

Tabla de contenidos disponible en [P3-USAL](https://p3.usal.edu.ar)

Revista de Psicología y Psicopedagogía

Página web: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/issue/archive>

Transformación del modelo de atención en salud mental a partir de la ley 26657

Mental health care model transformation based on law 26657

Vanesa Natalia Seitz ^{1*}

¹Departamento de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca.

INFORMACION

Palabras clave:

Salud mental

Ley Nacional de Salud Mental

Modelo de atención en salud

Comunidad

Perspectiva de derechos

Keywords:

Mental health

National Mental Health Law

Health care model

Community

Rights perspective

*Dirección de e-mail del autor

vanesanataliaseitz@hotmail.com

RESUMEN

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, Argentina comenzó un proceso de transformación del modelo de atención en salud mental, acorde con las normativas y tratados vigentes en la materia a nivel nacional e internacional. La ley marcó la historia de la salud mental en nuestro país ya que desencadenó procesos, habilitó nuevas formas de concebir al sujeto con padecimiento mental y sus posibles abordajes, respetando su referencia territorial y comunitaria. Se encuentra en línea con los desarrollos de la atención primaria de la salud (OMS, 1978), que invita a dar respuesta a los sujetos en la comunidad donde viven. A su vez, habilitó espacios para la participación de usuarios, familiares y otros recursos existentes en la comunidad a fin de lograr una integración social efectiva y una plena participación. La ley se encuentra enmarcada en una clara perspectiva de derechos. En el presente trabajo se analizará su implementación, a 10 años de su sanción.

ABSTRACT

Since the enactment of the National Mental Health Law, Argentina began a transformation process of the mental health care model, in accordance with regulations and treaties in force on the matter at the national and international level. The law stamped the history of mental health in our country as it triggered processes, enabled new ways of conceiving the subject with mental suffering and its possible approaches, respecting its territorial and community reference. It is in line with the developments in primary health care (WHO, 1978), which invites responses in the community where people live. At the same time, it enables spaces for the participation of users, family members, and other existing resources in the community, in order to achieve effective social integration, which means a full community participation. The law is framed in a rights perspective. In this paper, its implementation will be analyzed, 10 years after its sanction..

Introducción

La ley 26657 es la primera ley nacional de salud mental en Argentina, y fue sancionada en noviembre del 2010, marcando un hito en la historia de la salud mental, como campo de la salud pública en nuestro país. Anteriormente algunas provincias contaban con sus propias leyes, pero su jurisdicción era solo para el territorio de dicha provincia y no vinculante para el resto. La provincia de Río Negro fue pionera en nuestro país en delinear políticas públicas de salud mental con base en la comunidad que dejaban atrás la lógica manicomial precedente, uno de los aspectos fundamentales que promueve la Ley Nacional de Salud Mental.

La ley nacional permitió reencuadrar la práctica pública y la privada. Tuvo una particular incidencia en quebrantar el paradigma del encierro, la sustitución de la voluntad y la privación de la libertad como alternativas terapéuticas convenientes, al menos en una primera instancia de abordaje de un sujeto con padecimiento mental.

A partir de su sanción se configura un entramado complejo en torno a la salud mental que ha logrado visibilizar dificultades y tensiones que permanecían veladas para muchos/as trabajadores/as que se desempeñan en este campo. A lo largo de estos años, se han desplegado cambios en las prácticas, herramientas teóricas y metodológicas, que han ido constituyendo un novedoso campo de intervenciones en la que interactúan diversas disciplinas y tramas institucionales; en muchos casos también en tensión por la presencia de distintos paradigmas que coexisten. Por lo tanto, la implementación de la LNSM se ha encontrado también con obstáculos.

El presente trabajo propone un análisis de las consecuencias que tuvo esta ley a partir de su sanción, diez años después, para todos y todas los/as trabajadores/as en el campo de la salud mental, los avances y obstáculos con los que se ha enfrentado y el cambio de paradigma que introdujo.

