obstáculos importantes para la implementación de la ley. Estos tres principales obstáculos persisten como principales problemas luego de cuatro años de sanción de la ley ya que también fueron identificados como problemas prioritarios en la investigación anterior.

Como **requerimientos** para la implementación de Ley de Salud Mental y Adicciones, los entrevistados indicaron en mayor medida la necesidad de lograr la voluntad política para la apertura efectiva de dispositivos sustitutivos y apoyo a los existentes, el cambio en la formación de los profesionales intervinientes en el campo, el trabajo para la transformación de los imaginarios sociales y la interrogación a la interfase salud-justicia.

En 2011, el estudio señalaba que los requerimientos previos visibilizados por los entrevistados eran la formación profesional, la voluntad política e institucional y creación efectiva de dispositivos para sostener prácticas de atención en la comunidad. Tal como se puede observar, cuatro años después, la vacancia de dispositivos sustitutivos es una necesidad persistente y nuclear para la implementación de la ley. Lo mismo ocurre en relación a la inclusión del nuevo paradigma en la formación de los profesionales, tanto en el grado como en servicio.

Asimismo, como **requerimientos** que no aparecieron en el estudio anterior, se cuentan a la necesidad de desarrollar políticas de transformación de los imaginarios sociales, posiblemente por las resistencias encontradas en relación a otros sectores no identificados tradicionalmente como agentes del campo de la Salud Mental como las familias y las comunidades. Otro elemento nuevo fue la necesidad de interrogar a la interfase salud-justicia en función de los efectos paradójales de la inclusión de herramientas para el control de legalidad de las internaciones.

VII. Conclusiones

Se reconoce el valor de la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones, que fue el fruto de procesos de lucha de diferentes actores sociales vinculados al campo de la salud mental integral y de los derechos humanos que venían pugnando por un cambio de paradigma. La nueva ley, además de actualizar el debate, instituyó un marco nacional de regulación legislativa que exige la adecuación de las discrepantes normativas provinciales (Rosendo, 2011).

Aunque se señalan avances en relación al estudio previo mencionado (2011), cobra cada vez más relevancia la necesidad de decisiones políticas y de inversión, a todos los niveles de gestión, que creen y transformen los dispositivos sustitutivos del manicomio. Del mismo modo, resultan un desafío problemas como: la formación de recursos humanos, las inercias institucionales o las representaciones tutelares de la población que resisten la idea misma de la integración social de las personas con padecimiento mental.

Por lo tanto, se vuelve necesaria la participación de los diferentes actores sociales, de ámbitos de la salud, la educación, las ONG, las organizaciones sociales, los sindicatos y las familias, entre otros, con el fin de contribuir a la transformación. Entender la desmanicomialización como un proceso de transformación de las estructuras ideológicas y

de acción, implica la exigencia del compromiso y la creación de consensos participativos, al mismo tiempo de decisiones políticas para generar nuevas alternativas y promover que efectivamente esa letra de la Ley de Salud Mental sea letra viva acortando las brechas existentes con las prácticas, especialmente para los sectores más vulnerables.

VIII. Referencias bibliográficas

- Bertaux, D. (1989). *Historia oral e historia de vida. Cuadernos de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: FLACSO.
- Bourdieu, P. (2000) *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.
- Brown, J. E. (2007). Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión. Buenos Aires: FLACSO. Disponible en: hdl.handle.net/10469/1019
- Castorina, J.A., Barreiro, A. y Clemente, F. (2004). La irrpontadelpensamiento piagetiano en la teoría de las representaciones sociales. *IRICE*, 5-30.
- Estudios Legales y Sociales. (2013) *Derechos humanos en Argentina: Informe 2013*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Córdova, V. (1990). *Historias de vida. Una metodología alternativa para ciencias sociales*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- Foucault, M. (1992) *Enfermedad mental y personalidad*. México: Paidós.
- Minayo, de S. C. (1997). *La investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Ministerio Público Tutelar (2013): *Niñez, adolescencia y salud mental en la ciudad de buenos aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013*. Buenos Aires. Disponible en: www.asesoriatutelar.gob.ar
- Ministerio Público Tutelar (2014a). *De la ley al barrio la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Documento de Trabajo N° 20. Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: www.asesoriatutelar.gob.ar
- Ministerio Público Tutelar (2014b) *Internaciones por Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Documento de Trabajo N 21. Salud Mental*. Buenos Aires. Disponible en: http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf
- Rosendo, E. (agosto, 2001) Desafíos en la implementación de la Ley Derecho a la Protección de la salud Mental (Ley N° 26.657). *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. Publicado en CD-ROM. ISBN: 978-950-29-1322-3.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba.

- Scrimshaw, N. & Gleason, G Editors. (1992). *Rapid Assessment Procedures- Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes International Nutrition*. Boston: FoundationforDevelopingCountries.
- Torricelli, Bauleo, Piccolo y Kesselman. (1993). Hacia las Jornadas Debate Sobre Desmanicomialización. *Zona Erógena*, 14, 21-38.
- Ulloa, F. (1995) La difícil relación del Psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental. En *Novela Clínica Psicoanalítica: Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Vezzetti, H. (1985) *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M; Sopransi, M.B; Nabergoi, M; Lenta, M; Tisera, A; Freire, M. (agosto, 2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Área de Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. Publicado en CD-ROM. ISBN: 978-950-29-1322-3.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M.M., Longo, R., Sopransi, M.B. y Lenta, M.M. (2012). Exigibilidad y justiciabilidad desde la epidemiología territorial. Una construcción inicial con actores-as comunales. *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología UBA*, 19. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862012000100008
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R. y Moschella, R. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias. *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología UBA*, 17, 267-75. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100026