

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Derechos y cuidado en la ley de salud mental.

Vidal, Victoria Alejandra.

Cita:

Vidal, Victoria Alejandra (2017). *Derechos y cuidado en la ley de salud mental. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/364>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/0zy>

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>.

DERECHOS Y CUIDADO EN LA LEY DE SALUD MENTAL

Vidal, Victoria Alejandra
Universidad Nacional de Quilmes. Argentina

RESUMEN

La ley 26.529 sistematiza los derechos de las personas que sufren en salud mental, en relación con los profesionales y las instituciones de salud. La misma brinda una herramienta normativa, desde la perspectiva de los derechos humanos vigentes, dónde el rol del Estado nacional se vuelve significativo, tanto en su aplicación como en relación a la formación. En ese marco el trabajo plantea un recorrido histórico de la construcción de la perspectiva de derechos en relación al cuidado en Salud Mental que la Ley promueve en Argentina. Se realizará también un análisis de su letra; a partir de algunos conceptos seleccionados, para pensar que ejes nos marca como normativa, y que efecto es esperable en la formación de futuros profesionales de la salud (enfermería, Psicología y terapia ocupacional).

Palabras clave

Cuidado, Derechos, Salud mental, Ley

ABSTRACT

RIGHTS AND CARE IN THE MENTAL HEALTH

Law 26,529 systematizes the rights of people suffering from mental health, in relation to professionals and health institutions. It provides a normative tool, from the perspective of human rights in force, where the role of the national State becomes significant both in its application and in relation to training. In this context, the work presents a historical overview of the construction of the perspective of rights in relation to the care in Mental Health that the Law promotes in Argentina. From some selected concepts, to think that axes mark us as normative, and what effect is expected in the training of future health professionals (nursing, psychology and occupational therapy).

Key words

Care, Rights, Mental Health, Law

Introducción.

Este trabajo está plantea una reflexión teórica sobre la Ley 26.529, como herramienta normativa que sistematiza los derechos de las personas que padecen en salud mental, en relación con los profesionales y las instituciones de salud. En ese marco, se trabaja con el texto de la ley, a partir de algunos conceptos seleccionados ad hoc, que permiten organizar los ejes que marca la normativa y desde ellos analizar el efecto esperable en la formación de futuros profesionales de la salud (enfermería, Psicología Y terapia ocupacional) que son el universo de la investigación en curso. Entre los objetivos de la misma, se propone indagar y describir las representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la salud mental que poseen los estudiantes de carreras de salud,

para a partir de allí hacer propuestas curriculares contextualizadas tendientes a favorecer los cambios que, de manera paulatina, son esperables que sucedan en estas representaciones a partir de la implementación de la Ley 26.657

Es fundamental la capacitación de los estudiantes en el ámbito de la salud mental, para correr el eje desde un modelo restrictivo, manicomial, a un modelo psicosocial, expansivo y con una perspectiva de trabajo comunitario. Esta formación se transforma en una herramienta de política pública.

Tal como señala Chardòn en 2012 “ Los movimientos de ruptura de la tutela sobre... locos, para transformarlos en sujetos de derecho han abierto una brecha para el estudio de la metamorfosis del cuidado, pensado ahora como una tarea de la que el Estado y las políticas públicas debieran ocuparse” .

La Ley señala que, es importante trabajar en relación a las creencias y representaciones de los futuros profesionales de la salud, ya que es un grupo implicado en las prácticas de atención, y que llevarán adelante, o no, el espíritu de la Ley. Atendiendo de esta manera a lo propuesto por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones en el Acta N° 6/14 ANEXO III RECOMENDACIONES A LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS y el ARTÍCULO 33° LEY NACIONAL N° 26657 señala que “Un eje fundamental para lograr los objetivos planteados es la formación de los profesionales en el campo de la salud mental. Para ello, el artículo 33° establece: “La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país”.

Objetivo general

Analizar teóricamente la Ley de Salud Mental desde la perspectiva de los derechos del paciente y las propuestas de atención.