Antecedentes y actualidad

Es importante encuadrar en qué contexto surge y debe aplicarse la ley: el sistema de salud argentino. Según Mario Rovere "el sistema de salud en la Argentina es fragmentado, pero tan fragmentado como la sociedad que lo contiene y esta tendencia parece haber sido funcional a la enorme concentración del ingreso de las últimas décadas" (Rovere, 2004). El autor desarrolla los avatares político-históricos que marcaron el destino del sistema de salud en el país, generando por resultado la constitución de un sistema injusto e inequitativo.

El sistema prestador de servicios de salud en Argentina y en la provincia de Buenos Aires se encuentra segregado, y esta característica tiñe el tipo de prestaciones que ofrece, entre ellas, las prestaciones de salud mental. Usuarios/as del sistema público, de obras sociales y del sector de medicina privada resuelven sus cuestiones de salud y padecimiento mental con los recursos que tienen a su alcance, los que resultan desiguales e inequitativos. Los índices de pobreza marcan el destino de los sujetos con padecimiento mental, generando una brecha en el acceso a la salud, a la que no todos y todas acceden, a pesar de contar con cobertura, sea pública o privada.

Se plantea la cuestión de la accesibilidad como central. Para garantizar derechos, debería garantizarse su acceso, de no hacerlo estos derechos solo quedan en el nivel legislativo, sin llegar a impactar en la calidad de vida de la ciudadanía, en otras palabras, sin efectos concretos. Destaco estas características del sistema de salud en la actualidad porque será el escenario donde los lineamientos de la LNSM pueden o no hacerse un lugar, dificultando o promoviendo nuevos abordajes y prácticas más inclusivas en este campo.

En este contexto, marcado por fuertes inequidades en relación con el derecho a la salud, las políticas públicas nacen dirigidas a los colectivos humanos para garantizar el acceso a los derechos sociales, y en el campo de la salud mental comienza a cuestionarse la lógica de la vida en el manicomio, la sustitución de la voluntad y la restricción de la libertad de los sujetos como un abordaje terapéutico favorable.

“La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020” fue el lema del Consenso de Panamá (OMS, 2010). Ambicioso, pero orientador. No suponía su logro pleno 10 años después, estimo, pero sí el inicio de un recorrido hacia la transformación del sistema de atención-cuidado del proceso de salud-enfermedad mental. Se apuntó a lograr una política integral en materia de abordajes en salud mental, la cual requiere, como base, una política de empleo y un estado garante de los derechos sociales, económicos y culturales.

Desde hace varios años, a nivel mundial y latinoamericano se comenzaron a pensar líneas de acción a favor del uso restringido de la internación como recurso terapéutico y de los beneficios del trabajo en la comunidad. Uno de los grandes referentes en esta ideología es la Declaración de Caracas (OMS, 1990), que ya sostiene que “la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”. Sostiene además que el aislamiento del enfermo de su medio genera mayor discapacidad social. Y retoma también los principios de la Atención Primaria de la Salud (OMS, 1978), que propone la creación de sistemas alternativos centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales del sujeto. La igualdad, la equidad, la calidad de los servicios, su suficiencia y la pertenencia social son los cinco pilares que sostienen la APS.

En 2005, los Principios Rectores de Brasilia para el desarrollo de la atención de la salud mental en las Américas (OMS, 2005) retomaron la Declaración de Caracas (OMS, 1990), haciendo especial énfasis en la integración de la salud mental dentro de las redes del servicio de salud pública y la necesidad de establecer redes de servicio comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos. Finalmente, el mencionado lema del Consenso de Panamá (OMS, 2010), que propone el reemplazo del hospital psiquiátrico por el modelo de atención comunitaria en salud mental, busca ir más allá de modelos asistenciales/curativos, médico-hegemónicos y hospitalarios para pensar modelos de promoción y prevención de la salud mental con base comunitaria.

Según Maritza Montero, la misión central de la psicología comunitaria es “aumentar el bienestar para todos y eliminar la opresión en aquellos que sufren debido a ella y sus nocivos efectos en la salud mental” (Montero, 2004). Podemos enlazar acá la idea de eliminar la opresión con la eliminación de la restricción de la libertad de los sujetos, en nombre de un presunto tratamiento médico de su padecimiento.

