

ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DE BUENOS AIRES

INFORME sobre la Ley Nacional de Salud Mental 26657

PALABRAS PRELIMINARES

A partir de la inquietud de los miembros respecto del contacto de la institución con la realidad social, la Comisión Directiva de APdeBA propuso la conformación de un grupo de reflexión sobre la realidad social. El suceso desencadenante fue la represión en el hospital Borda (26 de abril de 2013) y la respuesta de APdeBA ante la misma, en un contexto en el que diversas organizaciones e instituciones se pronunciaban repudiando la represión.

En la asamblea en la que la CD formuló esta propuesta, se estimó que una reflexión de esa naturaleza implica posicionamientos ideológico-políticos, entendiendo la política en un sentido general y no partidista, en el contexto de una sociedad - y una institución - heterogénea y compleja.

Una vez reunido el grupo, ante un tema tan amplio como la realidad social, comenzamos a adentrarnos en temas conexos al desencadenante inicial de la propuesta. Fue así que en la primera reunión se sugirió la lectura de las conferencias “Subjetividad. Distintas perspectivas”, publicadas en *Psicoanálisis*, vol. No. 3 del 2005, teniendo en cuenta que las mismas implican aproximaciones a la realidad desde distintas disciplinas.

Le continuó la lectura de “Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización”, revista *Psicoanálisis*, Vol. 2/3 del 2008 y de las leyes de salud mental 448 de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada en el 2000 y reglamentada en el 2004, y la ley nacional 26.657 promulgada en el 2010 y reglamentada en el 2013.

El resultado de lo trabajado en conjunto, a partir de las lecturas mencionadas y de las sucesivas informaciones que se gestaron en el devenir de la tarea, toma la forma de este informe consensuado por la Comisión Directiva de APdeBA en representación de los miembros que la constituyen y la Dra. Sheila Navarro de López como representante de la Asociación ante el Foro de Salud Mental.

Ponemos a disposición del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires el informe, adenda y conclusiones como psicoanalistas de APdeBA que aportamos para su transmisión a los colegas, si es que se lo considera pertinente.

Es nuestro propósito que APdeBA continúe involucrándose y participando activamente en el amplio espectro de instituciones y organizaciones comprometidas con la salud mental de nuestro país.

INFORME

En relación a las leyes

Luego de la lectura de ambas leyes (448 y 26.657) el grupo se orientó a estudiar las razones que llevaron a la creación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Esta ley sustituyó a la ley 22.914 del año 1983, conocida como ley Bignone, con la intención de modificar destacados parámetros de su contenido:

- Suspensión de los derechos humanos civiles, jurídicos, económicos y sociales de los pacientes durante las internaciones.
- No consideración de los efectos subjetivos de la institucionalización, caracterizada como crónica y marginalizadora.
- Falta de referencia respecto a cómo son considerados los enfermos mentales.
- Estigmatización de la persona como enfermo mental y por el índice de peligrosidad que lleva al encierro del mismo.
- Apelación a la intervención policial como una alternativa de internación compulsiva u obligatoria con el fin del control social.
- Concepción de los padecimientos mentales como irreversibles sin dar cuenta de la posibilidad de cambio.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657

La ley nacional de Salud Mental tiene como antecedentes en nuestro país la ley 2440 de Río Negro, del año 1991 y la ley de salud mental 448 de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada en el 2000.

Aspectos salientes de la ley nacional

- Cambio de paradigma: El objetivo de la ley es asegurar el derecho a la protección de la salud mental.
- El paciente es considerado como sujeto de derechos, con especial énfasis en los derechos humanos. El Estado reconoce, en el artículo 7º de la ley, dieciséis derechos. Cabe transcribir los artículos 1º y 2º de la ley:

ARTICULO 1º — *La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

ARTICULO 2º — *Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.*

- Definición integral del concepto de Salud Mental:

ARTICULO 3º — *En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de*

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

- Desmanicomialización: prohibición de crear nuevos hospitales monovalentes (hospitales psiquiátricos). Los ya existentes deben adecuarse a los términos de la ley hasta su sustitución por los dispositivos alternativos con el fin de terminar con la estructura manicomial.
- Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.
- Atención e internación en hospitales generales como parte de la creación de dispositivos alternativos de atención, prevención y promoción de la salud.