Objetivos específicos:

- Analizar los antecedentes históricos de la Ley 26657 en Argentina
- Revisar la perspectiva de derechos en relación al cuidado en salud mental que prescribe la Ley 26657.

Metodología

En este trabajo, la propuesta es de carácter netamente teórico- conceptual, para revisar críticamente las ideas centrales de la ley en los capítulos IV, V y VII. Se hará eje central en la concepción de dere-

chos, y como desde esta perspectiva se propone una modalidad de cuidado para las personas que padecen en salud mental y para el abordaje de su tratamiento. A partir de allí, será posible establecer vínculos con las concepciones que, durante la investigación, aparecieron subyacentes en los estudiantes de carreras de salud.

Los conceptos que se seleccionaron fueron: salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción, educación y prevención, que permiten hacer visible el espíritu de la Ley, en la intención y forma en que se aplican los términos en esos capítulos.

Revisando el cuidado en salud mental. Un poco de historia

La noción de cuidado se hace presente en el sentido común y en la vida cotidiana con múltiples sentidos, para reducir ese polisemia se trabaja a partir de la definición de Chardón: "Entendemos al cuidado como cuidado de sí, como una construcción subjetiva que se produce en prácticas cotidianas con y entre otros/as en diversos espacios institucionales y comunitarios en los que —obviamente— se despliegan relaciones de poder. En este sentido, subrayamos la dimensión política de la construcción individual y colectiva de las prácticas y concepciones de cuidado" (Chardón, et al, 2012 p 45)

La conferencia de Alma Ata de 1978 pone en el candelero la idea de participación social en salud, retomando así la dimensión histórica y política. Montero (2003, 2010), entiende a la participación como un proceso de aprendizaje social que atraviesan los sujetos cuando se involucran en actividades comunitarias que implican la organización colectiva. Pone el acento en el objetivo central de la participación: el cambio social para crear sociedades más justas. La participación es una forma de enfrentar la cultura política tradicional que frustra a las personas y las lleva a resignarse con las condiciones de injusticia o peor aún a naturalizarlas. Es dado preguntarse entonces sobre las maneras participación que promueve / obstaculiza el campo del cuidado en salud mental y las modalidades de participación que efectivizan los distintos actores involucrados en él.

Analizando la perspectiva de la Ley de salud Mental, se presenta completamente innovadora en este sentido; si tenemos presente que en Argentina se puso en juego, históricamente, el modelo asilar. Modelo que se plantea como la respuesta hegemónica en occidente al problema de los trastornos mentales, y que los principales recursos en este sentido se concentraron en instituciones monovalentes. Este modelo asilar, da muestras de una situación de crisis que se hace evidente por distintos indicadores, la recurrencia de las internaciones poco certificadas y a veces compulsivas, la permanencia muy prolongada de pacientes en las instituciones lo que puede llevar a un deterioro y debilitamiento de las redes de apoyo social (familia, grupos de amigos que se alejan y relaciones laborales que se pierden).

Es posible encontrar entre los antecedentes de la Ley, el proceso de transformación de las viejas estructuras asilares en psiquiatría, que la mayoría de los países desarrollados llevan adelante en la segunda mitad del siglo XX. Así se hacen visibles nuevos modelos de cuidado en salud mental basados en la permanencia en la comunidad, por ejemplo servicios de salud mental en hospitales generales, o en centros de atención primaria.

La concepción que aparece explícita en la Ley, de lo imperioso

de la idea de modificar el dispositivo manicomial, y crear centros asistenciales sustitutivos a las situaciones de encierro hunde sus raíces en la sanción de la ley 148 (Basaglia, 1976), a la búsqueda de revertir las consecuencias señaladas y evitar los procesos de estigmatización de quienes sufren en salud mental. A partir de ese momento el rumbo para la Ley estaba marcado, pese a que correría mucha agua debajo del puente hasta su concreción y el esfuerzo constante de una parte de la comunidad científica internacional, en la búsqueda de alternativas a las instituciones totales.

