

Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental

Psi. Leonardo Gorbacz

Diputado Nacional (MC) Autor de la Ley Nacional de Salud Mental 26657

Resumen

La salud mental está íntimamente vinculada con factores sociales y políticas públicas que trascienden lo específico del campo. La Argentina ha mejorado en la última década las condiciones sociales que inciden en la salud mental de la población. A su vez, la sanción de la ley nacional de salud mental generó mejores condiciones para la reforma del sistema de atención vigente. A más de dos años de su sanción se analizan los avances, las deudas pendientes y el desafío que constituye su aplicación.

Palabras clave: Salud mental - Legislación - Política

Abstract

Mental Health is closely linked to social factors and public policies that transcend which are specific related to that field. Argentina has improved its social conditions that impact on mental health population, in the past decade. In turn, approval of mental health's National Law has produced better conditions to reformulate current Care System, changing from the tutelary model to one based on the approach from rights. Two years later from the approval, progresses, debts and challenges of its implementation are analyzed.

Key words: Mental Health- Legislation-Politics

DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

La política de salud mental no se agota en los servicios sanitarios que un país ofrece a sus ciudadanos para tratar las situaciones de padecimiento mental. Es mucho más amplia que eso. Abarca también las condiciones socio-económicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas, las pautas culturales que permiten o dificultan la concreción de los derechos de las minorías o aquellas que, por ejemplo, naturalizan las relaciones violentas, los niveles de participación que las comunidades y las personas desarrollan en los asuntos que atañen al conjunto. Pero también, en orden a la atención de las situaciones de sufrimiento, sean o no encuadradas como “patologías”, hay que analizar factores como la accesibilidad a los servicios, el rol de los funcionarios judiciales, el tipo de instituciones que se construyen, la formación de los profesionales, las jerarquías en los equipos de trabajo, el imaginario social en relación a la locura -y la incidencia de los medios de comunicación para construirlo-, el poder de los

laboratorios de psicofármacos en relación a la formación y práctica de los médicos, las reglas de juego del mercado de las clínicas privadas, las condiciones de la cobertura de las obras sociales. Y podríamos seguir.

En consecuencia, analizar los cambios producidos en los últimos años en la política de salud mental en Argentina es una tarea compleja que excede las posibilidades de este artículo, aunque podemos plantear algunas cuestiones generales en torno a la cuestión.

La Organización Panamericana de la Salud convocó en 2012 a los países de la Región a hacer aportes sobre un borrador de Plan Mundial de Salud Mental. Uno de los documentos anexos de trabajo que se entregaron señalaba los factores sociales que condicionan los procesos de padecimiento mental, entre los cuales se incluía la discriminación de grupos vulnerables, las necesidades básicas insatisfechas, la accesibilidad a armas –que aumenta los índices de suicidios y muertes violentas-, la exclusión educativa, entre otros.

Fui invitado a comentar la Ley Nacional de Sa-



lud Mental de nuestro país, pero no pude menos que iniciar mi exposición analizando el proceso político de los últimos años, que modifica fuertemente varios de esos factores que inciden en nuestro campo.

Políticas como la Asignación Universal por Hijo, asociadas a un fuerte aumento en la inversión en Educación en todos los niveles, así como la moratoria que amplió la cobertura jubilatoria en la tercera edad, promueven un creciente proceso de inclusión social en sectores que en las últimas décadas fueron quedando cada vez más al margen de los intercambios socio-productivos. En la misma línea se inscribe la disminución notable del desempleo.

En el plano de la ampliación de derechos, leyes como las de matrimonio igualitario e identidad de género contribuyeron a disminuir los niveles de discriminación hacia los colectivos de personas con orientación y/o identidad sexual diferente a la dominante. Del mismo modo, la ley de migraciones establece nuevos derechos y posibilidades de inclusión para ese colectivo (sirve al menos cotejarla con el tratamiento que los migrantes reciben en países del llamado “primer mundo”).

Mientras en Estados Unidos la cultura de la guerra y el mercado de las armas está naturalizado, la población consume cada vez más armas y ficciones violentas (video juegos y películas) y la locura se termina expresando reiteradamente en matanzas a población civil (en escuelas y cines, por ej.), en Argentina rige una ley de desarme que alienta a que las personas entreguen sus armas.

