

Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental.

Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Tisera, Ana, Sopransi, María Belén, Lenta, María Malena y Freire, Magalí.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Tisera, Ana, Sopransi, María Belén, Lenta, María Malena y Freire, Magalí (Agosto, 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.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38>

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



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>.

IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y

POBLACIÓN, organizado por el Instituto Gino Germani, Fac. de Ciencias Sociales

UBA, 10 al 12 de agosto de 2011 en Buenos Aires, Argentina. Evento nacional.

Trabajo publicado en Actas de las Jornadas.

Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental

Autores: Graciela Zaldúa, María Marcela Bottinelli, María Belén Sopransi, Malena Lenta, Mariela Nabergoi, Ana Tisera, Magalí Freire.

E mail: gracielazaldua@gmail.com, mmbottinelli@yahoo.com.ar, mbsopransi@gmail.com, m nabergoi@yahoo.com.ar, malena1917@hotmail.com, atisera@yahoo.com.ar, magalifreire@hotmail.com.

Pertenencia institucional: Instituto de Investigaciones – Facultad de Psicología UBA

Resumen

La centralidad de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales y con uso problemático de drogas, es eje de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Implica un paradigma alternativo al manicomial y en su construcción participaron organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y políticas. Promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales y la modalidad de gratuidad, equidad e igualdad frente a las desigualdades sociales. Garantiza asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y rehabilitación e integración en la comunidad. Sin embargo, su implementación requiere profundizar procesos participativos que superen obstáculos político-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con sufrimiento mental.

Este trabajo propone como objetivo general: comprender las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la Ley y sus efectos. Con un abordaje descriptivo-cualitativo realizamos entrevistas, grupos focales y observaciones participantes en hospitales mono y polivalentes públicos de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Desde un proceso recursivo y dialógico, resignificamos los hallazgos en la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria. La muestra intencional y estratificada por profesiones contempla: médicas/os, psicólogas/os, terapistas ocupacionales, enfermeras/os y otras/os trabajadora/es.

Como conclusiones señalamos que, frente a la norma, se observan facilitadores en los cambios acerca de la conceptualización y modalidades de atención; y obstáculos vinculados a la vigencia del paradigma tutelar y la conflictividad de intereses y visiones, que operan resistencialmente a las transformaciones. Se advierte la necesidad de articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales en las micropolíticas institucionales que construyan viabilidades y transversalicen prácticas innovadoras; así como el desafío de un movimiento de Salud Mental con múltiples actores que garantice la universalidad de la salud.

Introducción

Analizar las cuestiones facilitadoras u obstaculizadoras de la viabilidad de la Ley de Salud Mental implica la consideración de que toda propuesta transformadora y sus condiciones de posibilidad se dan en contextos sociohistóricos atravesados por poderes, saberes y prácticas en tensión, para disputar la hegemonía en el campo de la Salud Mental (SM).

El locus de control manicomial fue interpelado centralmente por la experiencia de Franco Basaglia y la tradición de la Psiquiatría Democrática Italiana. El movimiento crítico que resignifica el sufrimiento existencial y social, se instala como una práctica de ruptura con la institución manicomial, cuestionando el orden tradicional que instalaba la enfermedad mental como objeto del alienismo y las prácticas de diagnóstico y medicalización de las pasiones desordenadas en la institución disciplinaria con fines de cura. Dicha institución es entendida no sólo como estructura física sino como conjunto de prácticas y saberes científicos, sociales, legislativos, jurídicos que fundamentan la existencia del aislamiento, segregación y patologización.

En la experiencia italiana, la creación de servicios y dispositivos sustitutivos se dio como un proceso simultáneo al desmontaje manicomial y fueron los Centros de Salud Mental distribuidos regionalmente, en Trieste, los que asumieron territorialmente la integridad del cuidado de la SM. Las estrategias de asambleas, clubes, los actores sociales, incluidos pacientes, familiares y técnicos, fueron y son facilitadores de lazos sociales. Reafirmados por la inclusión social en el trabajo a través de las cooperativas o empresas sociales, la construcción de residencias integradas en la ciudad para el alojamiento y la invención de múltiples formas de participación y producción social. Todos estos aspectos fueron claves en el proceso de transformación de las existencias que se reafirmó y amplió con la sanción de la Ley 180 en Italia. Como señala Rotelli, este proceso social complejo busca asociar los actores sociales involucrados que comprenden que la transformación debe superar a la simple organización del modelo asistencial y alcanzar las prácticas y concepciones sociales (Amarante, 2009). La experiencia transformadora italiana alienta múltiples intervenciones en el mundo y en nuestro país, como por ejemplo en Río Negro, refrendadas por la Ley 2440.

Tratados y documentos internacionales sobre Salud Mental

Diferentes proyectos y experiencias han propiciado situar la SM en las agendas gubernamentales, así como promover mejoras en las políticas y prácticas, cambios en las leyes, avances en la promoción y prevención de SM, protección de derechos e intereses de las personas con trastornos mentales y de sus familiares, mejoras en los servicios, tratamientos de cuidado, entre otros.