En 1990, representantes de América Latina y el Caribe suscriben la declaración de Caracas, que constituye un hito fundamental en pos de las reformas que se vienen trabajando. En ella se señala como fundamental la atención en centros de APS para la promoción de: "*modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales*" y la importancia de una revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico. Marca la importancia de la capacitación de recursos humanos en salud mental con eje en la salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales. Es interesante tomar el planteo Alfredo Kraut (2006), "En 1990, en la Declaración de Caracas, se exhortó a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los parlamentos, los sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y a los medios de comunicación de cada Estado, a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la región" (Kraut 2006, pág 203)

En Argentina esta declaración de Caracas tiene ecos, y pocos años después la Provincia de río Negro sanciona la Ley 2440, que comienza una reforma que, si bien no alcanzan a integrarse en una política Federal sienta sus bases. En esta provincia, la ley hace legal lo que las prácticas ya habían legitimado como alternativa al encierro como mecanismo de cuidado en salud mental, y que presenta como uno de sus hitos centrales el cierre en octubre del 1988 del único establecimiento neuropsiquiátrico de la Provincia. En la Ley Río Negro encontramos un modelo de cuidado que garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento en salud mental dentro de su comunidad.

En Santa Fe, la ley establece que se privilegiarán las alternativas que menos restrinjan la libertad, y que favorezcan la permanencia en el interior de la red social. Sólo se habilita la internación en los casos donde no existan otras alternativas, y será lo más breve posible, con un plazo máximo de tres años.

En la Ley de Entre Ríos se plantea el funcionamiento con un sistema de puertas abiertas a los establecimientos psiquiátricos públicos hasta que se produzca su reconversión definitiva.

Es posible dar cuenta de manera fehaciente que las leyes de las provincias de Río Negro y Entre Ríos apuntan a la desaparición definitiva de los neuropsiquiátricos y en la provincia de Santa Fe a su transformación.

En 2005 la declaración de Caracas se retoma en los Principios rectores de Brasilia, donde se señala la importancia de que todos los países de la región emprendan el camino de la reforma. Que se ven reafirmados en el Consenso de Panamá, donde se fortalece la búsqueda de una atención en salud mental por fuera de las institu-

ciones monovalentes, y dentro de la comunidad.

La Ley vigente en la actualidad, que fue aprobada y promulgada a fines de 2010 en nuestro país, plantea un corte con esta lógica clínica, de venimos señalando como subyacente a las prácticas de cuidado en salud mental en que se forman los recursos humanos en salud hoy. Va a implicar cambios drásticos en la concepción de sujeto, en ella pleno de derecho y en las estrategias de cuidado manifestando el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Incorpora, como eje central la dimensión de los derechos humanos de quienes presenten padecimientos mentales y el uso indebido de drogas. Implica un piso básico de derechos que deben cumplirse desde su promulgación en todo el país.

Salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción, educación, prevención. La cuestión de los derechos en la atención.

Lejos del planteo clínico que atraviesa las disciplinas de salud en las que se llevó adelante la investigación, y por ende su formación, la Ley ofrece otras herramientas (como la comunitaria) para la correcta interpretación y abordaje de los problemas de salud mental, destacando el lugar central de los procesos sociales, y al usuario como un sujeto de derecho, activo en su relación con la realidad.

En relación a los derechos, en los artículos que conforman el capítulo 7, se hacen explícitos todos aquellos que deben ser socialmente reconocidos y protegidos en relación a aquellos que sufren en salud mental. El Estado debe ser garante de ello y asegurar su cumplimiento. El derecho a recibir atención sanitaria con base en la integración social y fundamentada en la ética, derecho a conservar la identidad, a ser acompañado por sus familiares y/o personas cercanas afectivamente, a tener acceso a su información sanitaria y/o clínica y a ser activo en la toma de decisiones relativas a su tratamiento se hace presente de manera explícita. El paciente tiene también derecho a que las condiciones de su internación sean, siempre, adecuadamente supervisadas, a no ser identificado ni discriminado por su enfermedad, a que cualquier tipo de investigación clínica, o tratamiento experimental sea bajo su expreso consentimiento, a no ser sometido a trabajos forzados o no recibir remuneración por su trabajo de acuerdo con el texto de la Ley.