ARTÍCULO 11° — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

- La internación es voluntaria cuando la persona se encuentre en condiciones de decidir por sí misma. Si no lo estuviera y se procediera a su internación involuntaria, ella o su representante legal pueden designar un abogado. La ley procura evitar internaciones en la medida que segregan a la persona del entorno sociocultural y, en ese sentido, son restrictivas para el desarrollo de la subjetividad y el ejercicio de derechos.

ARTICULO 14° — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios

terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

- La indicación de medicación está sujeta a evaluaciones profesionales pertinentes e integrada al abordaje terapéutico interdisciplinario.

ARTICULO 12° — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

- Acceso de profesionales no médicos a la atención y a jefaturas de servicios en hospitales y centros de Salud Mental. Inclusión de otras disciplinas afines, implícitamente el psicoanálisis.

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 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 ...

- En la ley se establece la autoridad de aplicación de la ley y su función.

ARTICULO 31° — *El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.*

ADENDA

Tanto la ley nacional 26.657 como la ley de la ciudad 448 han generado resistencias. En algunos de los casos tales resistencias han obedecido claramente a la afectación de intereses económicos. Así ocurrió con la oposición de la gremial de la Asociación de Médicos Municipales a la gestión que, asesorada por Emiliano Galende, intentó llevar a cabo la desmanicomialización en la Ciudad de Buenos Aires adecuando los CESAC (centros de atención primaria) y los hospitales generales a tal fin. (Relatado por E. Galende en la III Jornada llevada a cabo en la Legislatura Porteña, “*De la letra de las leyes a la realidad. Construcción colectiva de un Plan de Salud Mental*”, 15 de mayo de 2013).

Decidimos incluir en este apartado una serie de cuestionamientos que diversos actores involucrados le han hecho a la ley nacional. Los mismos son de distinto tenor y hay que discriminar si surgen a partir de

- dificultades en la implementación de la ley por la inexistencia de un plan integral de salud mental que la concrete en la realidad,
- dificultades inherentes a todo cambio de paradigma que exige un cambio cultural a través del tiempo,
- disputas de poder,
- temores asociados a las pérdidas de pertenencias,

- afectación de intereses económicos,
- intereses corporativos,
- diferencias ideológicas respecto a la salud mental.

No descartamos la combinación de factores.

Luego de sucesivos intercambios que nos llevaron a profundizar cada vez más en el tema, hemos respondido a cada cuestionamiento consignado en este informe con una aclaración basada en la lectura detallada de la ley.

Luego de esta Adenda transcribiremos las conclusiones que hemos consensuado.

Análisis de los cuestionamientos a la ley nacional

A continuación enumeramos los cuestionamientos que hemos recogido, seguido cada uno de ellos por nuestros comentarios. Comenzamos por los dirigidos al texto de la ley:

1) *“No hay suficientes precisiones en la ley respecto de la medicalización”*. Respecto a esta objeción aclaramos que la ley se refiere a la medicación, no a la medicalización, de acuerdo a lo enunciado en art. 12 ya transcripto en el informe. El cuestionamiento sería válido si estuviera referido a la necesidad de que la ley incluyera explícitamente la medicalización de la población en general, y de niñas, niños y adolescentes en particular. En el caso de estos últimos se ha hecho público el repudio de profesionales de la salud al modo de acallar los conflictos emocionales, personales y con el entorno familiar y social, a través de diagnósticos como ADD, Trastorno Oposicionista Desafiante, etc. que vienen de la mano de los correspondientes psicofármacos que promociona la industria farmacéutica.

