

Ley Nacional de Salud Mental. Posibilidades para su implementación

Lic. Lilián Alvarado

Lic. en Psicología. Integrante del Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. R. Rossi. Integrante de la Dirección de Capacitación de Profesionales del Mrio. de Salud de la Prov. de Bs. As. Vicepresidenta del Colegio de Psicólogos Distrito XI.
E-mail: lilianalvarado@yahoo.com.ar

*Crece la pared por hiladas
crece la pared
crece desde el pie amurallada
crece desde el pie*
Alfredo Zitarrosa

Resumen

La Ley Nacional de Salud Mental rompe con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y promueve el respeto de los Derechos Humanos. Desde su sanción en 2010 a la actualidad ha sido objeto de apoyos y cuestionamientos. Fue recientemente reglamentada. Actualmente, los trabajadores del campo de la salud mental enfrentan el doble desafío de exigir su cumplimiento y el de crear dispositivos que favorezcan su implementación.

Palabras clave: Salud Mental - Interdisciplina - Derechos Humanos - Ley Nacional

Abstract

The National Mental Health Act breaks the asylum logical arrangement in Argentina and promotes respect for human rights. Since its enactment in 2010 to the present, it has been subjected to support and questioning. Recently was regulated. At present, the mental health field workers face the double challenge of demanding its compliance and creating devices to support its implementation.

Key Word: Mental Health - Interdisciplinary - Human Rights - National Law

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada el 25 de noviembre de 2010 está en plena vigencia y, por tratarse de una ley de orden público, no requiere la adhesión de las provincias para ser implementada. Establece como ámbito de aplicación, los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan.

En su texto se despliegan cuestiones que rompen con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina, al tiempo que se promueve el respeto de los Derechos Humanos de los usuarios del sistema de salud.

Ha provocado adhesiones fervientes, rechazos furibundos y también, hay que reconocerlo, cierta indiferencia entre quienes, de diversas maneras, se encuentran alcanzados por su posible implementación. Distintos fantasmas circularon en torno a la ley, ofreciendo resistencia durante estos años, incluso desde antes de su sanción. Entre ellos se pueden mencionar: el temor de los trabajadores de los hospitales monovalentes a perder sus puestos de trabajo, la preocupación corporativa de quienes se niegan a abandonar el lugar de privilegio en la conducción de los equipos de salud mental o de aque-



llos que ven peligrar el negocio de las internaciones en el ámbito privado.

Actualmente, se siguen discutiendo : la pertinencia de hablar de padecimientos, tal como lo enuncia la ley o de trastornos o enfermedad como algunas profesiones sostienen, el valor otorgado a la comunidad en el abordaje del sufrimiento, el lugar que ocupa la internación, el papel que cumplen los hospitales monovalentes.

Algunas de estas discusiones, perdieron vigor. Un claro ejemplo es la concerniente a la conducción y gestión de los servicios y las instituciones de salud mental. Afortunadamente, durante el año 2012 se sustanciaron concursos de jefaturas de servicios de salud mental en la Provincia de Buenos Aires en los que se cumplió, no sin tener que vencer resistencias, lo establecido por el artículo 13.(1)

ALGUNOS ACUERDOS, MUCHAS EXPECTATIVAS

Haciendo un relevamiento de foros de discusión sostenidos en torno a la Ley de Salud Mental, tanto en el ámbito asistencial como jurídico, se escuchan voces discordantes y desencuentros respecto de algunos artículos, pero, en general, también se oyen acuerdos en cuestiones fundamentales como la consideración del usuario del sistema como sujeto de derecho y el respeto por los derechos humanos de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de los acuerdos logrados, hay cuestiones que no se han resuelto aún. Es esperable que la reciente reglamentación, contribuya a aportar procedimientos específicos para su implementación y el consecuente compromiso de dar cumplimiento efectivo a lo establecido por la ley por parte de la autoridad de aplicación. Este compromiso es necesario para propiciar la constitución de dispositivos comunitarios de atención y para garantizar los recursos que permitan cumplir el artículo 28, que establece que las internaciones deben realizarse en hospitales generales(2). Con respecto a este punto, el hecho de que no se satisfagan requisitos mínimos que garanticen la seguridad y la atención del paciente se convierte en grave obstáculo, sobre todo cuando se trata de internaciones involuntarias. Vale aclarar, que no se habla aquí de pretender recrear lógicas manicomiales en un hospital general. Muy por el

