

Particularidades de la aplicación de la LNSM en Concepción del Uruguay

AUTORA:

Ana Laura Rodríguez (*psic.rodriguezana@hotmail.com*)

ORGANIZACIÓN DE PERTENENCIA:

Secretaría de Salud, Discapacidad y Derechos Humanos;
Dirección de Salud Mental. Entre Ríos, Argentina.

Eje temático: Salud Mental y Derechos Humanos.

Resumen

La Municipalidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, incorporó en diciembre de 2019 dentro de su estructura, una Dirección de Salud Mental, dependencia primera y única de esta área en la provincia a nivel local. La ciudad, de 80.000 habitantes, cuenta con un Hospital General y dispositivos de salud mental en APS, municipales y provinciales. En uno de estos últimos funciona un Centro de Día al que asisten alrededor de 30 usuarios de lunes a viernes. En este trabajo, nos formulamos el interrogante de si existe un desfase entre la LNSM y los recursos disponibles en la actualidad en nuestra ciudad, ya que este contexto complejiza los abordajes así como vulnera los derechos de los pacientes que presentan dificultades socio-económicas.

Palabras clave: *LNSM, Recursos en SM, Aplicación de la LNSM, Derechos en SM.*

Abstract

The Municipality of Concepción del Uruguay, Entre Ríos, incorporated a Health Mental Department into its structure in December 2019, which is the first and only unit in this field in the province at the local level. The city, inhabited by 80.000 people, has a General Hospital and mental health facilities in local and provincial primary healthcare centers (APS, for its acronym in Spanish). There is an adult day care center in one of the latter, to which about 30 users attend from Monday to Friday. In this study, we pose the question about whether there is a discrepancy between Argentina's National Mental Health Act (LNSM, for its acronym in Spanish) and the resources currently available in our city, since this context makes approaches more complex and infringes the rights of patients who experience socio-economic difficulties.

Keywords: *LNSM, Mental Health resources, LNSM application, Mental Health rights.*

Introducción

En el año 2010, en nuestro país se sancionó la *Ley Nacional de Salud Mental* N°26.657 (LNSM), a través de la cual se garantiza 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.

La sanción de la LNSM marcó un hito en el camino de desandar el paradigma basado en el abandono y la segregación de las personas usuarias de los servicios de salud mental, y en la sustitución de su voluntad. Para ello, y de conformidad con los estándares internacionales de derechos humanos, estableció la obligación estatal de sustituir las instituciones monovalentes públicas y privadas por una red de servicios comunitarios y la atención en hospitales generales. Su decreto reglamentario, promulgado en 2013, adoptó el criterio del Consenso de Panamá y estableció el año 2020 como fecha límite para alcanzar dicha meta. (ORNSM Resolución S.E N° 02/2020, p 3)

Este avance se llevó a cabo tras un contexto político, social, cultural, económico y sanitario en el que había debilidad jurídica para proteger a las personas con padecimientos mentales, ausencia de una política nacional, debilidad en las estructuras de gestión nacional y provinciales, grieta entre el sistema de salud mental y el sistema de adicciones, fragmentación del sistema de salud, centralidad de hospitales monovalentes, sobreintervención del sistema judicial sobre el de salud, avance de políticas de ampliación de derechos: infancia, discapacidad, diversidad, derechos del paciente, y fortaleza de la corriente de los DDHH en Argentina.