En la provincia de Buenos Aires, debemos destacar como antecedente importantísimo el Programa de Externación Asistida (PREA, 1999, Resolución Ministerial 001832), que se ha implementado en varias localidades con importantes resultados. Se busca fomentar el rol activo del paciente en el camino hacia su externación, su reinserción social y laboral, y la restricción del período de internación para que sea lo más breve posible, continuando

su tratamiento de forma ambulatoria e inmerso en la comunidad de la que será parte activa. El programa “Buenos Aires libre de manicomios” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020) ya se encuentra en marcha y su objetivo es el cierre definitivo de los cuatros hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, en un proceso de transformación del sistema de atención en salud mental que ponga punto final a la lógica manicomial.

Giros conceptuales que introdujo la ley 26657

La LNSM nos planteó, en primera instancia, una nueva concepción de sujeto, un cambio en el paradigma jurídico, el cual pasa a considerar a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho, en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948):

El salto que va desde el loco como incapaz y considerado un objeto, hacia un sujeto entendido como persona jurídica, a la que se le reconocen derechos y obligaciones es el resultado de una larga historia en nuestro país, construida de pequeños avances sucesivos. (Berrenechea y otros, 2011)

A partir de dicha ley, se entiende por padecimiento mental a “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes” (Decreto 603, 2013). Se comienza a poner el foco en la persona y no en la “enfermedad”, es decir, se singulariza la lectura de los casos.

Concebir al sujeto como sujeto de derecho, supone un estado garante y protector. A partir de aquí se comienza a desnaturalizar la idea de enfermedad mental asociada a la irreversibilidad, para dar lugar a una lectura contextual de cada caso en particular, e introducir su carácter transitorio. Las declaraciones de incapacidad o inhabilitación de los sujetos se establecerán solo por un tiempo determinado y deberán especificarse las funciones y actos que se limitan, apuntando a que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible y garantizando el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

En esta línea, la LNSM también sostiene que se debe presuponer la capacidad de todas las personas y establece requisitos para llevar a cabo el diagnóstico en el campo de la salud mental. Entre dichos requisitos encontramos, en su artículo n.º 3, que no debe diagnosticarse en función de la falta de conformidad con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona. Subrayo este aporte en particular, porque “cuidar a la sociedad del enfermo mental”, bajo un paradigma de control social, fue el marco en el cual la restricción de la libertad y la anulación de derechos de los sujetos dieron origen a los dispositivos de internación monovalentes como única respuesta, separando al sujeto de sus lazos y ámbito comunitario.

En su artículo n.º 20, en relación con las internaciones involuntarias, y siguiendo la línea del cuidado integral de la salud mental, la ley las plantea como recurso terapéutico excepcional solamente cuando mediar “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”, y siempre que hayan sido agotados previamente otros abordajes menos restrictivos (ambulatorios). Las internaciones involuntarias deben estar debidamente fundadas y ser indicadas por un equipo de salud interdisciplinario.

La prohibición para crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, así como la obligación de realizar las internaciones de problemáticas de salud mental y adicciones en hospitales generales serían los puntos más importantes para calificar esta ley a favor de la desmanicomialización. Esta perspectiva que imprime la LNSM

1 Se entiende por desmanicomialización a la sustitución de un sistema manicomial/asilar de salud mental por una atención descentralizada de base

territorial en hospitales generales, servicios de atención primaria de la salud y servicios comunitarios (Cohen, Natella, 2013).

opera como soporte para el inicio de un proceso de transformación del sistema de salud en el país.

Por último, quisiera destacar la importancia del pasaje, a partir de la LNSM, de la noción de peligrosidad a la noción de riesgo, que incluye las variables sociales como determinantes del proceso salud-enfermedad. En el antiguo paradigma de la peligrosidad, se pensaba el riesgo como un atributo de la persona, que debía restringirse mediante una pena. A partir de la ley, esto no es determinado por el juez sino por el equipo de salud, y las intervenciones apuntan al cuidado de la salud y no al castigo.