2) Se dice: *“En la ley hay una falta de especificidad clínica y referencia diagnóstica del colectivo ‘pacientes con padecimiento mental’*. Hay una insanable imprecisión científica y jurídica. En la ley hay una sustitución del criterio psicopatológico y de una episteme del síntoma por un difuso concepto de sufrimiento mental. El riesgo es patologizar la vida humana y banalizar el trastorno mental. Debieran establecerse diagnósticos diferenciales”.

Estos cuestionamientos parecen no reparar en que la denominación “personas con sufrimiento mental” no tiene pretensiones diagnósticas sino que reemplaza a la denominación también genérica de “enfermo mental”. No hay que olvidar que la perspectiva de la ley es la de asegurar la protección de derechos. No se trata de un manual diagnóstico y los derechos son de todos los pacientes cualquiera sea su diagnóstico psicopatológico.

3) *“Nominación errónea de la ley cuando dice laborterapistas. Debe decir terapistas ocupacionales”.*

Este cuestionamiento es válido respecto del art. 7º en el que se denomina a la actividad como laborterapia, no así en el art. 8º en el que se denomina al área de atención como terapia ocupacional:

ARTICULO 7º. P — *Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como **laborterapia** o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.*

ARTICULO 8º — *Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, **terapia ocupacional** y otras disciplinas o campos pertinentes.*

4) *“La ley no se detiene en las franjas etarias más vulnerables como la infanto-juvenil y la de la tercera edad. Si bien rige la Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (26.061), ésta no hace especificaciones en temas de Salud Mental”.*

En el caso de los menores la ley 26.657 se remite a la legislación nacional e internacional sobre la protección de niñas, niños y adolescentes en su art. 26 del siguiente modo:

ARTICULO 26. — *En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.*

Los artículos 20 a 25 son los referidos a las internaciones involuntarias y a los derechos a resguardar en las mismas. Es decir, que según esta ley los menores de edad dejan de ser **objetos** de derecho como en la anterior ley de patronato para ser **sujetos** de derechos al igual que los mayores de edad.

La ley no hace mención especial a la tercera edad. De todos modos, aclarado en el art. 26 que los menores son también sujetos de derecho como los mayores de edad, parece plausible y además lógico, que desde la perspectiva de sujetos de derechos los mayores de la tercera edad gozan, en la afectación de su salud mental, de los derechos que se reconocen a todo sujeto.

Otro tipo de cuestionamientos:

5) *“Las partidas de dinero que el Estado debe asignar para Salud Mental continúa destinada a los hospitales monovalentes”.*

Esta objeción involucra a la autoridad de aplicación de la ley en tanto no lleve a cabo el plan de salud mental que indica el texto de la ley. Es probable que el cuestionamiento esté referido al destino de las partidas presupuestarias en la Ciudad de Buenos Aires y en relación con la otra ley, la 448 de la Ciudad, que ya lleva 9 años de reglamentada, mientras que la ley nacional se reglamentó hace pocos meses, en mayo de este año.

6) *“Ausencia de un Plan Nacional de Salud Mental simultáneo a la sanción de la ley. Dada la existencia insuficiente de dispositivos de atención alternativos a los modelos clásicos de internación psiquiátrica que respondan a la demanda asistencial actual, y a la ausencia de una política estatal que provea partidas presupuestarias para la red de*

contención terapéutica entre la familia y el hospital, no debiera haberse sancionado la ley”.

Esta objeción plantea una situación deseable, que la ley ya contara con un plan de salud mental al ser promulgada. Sin embargo, hay que considerar que la atención de la salud mental ya era deficitaria antes de existencia de la ley, aún dentro de la lógica manicomial imperante, sin que se revirtiera esa situación a través del tiempo. Tengamos en cuenta que desde 1990 la OMS y la OPS han instado a los gobiernos a que arbitren las medidas para una atención descentralizada sin que se llevaran a cabo. Esperar que la situación cambiara hubiera retrasado indefinidamente la sanción de la ley. La nueva ley nacional puede ser un instrumento para introducir cambios que se plasmen en un Plan de Salud Mental, sobre todo si la sociedad, sus instituciones y organizaciones, incluidas las organizaciones de usuarios y familiares lo reclaman y apoyan. Por otra parte, reparemos en que la desmanicomialización es un proceso que lleva años, como ocurrió en la transformación realizada por Basaglia en Trieste. En ese sentido, recordemos que la ley no establece el cierre inmediato de los manicomios, sí prohíbe la creación de otros nuevos.