Esta perspectiva de derechos es amplia, y que asume también una dimensión histórica, como se trabajó previamente. Esta Ley fue precedida por importantes antecedentes tanto en el ámbito nacional como en el internacional que señala la imperiosa necesidad de proteger los derechos de las personas en mayor situación de vulnerabilidad, como es una persona que sufre en salud mental, lo que implica un recorrido de construcción en esta concepción. Es importante retomar la idea de lo imperioso del reconocimiento de estos derechos “Hacer que la Ley se cumpla es una urgencia y reclama dispositivos y prácticas sustitutivas

para las personas que aun están internadas en nuestro país, comenzando por jerarquizar la SM y las redes de atención comunitaria y procesos efectivos de externación, no de deshospitalización. Incluye el desarrollo de aperturas participativas, innovadoras, creativas y políticas públicas integrales que contribuyan a impactar en el imaginario social y garantizar los derechos” (Zaldúa et al 2011).

La cuestión de los derechos en el campo de la salud, que incluye la salud mental, está acompañada de los movimientos sociales y civiles, centrada fundamentalmente en las más importantes amenazas de vulneración de derechos de las personas con trastornos mentales, cosificarlas, negarles su capacidad de decisión, someterlos a tratamientos en contra de su voluntad, lejos de sus afectos y marcos de referencia. Este cuestionamiento se cristaliza en una revisión crítica del planteo tradicional, que planteaba un cuidado en salud mental desde una perspectiva tutelar, paternalista, que protegía al enfermo en una situación de profunda exclusión social, aislado en instituciones y asumiendo las decisiones de manera muchas veces inconsulta y arbitraria. El análisis de las devastadoras consecuencias que tienen sobre el paciente y su familia la extensa internación, como se excluye de esta forma de la vida social, llevando a un progresivo deterioro de las habilidades y destrezas sociales, que pueden, inclusive dar lugar a la emergencia de nuevos cuadros psicopatológicos a partir de este abandono y segregación. Esta reclusión, a veces para toda la vida en lo que Foucault llamó instituciones totales (manicomios, escuelas y cárceles) y el problema de las instituciones monovalentes fueron fuertemente cuestionadas desde los años 60, y a partir de allí una serie de declaraciones mundiales y recomendaciones que impulsan a la búsqueda de reformas en los modelos de atención, en América Latina.

En esa dirección, repasando el capítulo V de la Ley, se vuelven centrales las transformaciones en el modelo de atención, las acciones de base comunitaria y la búsqueda de fortalecimiento de las redes y lazos sociales, marcando la importancia de la consulta ambulatoria, la atención domiciliaria supervisada, el fortalecimiento de la promoción y prevención. En este sentido también propone la prestación de servicios en salud mental a través de instituciones de pequeña escala, centros de día, de capacitación laboral, micro emprendimientos sociales.

Ejemplo de ello son las Empresas Sociales (ES), una Empresa diseñada para reconocer y respetar la heterogeneidad y multiplicidad de sus integrantes (Vidal, Sena 2015). En este dispositivo el concepto de cuidar toma una extensión que supera la lógica médica “Cuidar se refiere no solamente a los cuidados del cuerpo, sino que también se refiere a los cuidados socialmente consagrados que hacen las diferentes culturas y que son formas simbólicas de ternura. Los cuidados son formas sublimadas de ternura, por las que las diferentes sociedades crean, manifiestan y enfatizan su amor hacia los otros” (Chardón 2008). Tomando esta característica particular, se hace evidente el impacto favorable que tiene en las formas del sufrimiento mental el trabajo en el seno de su comunidad y, simultáneamente, como el dispositivo en sí mismo genera condiciones para la producción colectiva de salud. En tal sentido, proponemos pensar a la ES como la creación de entornos favorables, en tanto se vuelve indispensable e implica un trabajo concreto sobre los ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales, no sólo para mejorar la salud o aumentar la calidad de vida, sino también para recomponer las redes sociales quebradas, como propone la Ley.