Por esta vía, se dio lugar a la creación de la *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones* en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación; de Direcciones, Subsecretarías o Secretarías de salud mental en las distintas jurisdicciones del país, del Órgano de Revisión Nacional y los Órganos de Revisión locales, las unidades de defensa pública especializadas para internaciones involuntarias, la *Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones* (CO-NISMA) en la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

Las innovaciones que la Ley plantea, giran en torno a un cambio de paradigma basado en el modelo médico hegemónico y el modelo asistencialista-tutelar por lo que ya no se hablará de sujetos tutelados, enfermos mentales, sujetos peligrosos u objetos de protección, para dar lugar a sujetos de Derecho, usuarios de servicios de salud mental, y fundamentalmente, sujetos no peligrosos. Al proponer una mirada sobre la salud como un proceso multideterminado, pone énfasis en la necesidad de un abordaje interdisciplinario, intersectorial, interinstitucional en pos de fomentar la inclusión social, la no discriminación y un enfoque integral de la salud mental. Por otro lado, las internaciones ya no serán por tiempo ilimitado sino que se considerarán el último recurso, y el equipo profesional (ya no un juez) será el encargado de evaluar e indicar las medidas terapéuticas más adecuadas para cada paciente.

Desarrollo

La LNSM define a la salud mental como un proceso multideterminado en el que intervienen factores históricos, culturales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos y es un deber del

Estado y la sociedad garantizar los derechos que la misma promulga. Esta concepción integral, insta a todos los sectores a participar de la preservación de la misma así como a diseñar políticas que accionen al respecto. No caben dudas que constituye un movimiento revolucionario frente al sistema preexistente, pero los y las profesionales de cada rincón de nuestro país nos encontramos con dificultades serias a la hora de plasmarla en territorio, debido a los recursos con los que cuenta cada ciudad.

En esta línea el psicoanalista Alejandro Vainer (2012), sostiene lo siguiente:

Basaglia consideraba que lo fundamental de las leyes aprobadas en 1978 fue que “nacieron por la presión de movimientos populares que obligaron al parlamento a aprobarlas”. Esta situación fue casi inversa en nuestro país. Y además ya advertía que “cuando una ley es aprobada eso no quiere decir que mañana será aplicada. Es necesaria mucha vigilancia para que la ley comience a operar. O sea, la ley puede ser un buen instrumento para avanzar, es un paso, pero no puede depositarse en ella poderes mágicos de transformación. Con ello sólo se alimenta la ilusión solipsista en Salud Mental, como si nuestro campo estuviera fuera de las condiciones de la Salud y de la sociedad en que vivimos. (...) Desde ya que nadie puede negar el carácter progresista de esta ley en sus puntos fundamentales. Pero es necesario poder visualizar cómo se sostienen y dan corporeidad a los avances. Cómo son las situaciones concretas en cada lugar del país, cómo poder avanzar en cada sitio. Pero sin una transformación del sistema de Salud las barreras serán infranqueables. (capítulo III)

El ORNSM, en un documento escrito tras cumplirse los 10 años de la sanción de dicha ley (Resolución S.E. N° 02/2020), reflexiona sobre lo que aún queda pendiente de concretar para lograr la sustitución del modelo hospitalocéntrico hacia uno basado en la comunidad y con un enfoque de derechos humanos:

1. Sustitución de instituciones monovalentes públicas y privadas: Fortalecimiento de una red masiva de servicios de salud mental con base en la comunidad, desarrollo de dispositivos intermedios y atención en hospitales generales.

El artículo 27 de la LNSM prohibió expresamente la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos y privados, y dispuso la sustitución progresiva y definitiva de los existentes. Como dijimos, el plazo previsto para alcanzar esta meta está vencido y, a pesar de algunas iniciativas y el esfuerzo de muchos equipos de trabajadores y trabajadoras, el Estado no ha desarrollado políticas públicas suficientes para concretarlo ni se han promovido políticas de desinstitutionalización de las personas que aún permanecen internadas innecesariamente en esas instituciones. (p 5)

Al respecto sostiene:

(...) Sin embargo, observamos insuficiente cuando no inexistente, la atención ambulatoria especializada en los centros de atención primaria, centros provinciales de atención y hospitales generales, motivo que obliga a las personas usuarias y a las familias a buscar

estos servicios en instituciones monovalentes, lo cual conlleva la prolongación innecesaria de las internaciones.