También mencioné en esa ocasión las políticas que favorecen la restitución de la identidad de niños apropiados durante la última dictadura militar, cuyo efecto en la promoción de la salud mental de esos ya jóvenes, sus familias y el conjunto de la sociedad son evidentes. Coincidió con la presentación de la nieta recuperada número 107. Sin duda que estos avances que nuestro país ha realizado, en un contexto de una sociedad que participa cada vez más en los debates políticos, generan mejores condiciones para el desarrollo de la salud mental individual y colectiva, aunque en un país que viene de décadas de procesos de exclusión social y exaltación del individualismo que afectaron varias generaciones y cuyas con-

secuencias no se revierten en una sola década.

A 2 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26657
Es en este proceso político y social que es sancionada por unanimidad la Ley Nacional N° 26657, luego de 4 años de debates en ambas cámaras del Parlamento.

Esta ley, que es de orden público y por tanto esta vigente en todo el país desde su publicación en el Boletín Oficial en diciembre de 2010, sigue la lógica de la ley de niños, niñas y adolescentes y la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en cuanto a sustituir el enfoque tutelar por el enfoque de derechos. Esta sustitución implica abandonar una mirada protectora-autoritaria de las personas con padecimientos mentales para asumir una perspectiva asociada a la llamada “dignidad del riesgo”. Este concepto, central en la constitución de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, pone sobre el tapete un punto clave, puesto que la voluntad de anular todo tipo de riesgos ha sido uno de los elementos centrales en la construcción de un sistema de salud mental basado en el encierro y en la anulación de la autonomía.

En un contexto tan complejo como el descripto en los primeros párrafos de este artículo, está claro que la ley es tan sólo una herramienta que procura modificar alguno de los resortes que conforman la salud mental, pero no tiene –ni debe tener– pretensiones totalizantes. La salud mental está sobredeterminada por políticas sociales y económicas que trascienden la esfera de los organismos y leyes específicas en la materia. Las políticas de distribución del ingreso, el debate por la formación universitaria de nuestros profesionales –asociado al ingreso de nuevos sectores sociales a la formación de grado–, la democratización del poder judicial, la desmonopolización de los medios de comunicación y su apertura a nuevas voces que contribuya a la modificación de imaginarios sociales, forman parte de un proceso dinámico más amplio que nos permite apuntar a la mejora de la salud mental del conjunto social.

Aún así, a poco de su sanción (en términos históricos 2 años y medio en relación a siglos de vigencia del viejo paradigma es muy poco) pode-



mos observar algunos movimientos interesantes, y también algunas resistencias y obstáculos.

Un primer efecto relevante de la sanción de la ley ha sido la continuidad y profundización del debate que se intensificó durante el trámite parlamentario, pero que a su vez tiene su propia historia en el ámbito de la salud mental de nuestro país. Prácticamente no hay servicio o institución donde no se haya puesto en discusión el funcionamiento del equipo interdisciplinario, los criterios de internación, los espacios de participación de usuarios y familiares, la necesidad de crear o fortalecer nuevos dispositivos.

A su vez en ámbitos judiciales se ha producido el mismo fenómeno. Si bien todavía persisten actuaciones judiciales bajo el viejo paradigma, se han conocido fallos novedosos en el marco de la aplicación de la ley 26657, como algunos que impiden la aplicación de electro shock, ordenan revisar declaraciones de incapacidad decretadas antes de la sanción de la ley o anulan informes que no respetan la premisa de la interdisciplina, ordenan externaciones en casos donde existen alternativas menos restrictivas de la libertad, admiten la representación letrada de personas internadas involuntariamente, ordenan consensuar planes de salud mental infanto-juveniles con organizaciones de defensa de derechos, etc. Destaco también que en muchas provincias las áreas de Derechos Humanos se han interesado por la salud mental y se han involucrado en el desarrollo y ejecución de las políticas, sumándose de a poco como un nuevo actor en un sistema que no pudo construir la relación de fuerzas necesaria como para reformularse, al menos hasta ahora.

