

1º Jornada de Salud Mental Comunitaria y Universidad. Debates, tensiones y desafíos en torno a la formación profesional. Área de Derechos Humanos. Facultad de Psicología. UNLP, La Plata, 2017.

# **SALUD MENTAL E IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL POR LOS EQUIPOS DE SALUD.**

Bueti Lopez Aldana y D'Agostino Agustina María Edna.

Cita:

Bueti Lopez Aldana y D'Agostino Agustina María Edna (2017). *SALUD MENTAL E IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL POR LOS EQUIPOS DE SALUD. 1º Jornada de Salud Mental Comunitaria y Universidad. Debates, tensiones y desafíos en torno a la formación profesional. Área de Derechos Humanos. Facultad de Psicología. UNLP, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/agustina.dagostino/32>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pp0B/tpb>



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>.*

## **SALUD MENTAL E IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD**

*Autoras: María Aldana Bueti López (1) y Agustina María Edna D'Agostino (2)*

(1) Consejo Interuniversitario Nacional- UNLP- Laboratorio de Psicología Comunitaria y Políticas Públicas. UNLP.

(2) CONICET- Laboratorio de Psicología Comunitaria y Políticas Públicas. UNLP  
Eje temático: Psicología Institucional.

### **Resumen**

Este trabajo tiene como propósito presentar una investigación en curso, incluida en un proyecto más amplio centrado en caracterizar los procesos de subjetivación producidos en los efectores y usuarios de los dispositivos institucionales que implementan políticas sociales en los campos de salud mental, género, y niñez y adolescencia.

El plan de trabajo está enmarcado a su vez en una Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas que se titula: Estrategias institucionales y subjetivas para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 en La Plata y Gran La Plata. Cuyo objetivo general es Describir el estado de situación respecto a la ejecución de la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 en instituciones públicas de La Plata y Gran La Plata. Además entre sus objetivos específicos se propone enunciar los dispositivos y estrategias desarrolladas por los equipos de profesionales y técnicos que se desempeñan en instituciones de salud mental en La Plata y Gran La Plata, y detallar las condiciones de internación y externación que se desarrollan en las mismas.

En esta presentación se describirá el estado de la cuestión sobre salud mental en Argentina. Desde las inquietudes que comenzaron a surgir de parte del Estado sobre la capacitación de los profesionales para atender a los pacientes psiquiátricos; pasando por las practicas de los trabajadores de la salud mental alternativas, la creación de las carreras de Psicología, los efectos de la dictadura cívico militar y el neoliberalismo; hasta llegar al cambio de paradigma que coloca en el centro de la cuestión al sujeto de derecho (Aguilo, 2005; Chiarvetti, 2008;

Vainer, 2009; del Cueto, 2014; Galende, 2014; D'Agostino, 2016). Con la sanción de la Ley N° 26657 los pacientes psiquiátricos o enfermos mentales pasan a ser sujetos con padecimiento mental o usuarios de los dispositivos de salud mental. Lo que parece un simple cambio de nomenclatura implica un cambio rotundo en la concepción del sujeto, sus derechos como usuario, las prácticas de los profesionales que trabajan en dichos dispositivos. Además de una apuesta a la interdisciplina, la atención primaria de la salud y la salud comunitaria (Alvarado, 2013; Cohen y Natella, 2013). La desmanicomialización no se resume en la externación del internado: debe prever los recursos alternativos a la internación para el transitar hacia la comunidad pero, además, para los futuros padecientes que pudieran presentarse y, en quienes, la internación será un recurso de última instancia. Decimos aquí que el surgimiento del paradigma de derechos ha hecho pensable un cambio cultural y otro posicionamiento científico frente al viejo concepto positivista de la enfermedad mental. Los nuevos dispositivos que se requieren deberán alojar al padeciente y a su familia y/o allegados, recuperar y fortalecer los vínculos comunitarios y trabajar sobre sus potencias (Weber Suardiaz, 2014; Pérez, 2014).

### **Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657**

La Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 (en adelante: LNSM), fue promulgada el 2 de diciembre del año 2010 y publicada en el boletín oficial el 3 de diciembre de ese mismo año. Su reglamentación fue aprobada el 29 de mayo del año 2013. En octubre de 2013, se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental.