La declaración de Caracas (1990), consensuada por diversas organizaciones, asociaciones civiles, autoridades de salud, profesionales de SM, legisladores y juristas es un documento princeps que pone en cuestión el modelo convencional de atención psiquiátrica y el hospital psiquiátrico como única modalidad de atención. Dicho documento sostiene que estas formas de atención no permiten alcanzar el cumplimiento de los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Los puntos cardinales aprobados en la Conferencia de Caracas fueron: Atención Primaria de Salud (APS), promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de redes sociales, revisión del papel hegemónico del hospital psiquiátrico, la garantía de dignidad personal y de Derechos Humanos (DD.HH.), conjuntamente con la necesidad de la capacitación de recursos y de programas que promuevan la reestructuración, el monitoreo y la defensa de los DD.HH. de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales.

En la Conferencia Regional de Brasilia (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares), a 15 años de Caracas, se ratificó la validez de sus principios rectores referidos a la protección de los DD.HH. y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales. Se sostuvo además la necesidad de las redes de servicios comunitarios que reemplacen a los hospitales psiquiátricos. También se señaló que, a nivel regional, se produjeron avances en la reestructuración de la atención en SM, como por ejemplo, la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil que promueve la movilización cultural, la reducción de las camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención.

El Consenso de Panamá del 2 de agosto de 2010, con la participación de autoridades de salud de América Latina, organizaciones de DD.HH., instituciones académicas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), usuarios y familiares, planteó la consigna de la década del salto hacia la comunidad: "Por un continente sin manicomios en el 2020". Se advierte la preocupación de los trastornos mentales por el uso de sustancias psicoactivas, particularmente el consumo alcohólico, ya que representan una gran carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Instan a

implementar estrategias y planes de acción sobre SM fortaleciendo el modelo de atención comunitaria y la protección de los DD.HH., en particular el derecho a vivir en forma independiente y ser incluidos en la comunidad. Plantean, también, identificar los desafíos de los problemas psicosociales de la niñez, la adolescencia, las mujeres y las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Proponen además el aumento de recursos y programas para SM.

A su vez, en documentos referentes a la Promoción de la Salud Mental (OMS; 2004) se afirma la relación de la misma con el desarrollo de las sociedades y los países, y se sostiene que la pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad) se correlacionan con los trastornos mentales. Asimismo, se recomienda el desarrollo de programas comunitarios para la reducción de la pobreza, la independencia económica, el empoderamiento de las mujeres, la reducción de la desnutrición, el aumento de la alfabetización y educación, así como la importancia de contribuir a la promoción de la salud mental y a la prevención de los trastornos mentales y de abusos de sustancia.

El concepto de “fomento de la salud mental” (OMS; 2009) se ha desarrollado para promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para reducir el estigma y la discriminación social. El origen del concepto remite a la voz de las familias de personas con trastornos mentales en reclamo de sus derechos. Luego aportaron a este proceso las propias personas con trastornos mentales y, finalmente, las organizaciones, profesionales de salud mental y algunos gobiernos se incluyeron como actores en el reclamo. Las acciones de fomento propuestas Incluyen: el aumento de la conciencia social, información, educación, formación, apoyo mutuo, asesoramiento, mediación, defensa y denuncias de la violación de los derechos.

La construcción de la Ley Nacional: contextos y actores

La Ley actual de Salud Mental y Derechos Humanos 26.657, aprobada y promulgada al final del año 2010 en nuestro país, es parte de un proceso participativo e incorpora la dimensión central de respeto por los DD.HH. de las personas con padecimientos mentales y con el uso problemático de drogas legales e ilegales. Se plantea como paradigma alternativo al poner en cuestión la lógica manicomial y el sintagma locura-peligrosidad. Está definida como bien público (art. 45 de dicha regulación) lo que implica que un piso básico de derechos que deben cumplirse en forma efectiva desde su promulgación, en todo el país. En su construcción, participaron organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, gremiales y políticas.

Dicha Ley promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales para la atención de la SM, integrado los equipos por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados,

incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas y/o campos pertinentes.

La internación asociada a la peligrosidad para sí y para terceros es sustituida por la constatación de riesgo cierto e inminente, restringiendo las internaciones involuntarias y puestas bajo el control de un Órgano de Revisión con participación de organismos de derechos humanos. En este sentido, se reafirma que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario con abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, basados en los principios de la atención primaria y orientada al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Se señala que en el caso de internación debe ser lo más breve posible en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios y registros en las historias clínicas de la evolución del paciente y de las intervenciones del equipo interdisciplinario.

Se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente públicos o privados y los existentes deben adaptar los objetivos y principios hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos.

Las evidencias atestiguadas por múltiples informes, en particular: *Vidas Arrasadas* (CELS y MDRI, 2008) sobre la segregación de personas en los asilos psiquiátricos argentinos, permitió documentar las violaciones sistemáticas de los derechos humanos a 25.000 personas recluidas en esas instituciones. En la mayoría de los casos son “pacientes sociales”, sin alternativas para la externación y sin adecuada asistencia médica, psiquiátrica, psicosocial o legal. Frente a esta segregación que constituye discriminación y violación de los derechos humanos, al no garantizar el derecho a la vida, a la salud, a un trato digno, entre otros, se plantean los actuales desafíos para el cambio de paradigma, propiciatorio de modalidades de atención equitativa, igualitaria y gratuita frente a las desigualdades sociales.