El trabajo del equipo de abogados del art. 22 que funciona bajo la órbita de la Defensoría General de la Nación es prometedor. Si bien la jurisdicción donde actúan es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, equipos similares en todo el país pueden aprovechar la experiencia acumulada y organizar sus propios equipos de abogados.

La Procuraduría General de la Nación también ha tomado el tema en su agenda, y a través de la creación de la Procuraduría contra la Violencia Institucional ha decidido involucrarse en la revisión de las condiciones de internación de las personas con padecimientos mentales.

Que dentro de los conceptos de “violencia institucional” más asociado tradicionalmente a los abusos policiales y a la situación en cárceles, o de “tortura” (la Defensora General de la Nación lanzó una campaña contra la tortura a 200 años de la Asamblea de 1813) vinculada fuertemente con los centros clandestinos de detención de la dictadura, se incorpore la problemática de las instituciones de salud mental también habría que computarlo como un avance de nuestro campo en agendas donde hasta ahora estábamos ausentes.

Al lado de estos avances, persisten situaciones donde poco o nada se ha logrado.

El mapa de la ausencia de dispositivos de atención y rehabilitación de la salud mental con base en la comunidad, no ha registrado grandes modificaciones. A excepción del Presupuesto nacional, que ha aumentado notablemente a partir de 2011, no se ha registrado en general a niveles provinciales los mismos criterios de inversión en salud mental. Por otra parte, no se han conocido hasta ahora planes de redireccionamiento de recursos de los monovalentes hacia nuevos dispositivos de atención, salvo pocas excepciones. Si bien en general se han registrado disminución de camas de internación en monovalentes, ha sido lenta la apertura de servicios de salud mental en hospitales generales con salas para internaciones breves.

Tampoco hemos conocido demasiadas experiencias de mayor articulación intersectorial en los territorios, que incluyan respuestas sociales y laborales adecuadas a las necesidades de personas con padecimientos mentales, en particular aquellas que llevan muchos años de institucionalización. Uno de los reclamos más reiterados entre los trabajadores del sector es la existencia de necesidades sociales desatendidas que impiden las altas y la inclusión social a tiempo, con el consiguiente deterioro de la salud de la persona debido a la iatrogenia.

LAS RESISTENCIAS A LA APLICACIÓN DE LA LEY

Al mismo tiempo hemos observado fuertes resistencias en las propias estructuras de los hospitales monovalentes, para ceder paso a la construcción de nuevos dispositivos que lo sus-



tituyan. Es cierto que, como el caso de la Ciudad de Buenos Aires, existen motivos de sobra que impulsan a resistir cambios, cuando estos tienden a desarrollar negocios inmobiliarios que nada tienen que ver con las políticas de salud mental y aplicación de las leyes vigentes. Pero más allá de esa situación, hemos visto que aún en aquellos lugares donde no está en juego semejante peligro, existe la tendencia a que la “adaptación” que el artículo 27° de la ley propone, sea leída en términos de “modernización” o “ampliación” y no, tal como dicho texto estipula, con miras a su “sustitución definitiva”.

Las resistencias más fuertes y más explícitas, en cambio, las han expresado algunos psiquiatras organizados corporativamente, tanto durante el debate en el Parlamento en el cual participaron activamente como luego, a partir de la sanción, expresando incluso su posición respecto de corregir a través de la reglamentación lo que a su juicio constituían “imperfecciones” en la Ley. Aclaremos que las reglamentaciones sirven para tornar operativas las leyes en aquellos artículos que requieren puntualizaciones, pero de ningún modo pueden contradecir la letra y el espíritu de la misma.