Estructuralmente, la LNSM se encuentra dividida en 13 capítulos, más un anexo en donde se presentan los "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental", que constituye uno de sus antecedentes.

En la ley se contempla la creación del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental (ORLSM) para "proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental" (Art. 38). Está integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos, la

Defensoría del Pueblo, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), la Red Sur y la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), familiares y usuarios de salud mental, representantes de asociaciones profesionales y Universidades. Como órgano, tiene las funciones de supervisar las condiciones de internación, evaluar las internaciones involuntarias, recibir y realizar denuncias sobre irregularidades. Posee facultades de apelación y supervisión de internaciones involuntarias.

Enrique Carpintero (2011), destaca la importancia de cuatro conceptos centrales que rompen legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo, a saber:

1. Derechos Humanos de los pacientes,
2. El trabajo interdisciplinario que rompe con la hegemonía psiquiátrica,
3. Prohibir la estructuras manicomiales,
4. Las reivindicaciones democráticas en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales.

Estos elementos centrales producen una ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría, el entendimiento de la enfermedad desde aspectos bio-médico, y positivistas. Su sanción permite avanzar en la lucha por una organización ética, racional y científica en el campo de la Salud Mental, vinculándola al campo de los Derechos Humanos.

A continuación señalamos estos aspectos, vinculándolos con los artículos de la LNSM pertinentes:

### **1- Paradigma de Derechos Humanos**

El Artículo 1° de la LNSM se indica que “La ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones

más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Es en el marco de los DDHH que se define a la Salud Mental como: “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización (Art. 3)”.

Queda establecida la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la constatación de riesgos cierto o inminente. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos (arts. 20, 23, 25, 40, 43).

Otro aspecto fundamental, son los derechos señalados en el artículo 7, en particular, “el Derecho de la persona a ser informado de manera adecuada y comprensible de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales, y el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”.

## **2- Superar el manicomio**

De acuerdo a la LNSM, queda prohibida la creación de nuevos hospitales monovalentes, debiendo atenderse las problemáticas referidas a la salud mental en hospitales generales. Este ítem promueve la desmanicomialización y des-cronificación de tratamientos. Se prevé la reestructuración de los Servicios de Salud Mental, y se restringen las internaciones involuntarias a casos en donde corre un riesgo cierto e inminente la vida de la persona o de un tercero. Esto se plantea en un artículo central "...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 su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos..." (Art. 27).

"La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica..." (Art. 15).

Si se determina que la internación es el único medio que puede prevenir ese daño cierto e inminente, se procede a la internación involuntaria, pero debe ser por el tiempo estrictamente necesario. Esta idea no solo refleja una realidad superadora sino que además define el tema de la salud mental como un trabajo interdisciplinario e intersectorial. El énfasis se coloca en la integración comunitaria, estableciendo la internación como el como un recurso último, que, en caso de producirse, deberá ser lo más cerca posible de la comunidad de origen del usuario/a y lo más breve posible. En relación a esto "...el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales" (art. 9).

Esto también tiene que ver con la des-psiquiatrización de la pobreza, de los casos "sociales".

### **3- Mirada integral. Trabajar desde la interdisciplina**

Al plantear que “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes...” (Art. 8)

La interdisciplinariedad es uno de los puntos de mayor tensión en esta normativa, dado que muchas veces no se comprende el concepto de interdisciplina y se termina trabajando multidisciplinariamente, o muchas veces no hay personal suficiente para el trabajo interdisciplinario. En el primero de los casos, se hace necesario que se pongan en funcionamiento los espacios de formación y supervisión del personal que están contemplados en la ley, punto que se vincula con el Art. 33 que promueve la adecuación de las carreras vinculadas a la salud mental a esta normativa. En el segundo caso, el aumento de presupuesto en salud y la consideración de las condiciones laborales de las/os trabajadoras/as de la salud por parte del Ministerio de Salud.

#### **4- Las reivindicaciones democráticas en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales**

La LNSM, introduce modificaciones sustanciales en el rol y la práctica de los trabajadores de la salud en general y de los/as psicólogos/as en particular.