Objetivo general

1. Comprender las representaciones y significaciones de los trabajadores del sector acerca de la viabilidad de la Ley 26.657 y sus efectos.

Objetivos específicos

1.1. Identificar los obstáculos y facilitadores del paradigma que sustenta la Ley de Salud Mental

1.2. Analizar la participación de los trabajadores del sector en la construcción e implementación de la Ley

Metodología

El presente trabajo se enmarca en el desarrollo del proyecto UBACYT “Estudio de las políticas públicas preventivas y promocionales en situaciones de vulnerabilidad, desde un enfoque de Psicología Social Comunitaria”. Dadas las características del objeto de estudio, la perspectiva epistemológica conceptual del equipo de trabajo y los antecedentes relevados, se focalizó en los procesos de implementación de la ley a través de un abordaje descriptivo cualitativo.

Para relevar los cuestionamientos, obstáculos y facilitadores se realizaron entrevistas y observaciones participantes con trabajadores del sector salud. Se confeccionó un cuestionario con preguntas abiertas para desarrollar en función de los ejes de indagación.

Se trabajó con una muestra intencional estratificada por profesiones, conformada por aquellos trabajadores/as interesados en la temática de salud mental que tenían conocimiento de la nueva ley.

En todos los casos se trata de territorios en los que tenemos una historia previa de trabajo de campo tanto a través de referentes con los que trabajamos en gestión asociada o por la inserción de miembros del equipo en tareas de extensión o intervención. Por lo anterior se trata de muestras intencionales basadas en los siguientes criterios de pertinencia: a) la aspectos representativos de dichas instituciones en la población estudiada, b) la viabilidad y accesibilidad (Samaja,1993) en cada una de ellas por nuestro contacto previo; c) la pertinencia y representatividad (Minayo, 1997) de ellas respecto de los fenómenos que se pretenden estudiar y d) la pertinencia (Bertraux, 1980; Córdoba, 1990) respecto de los aspectos, modalidad y encuadre metodológico propuesto.

La muestra estuvo compuesta por 20 trabajadores de la salud mental pertenecientes a instituciones públicas del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). El 45% fueron varones mientras que el 55%, mujeres. En cuanto al lugar de trabajo, el 20% se desempeñaron en instituciones de Provincia de Buenos Aires y 80% de la CABA. A su vez, el 45% trabajaba en instituciones monovalentes de salud mental mientras que el 55% lo hacía en hospitales generales, hospitales especializados, centros de salud y otros dispositivos vinculados a la salud mental. En cuanto a las profesiones de los entrevistados, 11 fueron psicólogos/as, 4 médicos (1 médico neurólogo y 3 psiquiatras), 2 terapistas ocupacionales, 1 musicoterapeuta, 1 trabajador/a social y 1 profesor de teatro.

Además, se trabajó sobre el material producido en encuentros de presentación y discusión sobre la Ley, en los cuales se realizaron observaciones participantes, trabajando luego los mismos ejes de análisis que en las entrevistas.

El proceso de recolección incluyó otros actores sociales (alumnos avanzados de carreras de salud, docentes universitarios de instituciones privadas y públicas, y profesionales de salud) que al indagar sobre el tema refirieron conocer la existencia de una propuesta de ley, pero

no su contenido, ni el estado de su implementación, ni haber participado en discusiones sobre el tema, o incluso desconocer su existencia.

En función del objetivo general de indagar las representaciones y significaciones de los trabajadores del sector acerca de la viabilidad de la Ley 26.657 y sus efectos, el corpus final del trabajo se constituyó entonces con los cuestionarios completos de la muestra caracterizada y los materiales emergentes de las demás fuentes.

Respecto de las consideraciones éticas, basados en una perspectiva ético-relacional, se consideraron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad.

El análisis de las respuestas se realizó en función de un análisis intra e intercuestionarios a partir de los ejes de indagación propuestos en los objetivos específicos (obstáculos y facilitadores del paradigma que sustenta la ley; participación en la construcción e implementación, e iniciativas que favorezcan la viabilidad). Así mismo se analizaron y revisaron otros emergentes del corpus.

Dadas las características del diseño general del proyecto (monitoreo estratégico, perspectiva crítica, gestión asociada, investigación acción participativa y diseño cualitativo) para la presente indagación se construyó un cuestionario que indagara en forma rápida los aspectos necesarios desde una perspectiva que permitiera captar la complejidad del problema planteado. Se trabajó con una estrategia de recolección RAP (rapid assessment procedures) pertinente para indagaciones rápidas con sentido holístico que incluyen variables sociales y culturales en salud, desde una perspectiva del campo de las ciencias sociales. Tal como sostienen diversos autores, 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.