Reflexión final

La promulgación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental da cuenta de la vocación de transformar un campo de prácticas, que las tensiones políticas de muchas características atraviesan. Tal como el proyecto de señaló en otros trabajos (Remesar, Grippo y Vidal 2016, Grippo, Vidal 2016, Vidal, Grippo y Sena 2016) y en coincidencia con otras investigaciones en Argentina (Zaldúa et al 2011) El cuidado en salud mental se ha mostrado resistente al cambio y con cierta persistencia de las situaciones que implican una violación manifiesta de los derechos humanos de las personas que padecen en salud mental. Pero el cambio es paulatino, y seguirá su devenir histórico. Las mutaciones se convierten en procesos continuos y generalizados que impactan de distintas formas y en distintos tiempos al entramado social.

En ese espacio de tensión, la formación académica cobra un rol fundamental, para guiar las prácticas que apunten a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas asistidas. En el espacio de su aplicación concreta, es donde pueden ponerse de manifiesto las dificultades de transformar un modelo profesional instituido y legitimado por los profesionales que lo ejercitan, y quienes se están formando en ese campo teórico. Con estos motivos, en que el análisis del espíritu de la ley, la explicitación de su perspectiva de derechos en relación al cuidado, y el registro de sus antecedentes históricos, permiten repensar la formación de los estudiantes en el grado.

BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia, F. (1973). La institución negada. Seix Barral. Barcelona.
- Chardon, M.C. (2008) Representaciones Sociales del Cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. Archivos Brasileiros de Psicologia Vol 60 N°2. ISSN 1809-5267 Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Instituto de Psicologia
- Chardon, M.C. (2012) El "cuidado" como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje- paternaje e inclusión. En Peregalli, Andrés y Sampietro Yohana (comps) Maternidades, paternidades y adolescencias. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz. Noveduc. Colección Ensayos y experiencias. Marzo de 2012
- Kraut, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina. En Emiliano Galende y Alfredo Kraut (Eds), El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1989). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Menéndez, E. (2006) "Participación social en salud: las representaciones y las prácticas". En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., Participación Social ¿para qué?. Bs. As.:Ed. Lugar
- Remesar, S. ; Grippo, L. y Vidal, V. (2016) Representaciones sobre los procesos de salud, atención y cuidado de la salud mental en estudiantes de Psicología. Reflexiones sobre la formación profesional. Actas de la XII Jornada de Material Didáctico y Experiencias Innovadoras en Educación Superior.
- Vidal, V.; Grippo, L. y Sena, S. (2016) El proceso de apropiación de la concepción de cuidado que plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26657. Un camino lleno de desafíos. En Memorias VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. "Subjetividad contemporánea: elección, inclusión, segregación" pp.182-185 Tomo I
- Vidal, V.; Grippo, L. (2016) ¿Por qué pensar las representaciones de los procesos de salud, atención y cuidado de la salud mental en los estudiantes de Psicología?. En Trimboli et al comp. Los Límites de la clínica. 1º Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: pp.509-511
- Vidal, V.; Sena S. (2015) Salud mental: Cuando el cuidado es colectivo . Las empresas sociales. En Memorias del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria. Cipolletti: Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue.
- Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Tisera, Ana, Sopransi, María Belén, Lenta, María Malena y Freire, Magalí (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.
- Declaración de Alma-Ata, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.
- Declaración de Caracas, Adoptado por la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.
- Principios de Brasilia. Adoptado por la Conferencia Regional para la Reforma de los servicios de Salud Mental. "15 años después de Caracas". Brasilia, Brasil, 9 de noviembre de 2005.
- Consenso de Panamá. Adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental "20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020. Ciudad de Panamá. Panamá, Octubre de 2010.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Honorable Congreso de la Nación. Promulgada el 2 de diciembre de 2010.