Consideran de mayor importancia y obligatoriedad la creación de diferentes dispositivos de inclusión socio laboral y habitacionales con diferentes niveles de apoyo, seguros de caución para alquileres, apoyos financieros a las personas usuarias y referentes afectivos, como modos de garantizar el derecho de las personas de elegir dónde y con quién vivir. En igual sentido y relevancia, en el proceso de externación, contar con apoyo financiero, acompañamiento o programas que garanticen la inclusión social. (p 6)

2. Planes de externación de personas internadas por problemáticas sociales o de vivienda.

En muchos casos, el proceso de externación resulta complejo debido a cuestiones socioeconómicas y a la falta de políticas públicas, siendo factores que inciden en la dilación de estas personas en instituciones a pesar de no haber un criterio de riesgo cierto e inminente. Sumado a que tengan reducida su autonomía y no cuenten con red familiar, no hay en todos los lugares casas de medio camino, centros de día, residencias, con las que se pueda articular para acompañar el proceso de externación.

3. Inclusión de los consumos problemáticos a las políticas de Salud Mental y DDHH.

Se requiere, además, relevar la situación de las personas que se encuentran internadas en las comunidades terapéuticas para elaborar, con su resultado, las políticas públicas que se necesiten para garantizar la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral con eje en la persona y con perspectiva de reducción de daños, y que garanticen la totalidad de los derechos y garantías reconocidos en la LNSM.

Por otra parte, señalamos que aún está pendiente de reglamentación y cumplimiento la Ley 26.934 "Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos". (p 8)

4. El rol del Poder Judicial y del Ministerio Público de la Defensa.

Tanto la LNSM como el Código Civil y Comercial jerarquizaron la labor de los y las juezas al ubicarlos como contralor inmediato de las internaciones y en garantizar que éstas efectivamente se realicen en los plazos más breves que sean posibles. Sin embargo, y a pesar de los avances, observamos que no existen prácticas unificadas ni un rol procesal activo y periódico, sobre todo en materia de exigibilidad a los obligados (Estado, obras sociales, prepagas) de brindar los dispositivos que hagan efectivas las externaciones. Como así tampoco una genuina revisión de las sentencias de restricción a la capacidad jurídica. (p 8)

En Concepción del Uruguay, en referencia al campo de la Salud Mental contamos con efectores públicos municipales y provinciales, un Hospital General y es la única ciudad de Entre Ríos que desde el 2019 tiene Dirección de Salud Mental, área que funciona dentro de la Secretaría de Salud, Discapacidad y DDHH. En un CAPS provincial funciona desde hace unos años un Centro de Día, al que asisten alrededor de 30 usuarios. Estas instituciones cubren la gran demanda social y sanitaria de más de 80.000 habitantes. Pero por otro lado, nos enfrentamos a un vacío que complejiza el

abordaje de ciertos casos y esto radica en la falta de dispositivos de derivación extramuros (casas de medio camino, casas amigables, talleres socioproductivos) y a la falta de fortalecimiento del primer nivel de atención en servicios de salud mental: equipos interdisciplinarios de seguimiento territorial, red de apoyo (acompañamientos terapéuticos y hospitalarios capacitados).

Un paciente adulto fue externado tras permanecer 7 años viviendo en el Hospital, y alojado en un Albergue municipal para personas en contexto de vulnerabilidad social. Otra paciente con problemas de consumo de alcohol, durante el 2020 fue internada en más de 15 ocasiones. Estas dos situaciones, como tantas otras, tienen como factor común la carencia de red de contención familiar y la privación de recursos económicos. Por lo que la pregunta diaria es si acaso no es violencia no contar con la estructura necesaria para alojar a estas personas, ya que si bien la internación debe ser el último medio, tienen limitaciones en su autonomía y están en riesgo permanentemente en sus hogares donde residen las 24 hs. Asisten a sus tratamientos de manera ambulatoria, cuentan con Acompañantes Terapéuticos, con ayuda de la Secretaría de Desarrollo Social pero son tramas diseñadas de lunes a viernes.