El procesamiento, sistematización y análisis de la información se realizó de manera procesual y paralela a la profundización teórica y la recolección de datos. El procesamiento y sistematización se realizó de manera mixta con una primera revisión de categorías manual y luego se ingresó y trabajó en una base de datos, revisando a partir de los ejes y objetivos los resultados con estrategias de análisis de contenido y del discurso (Van Dijk, 2003) desde un proceso recursivo, dialógico y de resignificación de los discursos en función de su análisis intertextual (triangulando los diferentes materiales y perspectivas recolectadas) y contextual (revisando la red de sucesos, actores y espacios en que emergían dichos discursos).

Resultados

Facilitadores de la Ley de Salud Mental

Los principales facilitadores del paradigma que sustenta la Ley fueron indagados en relación con los aspectos nodales y la filosofía de la Ley así como el valor que se atribuye a la misma, tanto en términos generales, de las propias prácticas y de sus implicancias jurídicas. Los trabajadores entrevistados identificaron centralmente la cuestión de derechos, el cambio en los criterios y plazos de la internación, en la conceptualización de la salud mental y el énfasis que la ley coloca en las estrategias de atención comunitaria y en el trabajo en red con diferentes actores como aspectos más relevantes.

Derechos y autonomía. La mayoría de los entrevistados (70%) señalaron como valor central de la ley el reconocimiento de las personas con sufrimiento mental como ciudadanos, sujetos de derechos, y la inclusión de la conceptualización del padecimiento mental como parte de la vida. La cuestión de los derechos aparece ubicada en el marco de los DD.HH. y el derecho a la salud. Los derechos son referidos con distintos verbos, entre ellos se “contemplan”, se “reconocen”, se “defienden” y se “acentúan” en la Ley, en el análisis encontramos que implícitamente estos funcionaban como supuestos y la ley contribuye a su visibilización y reconocimiento. Asimismo, el reconocimiento de los derechos está vinculado al “reconocimiento” de los pacientes como personas y como sujetos de derecho. En relación con este punto, hallamos referencias específicas a la autonomía, que incluyen el valor que la Ley otorga a la participación activa de usuarios y el respeto a la condición de persona, sus decisiones y deseos, vehiculizado en algunos casos a través del consentimiento informado. Los entrevistados también referenciaron la Ley como facilitadora de cambios en el imaginario sobre la locura: reemplazo de la peligrosidad por la vulnerabilidad y abandono del paternalismo médico.

El valor está centrado en el reconocimiento de los derechos, en la condición de persona, con gradientes de autonomía que se deslizan del eje de la promoción a la protección, es decir no inhabilita a la persona ni tampoco la abandona o la deja de preservar cuando corresponde. (Terapeuta ocupacional, mujer, CABA)

Fundamentalmente ubica al paciente como actor central, como sujeto de derecho. Posibilitando ser escuchado y participe en cuanto al curso de su internación y tratamiento. (Psicóloga, mujer, Pcia. Bs. As.)

Cambio en criterios y plazos de internación. En este aspecto las respuestas enfatizan que la nueva ley reemplaza la ley de internación e inhabilitación, la necesidad de la evaluación interdisciplinaria para determinar la internación basadas en diagnósticos situacionales del riesgo real y no en diagnósticos únicamente psicopatológicos, la necesidad de evitar la internación por causas sociales, y la promoción de modalidades de internación

breve en espacios alternativos al manicomio tales como la internación en hospitales generales.

Por otro lado, para que haya una internación involuntaria vos tengas que justificar que hay un riesgo cierto y lo tengas que justificar si es un riesgo cierto para la vida del paciente o de otra persona. Ya no se puede internar más porque “no sé, me parece”. (Psicólogo, varón, CABA)

El criterio de internación ya no queda librado a lo que un profesional considera, sino que es un grupo de profesionales los que realizan la evaluación, basados exclusivamente en la conducta del sujeto y el riesgo real (no el posible) y en diagnóstico importante es el situacional y no psicopatológico. (Musicoterapeuta, mujer, CABA)

Evitar internaciones innecesarias. (Psicóloga, mujer, CABA)

En las entrevistas se señalaron también el valor de la nueva ley respecto de los **cambios** que propone **en la conceptualización de la salud mental**, referidos en algunos casos como cambio de modelo y/o paradigma.

Cambio de paradigma de la concepción de la salud mental, y de las personas con padecimiento mental, evitando y desterrando un modelo biologicista. (Terapeuta ocupacional, mujer, CABA)

La revisión del estado de salud-enfermedad y no una concepción estática de dicho proceso como si la persona por un diagnóstico psiquiátrico y psicológico quedara congelada de por vida, es decir como si dejara de ser quien es más allá o acá de su padecimiento. (Terapeuta ocupacional, mujer, CABA)

Se interpreta a la salud mental como un resultante dinámico social y biológico de un proceso histórico. (Médico neurólogo, varón, Pcia. de Bs. As.)

Más de la mitad de los trabajadores entrevistados también hicieron énfasis en el valor de la ley en relación con la **perspectiva comunitaria de la atención en salud mental**, incluyendo referencias a estrategias de inclusión social, abandono del aislamiento social, estructuras intermedias, inclusión de las familias, APS y creación de dispositivos que garanticen las necesidades básicas de los usuarios.