APORTES DE DESTACADOS PSICOANALISTAS

Emiliano Galende: Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitario de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

En la entrevista del el 24/ 4/2013 en el contexto de la jornada realizada en Rosario “Desafíos de la Salud mental Comunitaria”, Galende valora positivamente algunos cambios que han ocurrido desde la promulgación de la ley nacional de salud mental, como por ejemplo que ha sido revisada la situación de unos 3000 pacientes, cada uno de los cuales cuenta con un abogado asignado. Se comprobó que la mayoría de los pacientes siguen internados por razones de tipo social: por falta de recursos económicos, de trabajo, de vivienda. Sin embargo la ley sigue siendo resistida; da cuenta de ello que en la mayoría de los 40 hospitales aún subsisten criterios manicomiales, sólo algunos de ellos se han modernizado.

Con esta ley se rescata la dignidad del paciente con sufrimiento mental que recupera derechos en tanto persona, pero también en tanto ciudadano ya que, por ejemplo, puede votar. Se trata también de recuperar la dignidad del profesional que ejerce poder y autoridad, a veces compelido a internar porque el paciente no tiene dónde ir. De ese modo ve restringida su función a la de un custodio y dañada su dignidad. La restricción del poder del psiquiatra para decidir sobre la vida del paciente redundará entonces en la recuperación de su dignidad profesional.

En el equipo interdisciplinario que establece la ley se desarrolla la especificidad de cada disciplina: el médico se ocupa del estado de salud, el psicólogo de la dimensión subjetiva, el enfermero de los cuidados cotidianos.

Se encuentra pendiente el desarrollo de la red de servicios que la ley propone y que depende de cada provincia. Las prácticas son las más difíciles de cambiar, ya que eso supone un giro en la formación de los profesionales.

La recuperación de la persona con sufrimiento mental no depende solamente de la ausencia de síntomas activos sino también de lograr su integración social. Es similar a lo que se hace en los servicios de España: atender la complejidad del sufrimiento, la salud física, la recuperación psíquica y favorecer la integración social. Algunas provincias como Chubut, Santa Cruz, La Pampa y, en parte en Capital Federal, ya están avanzando en este punto.

Alicia Stolkiner: Profesora del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria de la UNLa, Coordinadora del nodo Argentina de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur.

Esta autora incluye al psicoanálisis dentro de las prácticas de salud, destacando su teoría de la constitución subjetiva y de la repetición inconsciente y sus posibilidades de resignificación.

Considera que la salud no puede definirse de un modo absoluto e inmutable. En su definición, la salud es el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción entre el sujeto social y su

realidad. Los principales indicadores de salud mental de una comunidad o población, son los niveles de participación, de organización y aceptación de las diferencias.

Uno de los objetivos de su investigación actual, que indaga la articulación entre Atención Primaria de la Salud y Salud Mental, es analizar la dinámica de los distintos actores del debate sobre las transformaciones en salud mental, en particular las organizaciones de usuarios y la de sus familiares como capaces de proponer y decidir políticas y prácticas de las que tradicionalmente han sido objeto.

Reseña lo acontecido en 1978: al tiempo que Franco Basaglia lideraba la reforma psiquiátrica en Italia, se reunía la OMS en Alma Ata y enunciaba los postulados de la Atención Primaria en Salud (APS) que incluyen cobertura universal, articulación interdisciplinaria e intersectorial, participación de la sociedad en las decisiones y acciones en salud. Son postulados que comparte con la nueva concepción de salud mental. Destaca la importancia de buscar articulaciones entre Atención Primaria de la Salud y Salud Mental desde una perspectiva de derecho.