Estos casos de personas adultas, sin consciencia de enfermedad ni de riesgo, con fracasos de los tratamientos ambulatorios y de internación, y sin contención familiar, nos invitan a repensar constantemente los derechos y la normativa que plantea la LNSM, ya que en territorio nos topamos con dificultades para su implementación.

Los DDHH son plausibles de ampliación, no de restricción. Y el campo de la Salud Mental está adherido a todos los vectores que constituyen la vida de una persona, no hay nada, absolutamente nada que esté por fuera.

Emiliano Galende (1990) sostiene que la salud mental está unida a las condiciones sociales de vida, por lo tanto todos esos espacios y vínculos que directa o indirectamente nos atraviesan, nos generan emociones placenteras o displacenteras, son creadores de valores e influyen en la construcción de nuestra personalidad.

La práctica nos muestra que las personas con problemas de salud mental, tienen dificultades de estigma, laborales, económicas, entre otros, por lo que no resulta sólo fundamental calmar los síntomas sino también la integración socio-laboral. Porque la salud no es sólo no estar enfermo, es cultura, es deporte, es trabajo y debemos garantizar y llenar todos esos lugares que la faciliten.

Hay una gran necesidad de los profesionales, de las instituciones, de los usuarios, de las familias, y de toda la población de contar con herramientas, de acompañar, de tejer redes, que sin la presencia de esta articulación seguimos vulnerando los DDHH de estas personas. Si no estamos preparados, ni contamos con recursos, esa ignorancia nos cuesta muy cara a todos y a todas, más que nada a los usuarios y pacientes que son los que ponen el cuerpo, los que terminan segregados socialmente. La concepción inclusiva, integral, radica en poner el ojo en lo subjetivo, esto implica adaptar los recursos a las personas y no a la inversa. La persona no puede depender únicamente de un equipo de salud, que muchas veces es la dupla psicólogo-psiquiatra, sino que hay que generar políticas de desinstitutionalización, democratizar el saber, sustituir el abordaje intramuros para armar el -afuera-.

Construir este –afuera-, en gran parte beneficia las percepciones sociales de la salud mental que cristalizan representaciones de peligrosidad, cronicidad, aislamiento, entre otros, para que pueda emerger una mirada libre de discriminación y estereotipos.

Conclusión

Sin dudas que la LNSM marca un antes y un después en la construcción de un sistema de salud integral e inclusivo basado en una perspectiva de DDHH, en Salud Pública y Comunitaria. Ha sido un proceso gradual y progresivo, pero lo que la práctica nos muestra es que la sustitución de un paradigma por otro, es un punto de partida pero no de llegada.

En nuestro país tenemos 13 psiquiatras y 130 psicólogos cada 100.000 habitantes, siendo el tercer país del mundo con más profesionales en salud mental, sin embargo hay un amplio porcentaje de población desatendida, hay municipios que no tienen CAPS ni profesionales de salud mental, y también hay ciudades como Concepción del Uruguay, cuya estructura no ampara todas las subjetividades que coexisten y nuestro interrogante como profesionales que nos desempeñamos en dicho campo es ¿cómo preparamos a los usuarios para el egreso?, ¿qué hacer con aquellos que no lograron cierta inclusión, autonomía y tienen crisis o recaídas?

La externación resulta insuficiente si no se la acompaña de un plan elaborado en el que se puedan fusionar los recursos a las necesidades de cada persona. Esto es recuperar el sentido social, de preguntarnos dónde residirán, los lazos sociales, la situación laboral, etc.

Se trata de no universalizar al sujeto, sino rescatar su singularidad porque al fin y al cabo, lo que rige la vida psíquica es la diferencia.

Referencias bibliográficas

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica a la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós, Bs. As.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental. *Resoluciones SE N° 02/2020*.

Vainer, A. (2012). *Las dos luchas en Salud Mental*. Revista Topía Nro.64, capítulo III. <https://www.topia.com.ar/articulos/dos-luchas-salud-mental>