Que se creen espacios para que la persona pueda realmente empezar a tener otra relación con la comunidad y con el afuera. Pero al mismo tiempo, es necesario que la ley garantice y brinde las necesidades básicas que necesitan las personas con

sufrimiento mental. Es fundamental, que la persona pueda tener un tratamiento ambulatorio, pero tampoco que eso implique dejarla privada de sus necesidades elementales. Es necesario que la persona cuente con un espacio propio, con posibilidad de trabajo, que pueda alimentarse bien, que tenga sus espacios de expresión. Eso sería elemental. (Profesor de teatro, varón, CABA)

Esta es una ley que apunta más a la inclusión, a la inclusión social (Psicóloga, mujer, Pcia. de Bs. As.)

Hincapié en la APS, y en la desmanicomialización gradual. Inclusión de adicciones en el campo de la Salud Mental (que debería modificar los “requisitos de ingreso” a muchas instituciones). (Terapeuta ocupacional, mujer, CABA)

Aportes de la Ley a las prácticas (en general). Entre los principales aportes a las prácticas de salud mental, se visualizaron la apertura al debate y transformación de las prácticas actuales. Asimismo, varios señalaron las implicancias que la Ley supone en la redistribución de responsabilidades y tareas en el equipo profesional y en la creación de equipos interdisciplinarios, respecto de los cuales destacan en varias ocasiones que la ley implica, junto con la redistribución de responsabilidades, la redistribución de poderes al interior del equipo. También se mencionaron otros actores además de los profesionales de salud como involucrados en las prácticas relacionadas con la nueva Ley, en especial la mayor participación de la familia y del paciente en la toma de decisiones, y la articulación y el trabajo en red intersectorial (con Desarrollo social, Trabajo, etc.). En algunos casos se menciona que la Ley permitiría “legalizar” las prácticas que ya se realizan en este sentido pero que quedan invisibilizadas en la organización actual de la atención. Menos presente en los discursos de los entrevistados fue la referencia explícita al aporte de la Ley respecto de la creación de dispositivos alternativos de atención tales como casas de medio camino o formas de intervención diurna, recursos necesarios para evitar la internación o facilitar el egreso, y que requieren además de trabajo territorial.

Aportes de la Ley a su propia práctica. En relación a los aportes de la ley a la propia práctica, varios de los/as entrevistados/as señalan que ahora cuentan con un sustento legal a prácticas que hasta el momento venían siendo consideradas como alternativas, con esto la revalorización de modalidades de trabajo extrahospitalario y con base en la comunidad. También destacan el acortamiento en los plazos de internación, así como el trabajo interdisciplinario, la necesidad de capacitación, una nueva organización del tiempo de asistencia, un lugar distinto de los profesionales no médicos y la puesta en marcha de procesos de externación.

Aportes de la Ley en materia jurídica. El tema jurídico quizás es el que más se desconoce. Entre los aportes jurídicos centralmente se indica un cambio en los responsables decisores de las internaciones de los jueces a los profesionales de equipos de trabajo interdisciplinarios (la demostración de la existencia de riesgo para las internaciones involuntarias), otra cuestión es que la ley pauta los tiempos judiciales en el seguimiento de los casos. También se señala que la ley no produce cambio en relación a la declaración de la inimputabilidad, con lo cual no habría cambios para las personas que hubieran cometido un delito, sí en cambio las regulaciones de las internaciones judiciales en el ámbito civil contarían con más protección y respeto de los internados.

Les quita a los equipos de salud el poder omnímodo sobre las personas, incluso de los jueces que internan sin debida justificación, porque en la provincia hay casos de gente que está internada desde hace 30 años sin ningún tipo de argumento psíquico o físico. (Psicólogo, varón, Pcia. de Bs. As.)

El juez decidía internar, y un juez no puede internar a nadie porque no tiene criterios clínicos. Una internación se decide por criterios clínicos no por otra cosa. (Psicólogo, varón, CABA)

Actores. En relación a los actores que apoyan y apoyarán la ley las/os entrevistadas/os sostienen que un grupo importante estaría conformado por los profesionales no médicos, puesto que la ley revaloriza su intervención en los equipos de trabajo interdisciplinario, disputando la hegemonía médico-psiquiátrica, también algunos sostienen que apoyarán los usuarios del sistema de salud mental. Por otro lado, señalan que la ley cuenta con apoyo político a nivel de los funcionarios que la promovieron, así como de organismos de derechos humanos (como el CELS), la OPS, la Facultad de Psicología y quienes se encuentren desarrollando prácticas alternativas al modelo manicomial, por ejemplo, el Frente de Artistas del Borda.

Al indagar acerca de los actores que han estado en contra o podrían obstaculizar la implementación de la ley, se reconocieron entre ellos a las corporaciones de profesionales médicos, en especial del gremio de la Psiquiatría (por ver puesta en juego su hegemonía), los laboratorios que abastecen de psicofármacos a los hospitales monovalentes, así como también desarrollan en estos lugares sus investigaciones. También se señaló la resistencia que podría ocasionar la internación psiquiátrica en hospitales generales.

