



Edith Benedetti:

“En institutos, hay que respetar la territorialidad y revertir la fragmentación”

La subsecretaria de Servicios e Institutos del Ministerio de Salud explica la estrategia del Gobierno para fortalecer los dispositivos de cuidados de urgencia y las guardias interdisciplinarias en los hospitales generales

Entrevista de Andrés Asato

Edith Benedetti es psicóloga, especialista en clínica de Patologías de Consumo y es subsecretaria de Gestión de Servicios e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación, lleva adelante un trabajo con un enfoque federal y de ampliación de derechos.

Un reciente informe elaborado por la OMS destacó que una de cada ocho personas convive con una enfermedad mental en el mundo, y según el mismo estudio, las personas con diagnósticos graves mueren entre 10 y 20 años antes que el resto de la población. También, se comparó la situación antes y después de la pandemia de Covid-19, y se supo que, en 2019, mil millones de personas (incluido el 14% de los adolescentes) vive con un problema mental, cifra

que un año después de iniciada la pandemia aumentó un 25%. Y solo un tercio de las personas con depresión reciben una atención eficaz de un especialista.

En ese marco global de la salud mental, la estrategia nacional que impulsa el Gobierno apunta a fortalecer los dispositivos de cuidados de urgencia y de las guardias interdisciplinarias en los hospitales generales, con el objetivo de revertir el estigma de la salud mental desarrollando estrategias de trabajo comunitario en los barrios y capacitando a los trabajadores de la salud en la premisa de la inclusión. La puesta en marcha de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental va en ese sentido y proveerá dispositivos para la externación y la inserción laboral, con una inversión que pasará de 3.700 millones de pesos a 7.700 millones.

—¿Qué se ha podido modificar para bien con la Ley de Salud Mental?

—Me parece que lo virtuoso desde la sanción de la Ley fue poner en agenda pública algo de lo que se venía trabajando y establecer las leyes que rigen la práctica profesional y que nadie puede desconocer. En los últimos años lo que hemos tenido son dificul-

tades en la implementación de la Ley y que en muchos casos se vio desvirtuada en lo mediático por cuestiones como el de la no internación cuando la Ley en ningún momento plantea eso sino lo que promueve es terminar con las prácticas manicomiales, asilares y tutelares que vulneran los derechos de un ciudadano con un padecimiento subjetivo. Pero que, además traen otras cuestiones como la idea de lo crónico, del padecimiento de una situación subjetiva que va a ser para siempre, y que en realidad no es así porque las ciencias disciplinarias han posibilitado romper con esos estigmas y si antes se declaraba que alguien era incapaz ahora hay una cuestión temporal que implica seguir revisándolo y que alguien tenga la tutela de esa persona no es para toda la vida. Son cuestiones muy importantes que se están empezando a instalar y en este contexto lo cierto también es que para que haya una plena implementación hace falta inversión, capacitación y poder pensar temas claves de la época actual. Hay que revisar la formación de grados y de posgrados, que están muy atrasadas porque las modificaciones en la producción de la subjetividad han sido tan radicales que seguimos estudiando algunas cuestiones como si habláramos con sujetos de hace tres, cuatro o cinco décadas atrás.

–¿Cómo impactó la pandemia en los recursos humanos y en las instituciones?

–Hubo momentos intensos, uno cuando desde los hospitales tuvimos que salir con los equipos de salud a los paradores, hoteles, a los territorios como los barrios de emergencia donde circulaba el virus y no había espacio para aislarlos, ahí fue clave el armado del comité de crisis y empezar a utilizar toda la tecnología disponible (teléfonos celulares, zoom) para dar respuestas clínicas



“En los últimos años, hemos tenido dificultades en la implementación de la Ley, ya que en muchos casos se vio desvirtuada en lo mediático por cuestiones como el de la no internación. La Ley en ningún momento plantea eso, sino que lo que promueve es terminar con las prácticas manicomiales, asilares y tutelares”

ante algo inesperado y desconocido, en un clima de temores y angustia. Desde el hospital nacional se dio respuesta a todo y nuestra preocupación como responsables de la salud fue cuidar también a los trabajadores, a los que integraban los equipos interdisciplinarios y que ponían el cuerpo ante algo inesperado y desconocido. Nuestro lema fue cuidar a los que cuidan, y desde que estoy en el Ministerio muchas de las acciones fueron dirigidas a la formación, acompañamiento y desarrollo profesional de los equipos, a través de plataformas de talento humano, de prevención de suicidios, de capacitaciones en relación con consumos problemáticos, y con un trabajo en red con el resto de las universidades nacionales para hacer tutorías y generar un conocimiento situado, según las características de cada provincia.