“...los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental (...).” (Art. 13)

Esta normativa democratiza el ámbito de la salud mental porque, entre otras cosas, equipara el saber de los/as psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores sociales, licenciados/as en enfermería, para la conducción de instituciones, servicios y/o equipos de salud mental. La misma debe determinarse por la idoneidad, esta función, anteriormente, estaba vedada para los no médicos. Por otro lado, el psicólogo junto a otro profesional de otra disciplina puede determinar una internación o el alta de una persona, actos que antes sólo correspondían al

médico psiquiatra solicitar y el juez la determinar, es decir que se produce una des-judicialización de la internación, y se privilegia la noción de procesos de atención: es el equipo interdisciplinario quien determina el inicio y fin del mismo.

Al igual que la Ley de ejercicio profesional, la Ley Nacional de Salud Mental, está redactada por profesionales de la psicología y establece un cambio fundamental en la práctica profesional al equiparar los saberes sobre salud mental con los psiquiatras. Así como la Ley de Ejercicio Profesional, sacaba a los psicólogos de la supervisión y del rol de auxiliares de la medicina que impuso la Ley Onganía, la Ley de Salud Mental, viene a ganar otro poco más de terreno en relación con la medicina.

Para pesquisar como los equipos de salud pública ponen en práctica los desarrollos de la ley, que son novedad para algunos y apoyo legal para la forma en que ya venían trabajando para otros, se utilizan métodos propios de la investigación cualitativa como la observación participante y la entrevista semidirigida (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista, 2006). Serán revelados los primeros datos de estas entrevistas con los diferentes integrantes de los equipos de salud de algunas las instituciones seleccionadas.

A modo de cierre, consideramos que enunciar los dispositivos y estrategias desarrolladas por los profesionales y técnicos de equipos de salud que implementan políticas públicas sociales en salud mental, y detallar las condiciones de internación y externación en las instituciones públicas de salud mental seleccionadas; puede ser un primer paso para el intercambio y la socialización de estas estrategias entre instituciones y trabajadores de la salud mental. Además de que una sistematización de las mismas puede ser útil como insumo para los nuevos trabajadores y usuarios de estos equipos de salud. Esperamos que el trabajo emprendido pueda constituir un aporte, que fortalezca un trabajo colectivo,



en pos de impactar positivamente en la formación profesional del psicólogo y las prácticas que se realizan en las instituciones públicas de salud mental.

**Palabras clave:** Salud mental- Interdisciplina- Instituciones- Equipos de salud

### **Referencias bibliográficas**

Aguilo, J.C. (2005). Políticas sociales en Argentina: de la sociedad de beneficencia a la focalización compulsiva. Recuperado de: [http://www.academia.edu/4464028/Aguilo Politiclas Sociales en Argentina](http://www.academia.edu/4464028/Aguilo_Politiclas_Sociales_en_Argentina).

Alvarado, L. (2013). Ley nacional de salud mental- Posibilidades para su implementación. *Estrategias - Psicoanálisis y Salud Mental*, 00 (1), 42-44.

Cohen, H y Natella, G. (2013). Los principios rectores de la desmanicomialización. Los recursos humanos que los sustentaron. En *La desmanicomialización*. (pp.129-187). Lugar Editorial. Buenos Aires.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina. Una asignatura pendiente. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 17: 173-182.

D'Agostino, M.E. (2016). Políticas sociales en salud mental y transformaciones del Estado en Argentina 1966- 1990. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 62 (2), 127-138.

Del Cueto, A.M. (2014). Breve introito sobre la salud mental en Argentina. En *La Salud mental comunitaria*. (pp.15-22). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica Editorial.

Galende, E. (2014). Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. *Salud colectiva*, 10(2): 265-278.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista L.P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill [4ta ed].

Pérez, E. A. (2014). Investigación sobre políticas públicas: Vicisitudes de la relación entre la formación de grado del psicólogo y las políticas públicas. En *Psicología Institucional* (pp. 170-179). La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).

Vainer, A. (2009). Los desaparecidos de la salud mental. Conferencia llevada a cabo en: Semana de la memoria. Huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud

mental en Argentina en los '60 y '70. Universidad Autónoma de Entre Ríos, Paraná.

Weber Suardiaz, C. (2014). *La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014 -Análisis de la situación de la Provincia de Buenos Aires*. La Plata: Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.