Obstáculos en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental. En relación a los obstáculos percibidos por los trabajadores para la efectivización de los cambios propuestos por la ley, sobre un total de 62 respuestas brindadas por los veinte entrevistados, se indica en primer lugar la ausencia de recursos y dispositivos alternativos (recursos comunitarios,

tratamientos ambulatorios, casas de medio camino, etc.) (14,5% de las respuestas), le sigue la desinformación de la comunidad acerca del sufrimiento mental (desnaturalizar la internación psiquiátrica como primer opción de tratamiento frente al sufrimiento mental) (11,3%), falta de adecuación de los centros asistenciales (nombramientos, número de profesionales y de camas destinadas a salud mental en hospitales generales y formación de recursos humanos para la internación en hospitales generales) (8%), conflictos ante la modificación de las prácticas habituales del trabajo asistencial (8%), ausencia de coordinación desde el sector Salud, falta de gestión y planificación para implementar los cambios (8%), falta de recursos humanos especializados en procesos desinstitucionalizadores (6,5%), malas interpretaciones acerca de la ley, despliegue de una ideología defensiva por parte de algunos gremios del sector, miedo a perder el trabajo en los hospitales monovalentes (6,5%), dificultades en los procesos de externación de población con años de internación en hospitales monovalentes (ausencia de alternativas para quienes no tienen familia, trabajo o donde vivir) (4,8%), dificultades administrativas (especialmente con expedientes judiciales) (4,8%), insuficiente difusión de la ley con trabajadores del sector (4,8%), terminología polisémica de la ley como límite para la implementación (3,2%), ausencia de fiscalización sobre servicios de salud públicos y privados (3,2%), falta de presupuesto para efectivizar los cambios (3,2%), y otros (13,2%) –superposición de la ley con las normas institucionales, intereses de las grandes corporaciones (laboratorios), lugar marginal que ocupan los servicios de salud mental en los hospitales generales, tiempo destinado a la atención, tipos de remuneración para los profesionales, poco compromiso de los juzgados, dificultad para obtener un lugar de internación sin intermediación judicial, convivencia de distintos paradigmas dentro del equipo interdisciplinario–.

La falta de recurso humano especializado en el tema en estos ámbitos creo que también es una dificultad real para la implementación de estos cambios. Para la implementación deberá haber una asignación presupuestaria que permita efectivizarla sumado a una formación y asignación de recursos humanos necesarios. (Médico neurólogo, varón, Pcia. Bs. As.)

La nueva ley no contempla la existencia de los manicomios, que no dejan de estar, con casi 800 personas cada uno con décadas de internación, que también merecen una calidad de vida mejor, personas que llevan 20, 30 o 40 años internadas y que no es sencillo externar. No se menciona esta situación, como si no existiera. Tampoco plantea con claridad qué alternativas existen para quienes no tienen familia o lugar donde vivir. Faltan recursos habitacionales para ellos. (Musicoterapeuta, mujer, CABA)

La falta de recursos para poder trabajar la no internación. Hay dos puntos críticos que son la vivienda y la ocupación laboral o en general, no solo por el recurso económico sino por la necesidad de ocupación en general. (Psicólogo, varón, CABA)

A mí lo que me parece que el primer obstáculo es que esta ley no se está dando a conocer. Los servicios o los equipos no están discutiendo como implementar esta ley. (Psicóloga, mujer, Pcia. Bs. As.)

Participación de los trabajadores del sector en la construcción de la Ley

Acceso a la ley. En este punto sistematizamos las diferentes modalidades mediante las que los entrevistados tuvieron conocimiento de la discusión y posterior aprobación de la ley de Salud Mental. Se destaca que la mayoría de los trabajadores/as entrevistados/os (75%) tuvieron conocimiento de la misma a través de las convocatorias realizadas por las asociaciones de profesionales, sindicales y de activismo político en el sector, que fueron publicitadas en medios de comunicación masivos como internet, la prensa gráfica o a través del “boca a boca de los colegas”. Sólo dos personas refirieron formar parte activa de las discusiones de elaboración de la ley y de convocatoria a otros profesionales. Finalmente, resulta significativo indicar que al interior de las instituciones, en apenas dos casos se realizaron actividades formales para introducir el debate. En este marco, se observa que la mayoría de los entrevistados no participó en ninguna instancia previa a la sanción de la ley (65%).

Requerimientos previos para la implementación de la ley. La reciente sanción de la ley no ha implicado cambios inmediatos en todos los niveles de prácticas en salud mental sobre los que la misma legisla. Para ello, se requieren una serie de requisitos o condiciones de distintos órdenes para garantizarlo, desde la perspectiva de los actores entrevistados estos son: cambios en la **formación profesional, voluntad política e institucional** y creación efectiva de **dispositivos para sostener prácticas de atención en la comunidad**. En cuanto a la **formación profesional**, se requieren cambios desde la formación académica hasta la capacitación en servicio que sean concurrentes con la perspectiva de derechos humanos que plantea la ley y promueva prácticas profesionales desde un enfoque comunitario.