contrario, se trata de lograr el cumplimiento de ciertas condiciones mínimas que garanticen el respeto de los derechos del paciente en su período de internación, acordando que ésta será considerada “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y (que) sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social...”(3)

En este contexto los trabajadores del campo de la salud mental se encuentran ante un doble compromiso: por un lado, exigir a las autoridades el cumplimiento de la ley y, por otro, una tarea mucho más rica, productiva y creadora: inventar modos de intervención que permitan garantizar su implementación.

EL DESAFIO DE LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA

Construir estrategias que promuevan la implementación de la Ley en los hospitales y centros de salud, exige una disposición para pensar y trabajar con otros difícil de lograr en lo cotidiano. Sabemos que es correcto adjetivar el trabajo en salud como interdisciplinario, pero también conocemos que, bajo esa denominación, encontramos prácticas unidisciplinarias o collages armados con los retazos que aporta cada profesión que interviene en la atención de un paciente. Hay una brecha enorme entre lo que se hace y lo que se conceptualiza como abordaje interdisciplinario de problemas complejos, que implica un movimiento en el cual, las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema, y la elaboración de estrategias de intervención consensuadas en el abordaje. Al decir de Alicia Stolkiner, “la interdisciplina nace, (...) de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (4)

Más difícil aún es lograr un trabajo intersectorial que contemple las necesidades de los usuarios del sistema de salud vinculadas al trabajo o la educación.



Para quienes llevan delante prácticas individuales en el ámbito institucional representa un aprendizaje el compartir con colegas y con compañeros de otras disciplinas. La demanda asistencial, la perentoriedad de los requerimientos que llegan al hospital, no propician el encuentro para la discusión y la construcción de un saber compartido. Pero no se debe desconocer que ese encuentro, cuando se logra, es fructífero.

Quizás, se pueda arribar a la efectiva implementación de la Ley si se opera en una vía doble: la firme exigencia a la autoridades acerca de su cumplimiento y simultáneamente, el trabajo en sentido inverso, desde las bases, partiendo de una tarea elemental, primaria: leer la ley, interrogarla, permitir que la letra de la ley interpele las prácticas, las desnaturalice. A modo de ejemplo, vale mencionar que, seguramente, solo de manera excepcional, se podrá encontrar a un profesional de la salud cuestionando la perspectiva de defensa de los Derechos Humanos que sustenta la ley de Salud Mental, sin embargo, si se analizan los procedimientos cotidianos: ¿se podría afirmar que se sigue la línea de la restitución de derechos sin deslices? La pregunta no apunta a la inculpación, sino que pretende ser disparadora de la reflexión y el intercambio. Para empezar, no se necesita demasiado: una hora de vez en cuando, disposición para escuchar y escucharse, un mate que acompañe la reflexión, no mucho más. Es deseable y, seguramente, posible.

Notas

(1) Artículo 13. -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. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

(2) Artículo 28. - Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. Decreto 603/2013 Ley Nº 26.657. Reglamentación art. 28.- Deberá entenderse que la expresión "hospitales generales" incluye tanto a los establecimientos públicos como privados. Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funciona-

les de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines. A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Salud deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones. Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo. La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

(3) Ley 26657. Artículo 14.

(4) Stolkiner, Alicia. De interdisciplinas e indisciplinas. www.psi.uba.ar/sites/stolkiner_interdisciplinas_indisciplinas.pdf.