Señala la oposición entre los procesos de medicalización-mercantilización, que son objetivantes, versus la perspectiva de derechos que es subjetivante y pone en el centro de la escena la dignidad como categoría que constituye el pilar conceptual de los derechos humanos.

NUESTRAS CONCLUSIONES

La ley 26.657 está inspirada en el respeto a la dignidad de las personas y por lo tanto merece ser reconocida por los profesionales de la salud mental en general y de los psicoanalistas en particular. La integración a la ley de los acuerdos internacionales, que desde el año 1990 recomiendan que la atención en salud mental se realice en el seno de la comunidad, es un indicador del consenso en América y en el mundo de la concepción desmanicomializadora que sustenta la ley.

Esta ley incluye aportes del psicoanálisis a la Salud Mental en lo referido a su concepción sobre la constitución subjetiva y a la descripción de los severos procesos de deterioro de la subjetividad por efecto de la marginación que causa el encierro. No

hay desarrollo del sujeto separado de sus raigambres intersubjetivas, sociales, culturales.

La nueva ley retoma temáticas que han quedado postergadas en nuestra práctica, deudas que en materia de salud mental tenemos pendientes aún hoy. Entre lo que la ley establece y lo que la realidad ofrece queda una brecha por resolver en medio de la cual se encuentran las personas que padecen y que requieren ser atendidas del modo más urgente posible. Nuestras expectativas se orientan a la concreción de los enunciados de la ley a través de la realización de un plan de salud integral que asegure el desarrollo de los dispositivos de salud mental en sus aspectos edilicios y de dotación de profesionales para la promoción, prevención, atención terapéutica y rehabilitación de la salud mental.

Estas expectativas son similares a las que distintas organizaciones y entidades, entre ellas el Foro de Instituciones de Salud Mental, al que pertenece APdeBA, sostienen desde hace años respecto del cumplimiento de la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. En la medida en que no se ha creado un plan integrado de salud mental alternativo a los neuropsiquiátricos Borda, Moyano, Tobar García y Alvear, se han realizado fundamentados reclamos, entre ellos la convocatoria con la frecuencia que la ley dispone del Consejo Asesor de Salud Mental (COGESAM) integrado por asociaciones profesionales, gremiales y de formación de la salud mental.

Cabe recordar que la ley nacional 26.657 fue reglamentada hace pocos meses y que en la Ciudad de Buenos Aires la ley 448 lo fue en el año 2004, es decir que si en estos 9 años se hubieran cumplido los plazos para la creación de dispositivos en la C.A.B.A. la aplicación de las leyes 448 y 26.657 se encontraría con otra realidad en materia de salud mental.

Esperamos que desde ahora ambas autoridades de aplicación de las leyes, de la Nación y de la Ciudad, promuevan lo establecido por las mismas. Esperamos contribuir a ese proceso y, en ese sentido, creemos que APdeBA, como muchas organizaciones y asociaciones de nuestra sociedad, tendría que participar y acompañar el cambio de paradigma orientado a la desmanicomialización

- en la difusión de las leyes
- capacitando a trabajadores de la salud mental,

- promoviendo los cambios culturales necesarios respecto de la locura,
- incidiendo en el proceso de transformación del enfoque asistencial y
- aportando a la concepción integral de la salud mental que las leyes sustentan.

En esta concepción se articulan y armonizan las distintas disciplinas superando antinomias como la de psicoanálisis-salud mental o psicoanálisis- psiquiatría, para llegar a resolver también la escisión mente-cuerpo que deriva en una naturalizada concepción en la que la salud mental está escindida de la salud en general.

Grupo de reflexión sobre la realidad social de APdeBA: Virginia Armella, Yolanda Basile, Verónica Díaz, Raquel Duek, René Epstein, Betty Korsunsky, Mabel Marcinavicius y Norma Slepoy.

27 de septiembre de 2013