Capacitación desde la formación de grado, en especial para los estudiantes de psicología que egresan con una formación para realizar psicoterapia preferentemente individual, sin formación en grupos y desconociendo todo el conjunto de conceptos, abordajes, profesiones y saberes que integran el campo de la salud mental. En el caso de la formación de grado médica habría que hacer énfasis en la clínica y no tanto en

la tecnología, porque a veces pareciera que se pretende remplazar una con la otra. (Terapeuta ocupacional, mujer, CABA)

Promover la capacitación profesional y trabajo en equipo. (Psicóloga, mujer, CABA)

No obstante, el cambio en la formación profesional para algunos entrevistados incluye la necesidad de revisar una dimensión ideológica que trasciende el campo profesional e implica un debate con la comunidad de conjunto para legitimar las nuevas prácticas propuestas:

Un cambio ideológico requiere un trabajo permanente en cursos, seminarios, congresos, etc. (psicóloga, mujer, CABA)

Yo marcaría lo ideológico, lo económico y también lo imaginario social. También es necesario que alguien que se atiende por una gastritis, por presión, por un pie, pueda estar compartiendo con alguien que tiene dolencia mental y saber que es parte de algo que le sucede en su vida y que es algo cotidiano y no de verlo como alguien amenazante que no lo quiere ni ver. (Profesor de teatro, varón, CABA)

El segundo aspecto resaltado como relevante para la implementación de la nueva ley comprende la **voluntad política e institucional**. Esto supone que para garantizar la viabilidad de nuevas prácticas, deben existir la concurrencia de un plan nacional de salud mental que impulse los cambios, proponga nuevos programas y proyectos al mismo tiempo que se habiliten espacios dentro de las instituciones que rompan con los modelos tradicionales de atención.

Para llevar a cabo un cambio del sistema de S.M. de estas características, sin duda debe existir no sólo voluntad política, sino un Plan Nacional coordinando recursos políticos, técnicos y sociales. Y tal como lo plantea el art. 41 con convenios con las provincias, respetando el diagnóstico situacional de cada región. (Terapeuta ocupacional, mujer, CABA)

Asimismo, el lugar marginal que ocupa la salud mental en muchas instituciones así como prácticas represivas y/o de control desde los espacios de gestión interrogan respecto de la “voluntad política e institucional” para la transformación.

(requiere) la democratización de todos los servicios o equipos de salud mental. Y ello conllevaría además que se nos permita ejercer el derecho a la formación, resguardar nuestra propia salud mental para implementar la ley. Esto implica formación, libertad

para trabajar. (...) Dentro de lo posible que podemos hacer los profesionales interesados es llevarlo al equipo de trabajo dónde estamos y a nivel del hospital, insistir para que estas temáticas lleguen a los comités de docencia e investigación en los casos que los hubiera y sean tratados, proponerlo, insistir con eso. (Psicólogo, varón, Pcia. de Bs. As.)

La palabra que se me viene a la mente es la palabra "libertad". Libertad para laburar. (Psicóloga, mujer, Pcia. Bs. As.)

A su vez, estos aspectos mencionados (formación y voluntad política e institucional) son correlativos con la visibilización de la necesidad de creación efectiva de **dispositivos para sostener prácticas de atención en la comunidad**. Pues si bien la ley menciona la creación de casas de medio camino, centros de día, empresas sociales, entre otros dispositivos para garantizar la atención en la comunidad, rompiendo con la lógica manicomial, aún son escasas o desfinanciadas las iniciativas preexistentes que van en esta línea.

Es necesario también brindar posibilidades de tratamiento ambulatorio y casas de medio camino. Los recursos humanos actuales, al menos en ámbitos públicos son escasos para realizar seguimientos adecuados (Musicoterapeuta, mujer, CABA)

Ahora bien, en relación a la percepción de los actores entrevistados respecto de la puesta en marcha de los requerimientos mencionados para garantizar la implementación de la ley, resulta significativo mencionar que el total de los mismos refiere que no observa acciones concretas que se traduzcan en cambios inmediatos en las prácticas. Algunos (35%) señalan que sólo son visibles debates a nivel superestructural o por fuera de las instituciones, mientras que otros (20%) resaltan que los cambios están siendo sostenidos por la voluntad de los profesionales o por proyectos colectivos de militancia en la desmanicomialización, sin el apoyo institucionales. Esto se puede relacionar con la falta de espacios de discusión actuales organizados por las gestiones institucionales frente a un significativo número de encuentros, foros y jornadas desarrollados fuera de los espacios de trabajo, desde el impulso de las asociaciones profesionales, los colectivos en defensa de la desmanicomialización y, en segundo término, desde la Dirección Nacional de Salud Mental.

Algunas conclusiones

La Ley Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos 26.657 al considerar la capacidad de las personas con padecimiento mental y el pleno goce de sus derechos, determinó la modificación del artículo 182 del Código Civil, exigiendo la obligación de fundamentar

evaluaciones posteriores a la internación: plazo máximo de tres años; obligación de definir funciones y actos terapéuticos. También se modificó el artículo 482: internación, privación de la libertad, solamente en situaciones extraordinarias. Ni la autoridad policial, ni los jueces están habilitados para determinar la internación, y se exige evaluación interdisciplinaria.