Los argumentos centrales de estas objeciones fueron redactados luego en una Resolución de la Facultad de Medicina de la UBA fechada el 25 de agosto de 2011, que entre otras cuestiones considera:

-Que “debe entenderse como padecimiento mental a los trastornos mentales y del comportamiento definidos según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”

-“Que la internación u hospitalización por motivos de trastornos mentales no puede ser entendida como último recurso sino como un recurso más dentro de los existentes para la atención de dichos trastornos, y por lo tanto, la indicación de su oportunidad debe estar sujeta a las reglas del arte médico”

- “No hay dispositivos alternativos a las instituciones especializadas. Los servicios que deben existir en los hospitales generales, los hospitales de día y de noche, las casas a medio camino, los centros de salud mental ambulatorios, los talleres protegidos y demás instituciones en la comuni-

dad no pueden reemplazar el tipo de cuidados que requieren ciertas patologías o momentos evolutivos de las mismas. Negar esto es un desconocimiento liso y llano de la realidad clínica y terapéutica aceptada y recomendada por los consensos internacionales en la especialidad”

- “Las firmas de los profesionales del servicio asistencial que intervienen en las evaluaciones por trastornos mentales, debe estar siempre acompañada con la firma de un médico psiquiatra para otorgar validez a dicho informe”

Estos son sólo algunos recortes de la Resolución de la Facultad de Medicina que reiteran los argumentos que desde el mismo sector se expresaron en ambas Cámaras del Parlamento y que fueron rebatidos por las organizaciones y actores que promovieron la sanción de la Ley. Argumentos que, si uno los repasa, contrarían los ejes fundamentales de la ley y por lo tanto no podrían incluirse en su reglamentación que, como se dijo, está para hacer operativa la norma y no para distorsionarla.

Los “consensos internacionales” a que refiere la Resolución para sostener que el llamado hospital “especializado” (neuropsiquiátrico) es irremplazable desconoce nada más y nada menos que la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud, que apunta claramente a la sustitución definitiva de los monovalentes, objetivo que fue ratificado en Panamá en 2010 bajo el lema “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”

El resto de los planteos gira en torno de una especie de negación de la verdadera naturaleza interdisciplinaria del campo de la salud mental, aceptando la intervención de las distintas disciplinas pero con el tutelaje del médico psiquiatra que es el que otorga “validez” a la intervención. Afortunadamente hubo y hay muchos psiquiatras comprometidos con el proceso de reforma y que han dejado todo espíritu corporativo de lado para sumar su esfuerzo profesional y militante a la tarea.

Como lo he planteado en el espacio de debate sobre la reforma judicial en el diario Página 12 cuando analicé el tema de la Interdisciplina y el Consejo de la Magistratura, el problema no es la psiquiatría sino las hegemonías. Hay que ser cuidadosos para no sustituir una hegemonía



por otra: “Las hegemonías disciplinares nunca son buenas. No se trata entonces de reemplazar la de los abogados o la de los psiquiatras por otras hegemonías. La interrelación de distintos saberes enriquece la comprensión de los conflictos y los padecimientos humanos y sociales. Pero, más aún, la interdisciplina es importante porque pone límites a las pretensiones totalizantes de todo saber”

ALGUNAS PALABRAS SOBRE EL PSICOANÁLISIS Y LA REFORMA DEL SISTEMA

Argentina es un país donde el psicoanálisis ha tenido y tiene un desarrollo muy importante. Décadas de políticas basadas en el individualismo y la reducción de la presencia del Estado en Argentina han atravesado todos los campos, incluyendo el psicoanálisis. Tenemos como resultado un cierto psicoanálisis que ha crecido de manera, llamémosle, más “endogámica”, pero también muchos psicoanalistas que desde los hospitales u otras instituciones en contacto directo con la comunidad han acogido diversidad de demandas con un enfoque respetuoso de la subjetividad y a contrapelo de un sistema jurídico e institucional de carácter represivo. La promoción de trabajo a través de dispositivos basados en la comunidad y con respeto a los derechos humanos fundamentales de los asistidos, que propone la ley 26657, es a mi juicio el esquema más adecuado para el ejercicio del psicoanálisis.

Al mismo tiempo que el psicoanálisis, por su clara posición ética de respeto a la singularidad y su conceptualización acerca del lazo social, es una herramienta de intervención absolutamente pertinente en una política de salud mental con enfoque de derechos.