Hacia un cambio en el modelo de atención en salud mental

A diez años de la sanción de la LNSM, la transformación del sistema de salud aún se encuentra en proceso. La ley ofrece el marco que pretende desencadenar el proceso de transformación. Este ha sido descuidado durante el último gobierno de perfil neoliberal, el cual intentó intervenir el texto mismo de la ley e incluso derogarla. Las políticas de cuidado quedaron en pausa, recrudesciéndose la lógica manicomial en el hospital monovalente o fuera de él. La simple desaparición del edificio de los antiguos “neuropsiquiátricos” no garantizó, de ningún modo, el abordaje del sujeto con padecimiento mental desde otra lógica. Sin embargo, más allá del impasse que significó, en materia de salud mental, el período antes mencionado, podemos ubicar avances y obstáculos a lo largo de estos 10 años desde el surgimiento de la ley.

El abordaje en dispositivos ambulatorios de base territorial y comunitaria, que funcionen como red de apoyo para el sujeto, aún no se encuentra consolidado plenamente. En rigor, considero que se trata del mayor desafío al que nos enfrenta la ley y en el cual debemos seguir trabajando para que se corrompa el anterior paradigma.

Sin embargo, considero que la lógica de los trabajadores del campo de la salud mental introduce constantemente esta orientación a la hora de leer una situación de salud/padecimiento mental. Nos conduce la premisa de que el abordaje no debe ser ni fuera del hospital solo, ni asilado dentro del hospital general en las mismas condiciones nefastas de encierro que se observaban en el anterior paradigma. También debemos repensar y romper con la actual patologización y medicalización de conductas cotidianas y problemas sociales complejos, resabio de la antigua lógica manicomial.

Se reconoce en el campo de la salud mental la importancia de impulsar acciones comunitarias de prevención y promoción desde el enfoque de atención primaria de salud, a fin de considerar y dar lugar a la dimensión subjetiva del padecimiento mental, humanizando y singularizando las prácticas. De acuerdo con Alicia Stolkiner, “el éxito en el campo de la salud mental, será su desaparición como campo específico, para fundirse en prácticas y sistemas integrales que contemplen simultáneamente las dimensiones biológicas, subjetivas y colectivas de los procesos de salud-enfermedad-cuidado” (Stolkiner, 2015). La realidad es que aún queda mucho camino por recorrer para lograrlo.

Como obstáculo podemos destacar que se observa aún hoy en día la dificultad en la apertura del hospital general a las problemáticas de salud mental. El camino hacia la desaparición del hospital monovalente requiere de un hospital general abierto al abordaje de cuadros agudos de salud mental, así como estrategias de base comunitaria luego de la externación, o estrategias conjuntas de reinserción del sujeto en corresponsabilidad con el primer nivel de atención. El trabajo es conjunto, intersectorial e interdisciplinario. De otro modo, la transformación nos enfrenta con un imposible.

Un avance importante para destacar a 10 años de la sanción de la ley es la desjudicialización del campo de la salud mental, debido a que se otorga autonomía al equipo de salud para efectuar (o no) una internación en contra de la voluntad del sujeto. Los jueces ya no pueden indicar, por cuenta propia, una medida de restricción como esta. Se fortaleció así la interdisciplina dentro del equipo de salud, partiendo de la múltiple determinación de la salud mental establecida en el artículo n.º 3 de la ley.

En 2019 se realizó el primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental en instituciones monovalentes (públicas y privadas), con el objetivo de producir información para la implementación de políticas públicas eficaces, que garanticen el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención en materia de salud mental. En esta línea, se destacarán a continuación los datos más relevantes a la hora de analizar el camino hacia la transformación del sistema y el estado actual con que nos encontramos:

1. En relación con la firma de consentimiento informado, se constató que el 28,5 % de las personas internadas habían firmado consentimiento, y que el 60,4 % no lo había firmado, tratándose entonces de internaciones involuntarias.
2. En relación con los motivos de la continuidad de internación, el equipo tratante refirió que el 36 % de las personas se encuentran internadas por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Desconocemos a partir de este dato cuáles eran los motivos de prolongación de la internación en el resto de los casos.
3. En relación con el tiempo transcurrido en las internaciones se destaca que el 53 % de las personas estuvo internada 2 años o más, y el 25 % de las personas estuvo internada 11 años o más. El máximo tiempo de internación registrado en una institución fue de 90 años.