Lo relevante del nuevo paradigma es la obligación del Estado de garantizar el derecho a defenderse, y derecho a designar abogado, quien debe ejercer asistencia técnica efectiva.

Se garantiza la asistencia legal gratuita, la revisión de la excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y la rehabilitación en integración a la comunidad.

Además, la Ley apuesta a la igualdad de condiciones de los profesionales por idoneidad y capacidad para integrar los diferentes saberes del campo de la salud mental. Abre así, a procesos reales de construcción interdisciplinarios, cuestionando las hegemonías de las disciplinas.

No obstante, debemos interrogarnos sobre si una ley puede garantizar el acceso a derechos, sin la presencia eficaz del Estado con políticas públicas y saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma.

Visto la situación de la Ley 448 (Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y las condiciones que hoy afrontan los hospitales en la CABA, más la inexistencia de efectores alternativos que dicha Ley preveía, se puede advertir la insuficiencia y la necesidad de lograr consensos fuertes para enfrentar al encierro, la judicialización y la medicalización. Desmentidas y encubrimientos que reafirman el “no cambio” enfatizan los interrogantes actuales sobre el devenir del proceso de transformación.

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.

Algunas experiencias como el Frente de Artistas del Borda a través del arte, movilizan subjetivamente y socialmente, alojando en otros espacios al otro diferente. La Radio la Colifata ha constituido un lazo con esas voces no escuchadas.

Si pensamos en las propuestas nacionales en curso del Consejo Federal de Salud Mental y Adicciones (COFESAMA) como la construcción del registro epidemiológico, entendemos que deben estar abiertos a la interdisciplina, la intersectorialidad y la participación. Por otra parte, la protección de niños, niñas y adolescentes requiere la exigencia de revisar el no cumplimiento por la falta de dispositivos alternativos de SM. Asimismo, si incluimos que la Ley establece que la política de adicciones corresponde a SM, nos exige revisar con

urgencia los dispositivos actuales como ciertas comunidades terapéuticas con internaciones prolongadas, los sistemas de aislamiento y las contenciones físicas y psicofarmacológicas, además de los encuadres terapéuticos sin consentimiento informado.

En el actual contexto, indagar sobre las condiciones de viabilidad técnico-política, administrativa y sociocultural es un desafío frente a los múltiples obstáculos que se han presentado otras experiencias cercanas.

El acercamiento a los profesionales del sector nos advierte de procesos complejos para la construcción de una Ley que sea asumida como propia, singular y colectivamente, y contribuya a la constitución de un movimiento de la Salud Mental, que propicie el desarrollo teórico, técnico y político en la universalización del Derecho a la Salud Mental.

Si bien su implicación fue limitada en los espacios de discusión/reflexión, las y los trabajadores de la salud mental entrevistados valoran los aportes de la ley, vinculados al cambio en la conceptualización de las personas con sufrimiento mental y los desafíos para implementar y sostener nuevas modalidades de atención, basados en la autonomía y la perspectiva de derechos. También la propuesta de redistribución del poder dentro del equipo y el cuestionamiento a las modalidades fragmentadas y hegemónicas.

Sin embargo, emerge el interrogante de cómo superar ciertas zonas grises referidas a la viabilidad económica, administrativa y técnica y la necesidad de cambios en las formaciones curriculares son problematizadas e interpretadas como resistencias hegemónicas. Queda como desafío la posibilidad de gestar articulaciones innovadoras, interdisciplinarias e intersectoriales.

Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial*. Topía Editorial: Bs. As.
- Bertaux, D. (1989). *Historia oral e historia de vida. Cuadernos de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: FLACSO.
- CELS & MDRI. (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas de los asilos psiquiátricos argentinos Siglo Veintiuno*: Bs. As.
- Cordova, V. (1990). *Historias de vida. Una metodología alternativa para ciencias sociales*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- Mercado, F. J. & Torres López, T. M. (Comps.) (2000). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Plaza y Valdés Editores: Guadalajara.
- Minayo, de S. C. (1997). *La investigación cualitativa*. Lugar: Buenos Aires.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología*. Edeuba: Buenos Aires.
- Scrimshaw, N. & Gleason, G Editors. (1992). *Rapid Assessment Procedures- Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes International Nutrition*. Foundation for Developing Countries (INFDC): Boston.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2007) Rodríguez, Jorge J. (ed.) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS: Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Disponible en <http://es.scribd.com/doc/57696360/Prevencion-de-los-transtornos-mentales>
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (1990). Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud: Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Fomento de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/mental_health/policy/FOMENTOdeLaSALUDMENTAL.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2005). Principios de Brasilia. Brasilia, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://redsaludmental.org/docs/PRINCIPIOS%20DE%20BRASILIA.pdf>
- Van Dijk, T. (2003). *Ideología y discurso*. . Barcelona: Ariel.