Que la ley reconozca en la persona con padecimiento mental un sujeto de derecho es un piso mínimo indispensable para poder intervenir desde el psicoanálisis. A la inversa, una intervención basada en un enfoque adaptacionista o normalizador de las conductas va a contrapelo de los derechos que el Estado Argentino ha decidido garantizar a todos sus ciudadanos.

No es la ley un instrumento que deba ser utilizado para validar ciertos enfoques teóricos o para prohibir otros. En todo caso habrá teorías

y prácticas que respeten los derechos que la legislación consagra, y otros que no.

MEDICACIÓN Y MEDICALIZACIÓN

El desarrollo de nueva psicofarmacología es un elemento que ayuda a reducir los tiempos de internación y a sostener tratamientos en la comunidad. Su adecuada prescripción corresponde sin dudas a los profesionales médicos con conocimientos suficientes y debidamente actualizados. La ley promueve que el abordaje psicofarmacológico se realice “en el marco de abordajes interdisciplinarios”, pero está claro que el acto y la decisión de la prescripción le compete a quien está preparado y habilitado para eso: el médico psiquiatra.

El Estado debe garantizar el acceso a la medicación de toda la población que lo necesite, más allá de la cobertura que tenga.

Existen, sin embargo, dos formas incorrectas de utilización de los psicofármacos por parte del sistema. Por un lado, la que está destinada a castigar a usuarios o evitar supuestas “molestias” en las instituciones, es decir, su utilización como “chaleco químico”. Esa utilización abusiva es responsabilidad muchas veces de enfermeros o psicólogos, e incluso familiares, y no necesaria ni exclusivamente de psiquiatras. La otra forma corresponde a la conocida “medicalización” de la vida cotidiana, que consiste en ampliar el mercado de consumidores de psicofármacos a personas que no lo necesitan, pero que se convencen o los convencen de que una situación puntual de angustia o ansiedad, o una marcada hiperactividad (en el caso de los niños), constituyen una patología que requiere ser medicada. Tampoco de este último tipo de excesos habría que responsabilizar a los psiquiatras. Muchas veces son médicos de otras especialidades los que prescriben de ese modo, alentados por investigaciones y por una política de formación de grado y posgrado que está más en manos de la industria que del Estado.

CONCLUSIONES

La ley de salud mental no es un objetivo en sí misma. Hay que entenderla como un instrumento, útil y potente, pero instrumento al fin. El objetivo es modificar un sistema de salud



mental que ha sido eficaz para excluir y encerrar personas pero absolutamente inútil para recuperar la salud y el bienestar de las personas con padecimientos mentales, especialmente de los sectores más vulnerados de la sociedad. Un sistema que, además, vulnera permanentemente derechos fundamentales.

Los trabajadores de la salud mental, especialmente los de instituciones públicas, tenemos que entender que el sistema no depende exclusivamente de nuestra aptitud profesional, y ni siquiera de las decisiones de las autoridades sanitarias. Hay otros potentes factores que lo condicionan: la política económica, el imaginario social (las instituciones no son sólo lo que sus miembros quieren o hacen de ellas sino lo que la sociedad espera y deposita allí), el poder judicial, los medios de comunicación, la formación académica y la incidencia de los laboratorios, sólo para repasar algunos elementos citados en este artículo.

Eso implica que nuestro compromiso con la reforma en salud mental no se agota en nuestro rol profesional, sino que nos requiere como ciudadanos activos buscando incidir y modificar esos otros elementos que forman parte de la vida social y política de la que somos parte.

A mi juicio el tiempo histórico es propicio para avanzar. La Ley 26657 no garantiza ni promete, per se, ningún resultado. Somos nosotros, como trabajadores de la salud mental y como ciudadanos comprometidos, los que podemos hacer algo con ella.

Como siempre, estarán los escépticos, que compartan el espíritu de la ley pero renuncien de antemano a toda pretensión de modificar la realidad. El escepticismo, como posición subjetiva, se traduce como conservadurismo en el terreno de la política. Un sujeto puede ser conservador porque está satisfecho con el statu-quo, o porque aún no estándolo se cree impotente para cambiar nada.

Esperemos que seamos más los optimistas los que, sin perder de vista la realidad y su complejidad, nos comprometamos con un cambio tan necesario como demorado.