–¿Están las fuerzas de seguridad y las guardias hospitalarias preparadas para atender pacientes con consumos problemáticos o algún padecimiento mental?

–Sobre la capacitación en las fuerzas de seguridad estamos trabajando con el Mi-

nisterio de Seguridad y con el resto de los ministerios también porque lo que buscamos justamente es que tengan la preparación y las herramientas adecuadas para que puedan actuar y no responder desde el desconocimiento. En cuanto a las guardias médicas en líneas generales no están capacitadas porque lo que faltan son profesionales de salud mental y, además, hacen falta dispositivos distintos que estén adecuados para atender a alguien que padece una urgencia subjetiva, un problema de salud mental, de la misma manera que una persona con un problema cardíaco cuenta con el suyo. Una internación subjetiva requiere de un espacio que tenga que ver con la posibilidad del cuidado, no de la represión y el aislamiento, y revertir esto empieza por entender y comprender qué le pasa al otro. Nosotros estamos armando desde los hospitales nacionales capacitaciones, para guardias interdisciplinarias que entiendan cómo hay que actuar frente a un episodio, pero a la hora de intervenir lo tiene que hacer un psiquiatra.

–¿Qué capacidad tiene el Plan Médico Obligatorio de asistir este tipo de prestaciones y cumplir con ella?

–Venimos trabajando sobre el tema porque le hicimos una propuesta a la superintendencia en función de la modificación del PMO, hay algunas prestaciones que están, otras que deberían estar y otras que deberían suprimirse, pero hay que hacer necesariamente una licuación del PMO. Ahora estamos a la espera de una decisión de la Superintendencia, pero era algo necesario y estaba dentro de las acciones y las estrategias a seguir. Eso por un lado, y por el otro con un sistema de salud federal lo que estamos

“Sobre la capacitación en las fuerzas de seguridad estamos trabajando con el Ministerio de Seguridad y con el resto de los ministerios también porque lo que buscamos justamente es que tengan la preparación y las herramientas adecuadas”

tratando es de revertir estas fragmentaciones llevando adelante una estrategia que respete las realidades geográficas y demográficas, las historias y teniendo en cuenta que las diferencias no abonen a una fragmentación mayor, este es el punto y en ese sentido armar redes asistenciales, trabajar la vincularidad con referentes afectivos y con la comunidad es clave para ir dando respuestas a las necesidades provinciales, regionales e ir revertiendo los estigmas. Llevará tiempo y armar una estrategia federal situada significa ir acompañando los procesos de cada una de ellas tratando de que la fragmentación que muchas veces está instalada, no se profundice.

–¿Hay un nuevo paradigma de la salud mental después de la pandemia?

–Yo hablaría más de nuevos desafíos y no tanto de paradigma, creo que hay mucho por construir y nosotros estamos trabajando en esa construcción de nuevos marcos epistémicos para dar respuesta a los efectos del aislamiento, los miedos, las incertidumbres, donde uno sentía que no podía estar proyectando mucho así que hay algo que está por venir. Yo voy más por esa frase célebre del educador venezolano Simón Rodríguez cuando dijo ‘inventamos o erramos’, para darle lugar a otra forma de educar y pensar, en poner todas las herramientas conceptuales y construir una epistemología crítica para dar la respuesta adecuada al que tiene un padecimiento. Revalorizar la forma de capacitar que tiene el maestro y de curar del médico sanitarista, de estar involucrados en el lugar y acompañando la intervención. Esto que llamamos generar espacios situados y creo que es por ahí. 