Conclusiones

Los principales giros conceptuales que propuso la Ley Nacional de Salud Mental son: reconocer y garantizar los derechos de todos los sujetos con padecimiento mental; superar concepciones netamente biologicistas que se legitiman en la hegemonía del modelo médico-asistencialista; trabajar interdisciplinariamente; incluir las problemáticas de vulnerabilidad socioeconómica como determinantes de la salud mental; cuestionar los diagnósticos psicopatológicos que se establecen como etiquetas irreversibles e incapacitantes (pasando de la noción de peligrosidad a la noción de riesgo); incluir los consumos problemáticos en las políticas de salud mental; trabajar a favor de la desmanicomialización y de la creación y buen funcionamiento de dispositivos alternativos de atención integral en el marco de la atención primaria de la salud y el abordaje comunitario.

Entonces, podemos concluir que uno de los principales aportes de la ley es el orden simbólico que introduce y que sienta las bases para problematizar las prácticas que, hasta el momento, se naturalizaban. No es un aporte menor, no debemos medir los efectos de la ley simplemente en números o estadísticas concretas, sino en la creación del marco conceptual para pensar de otro modo las intervenciones. La ley ordena, habilita, prohíbe. El cambio es lento, pero hay avances. Fue a partir de ella y de los derechos que promulga y restituye que se han posibilitado prácticas de cuidado más amables e inclusivas.

De todos modos, es importante destacar que las internaciones de sujetos con padecimiento mental en instituciones hospitalarias generales han aumentado a pesar de los obstáculos, así como las estadías en casas de convivencia y dispositivos de externación “intermedios”. De la mano de estas alzas, se han reducido las internaciones en hospitales monovalentes. Será trabajo para otro momento analizar cómo se han llevado a cabo dichas internaciones y de qué modo se cuida al sujeto externado. Será un objetivo próximo la evaluación de carácter cualitativo y singularizado del proceso.

A pesar de que no se logró plenamente aún el objetivo del consenso de Panamá, considero que el cambio de paradigma sí se produjo. La implementación total de la ley llevará años, seguiremos apostando a ella, hasta que la política de cuidado de la salud mental que promueva sea efectivamente un derecho al cual accede toda la ciudadanía con algún eventual tipo de padecimiento mental. Ese es nuestro desafío.

Referencias bibliográficas

Barrenechea, Oberman y Tallarico (UBA) (2011). “Del Incapaz al Sujeto del Derecho”, III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación

- y Séptimo encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.
- Cohen, H., Natella, G (2013). La Desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Decreto 603/2013 (2013). Reglamentación de la Ley de Salud Mental (Ley 26657), Buenos Aires, 28-05-2013.
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010). “Derecho a la Protección de la Salud Mental”. Boletín Oficial N° 32041. Sanción: 25-11-2010, Promulgación 02-12-2010.
- Mental Disability Rights International y Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007). Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. ISBN: 978-1-60461-304-9
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). “Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Organización de las Naciones Unidas (1948). “Declaración Universal de los Derechos Humanos”. París, Francia.
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF (1978). “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”. Alma Ata, Kazajstán.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas “Reestructuración de la atención psiquiátrica”. Caracas, Venezuela.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Principios de Brasilia “Principios rectores para el desarrollo de la atención de la Salud Mental en las Américas”. Brasilia, Brasil.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Consenso de Panamá “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”. Panamá.
- Rovere, M. (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Revista electrónica La Esquina del Sur.
- Stolkiner, A. (2015) Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En Tesler, L. (comp. y edit.) ¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria. Buenos Aires: Ed. Colihue.