

UNIVERSALES

Antecedentes e innovaciones de la Ley de Salud Mental



Ivana Chillemi

Miembro de PRAGMA-APLP. Trabaja en la Subsecretaría de Salud Mental y abordaje de las Adicciones en la Prov. de La Pampa. Corresponsal de las revistas Conceptual- estudios de psicoanálisis y de Analítica del sur –Psicoanálisis y Crítica en la ciudad de Santa Rosa.

» E-mail al autor

René Magritte

*L'Ellipse
1948, óleo sobre lienzo,
50,3 x 73 cm*

En la Argentina, la Ley Nacional 26.657, sancionada en noviembre de 2010, logra adecuar la legislación nacional a los principios y tratados internacionales de derechos humanos de los cuales la República Argentina es parte y los cuales conforman, en palabras de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el estatuto básico de derechos y garantías de las personas usuarias de los servicios de salud mental. La referida Ley es sancionada tras un largo proceso de construcción y debate con actores involucrados del campo de la salud mental y derechos humanos, referentes de Latinoamérica y de otros continentes, autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia, legisladores y jueces nacionales.

Una de las experiencias más significativas a nivel de transformación del abordaje de la salud mental fue llevada a cabo por el Dr. Franco Basaglia, el psiquiatra italiano que consiguió transformar los antiguos manicomios de puertas cerradas en una institución a puertas abiertas donde era posible el trato directo entre los pacientes y los restantes miembros de la comunidad. En 1971, Franco Basaglia fue nombrado director del hospital psiquiátrico de Trieste y a fines de 1977 hizo que se cierre el asilo “San Juan” y al año siguiente que se apruebe la ley de reforma psiquiátrica que permitió pensar la locura-enfermedad mental de otra manera e inició el proceso de desmanicomialización, que implicó un cambio de mirada en relación a las personas con trastorno mental. Ya no se va a hablar de “peligroso”, “incapaz”, sino de un “sujeto que tiene derechos” y su horizonte estará determinado por sus potencialidades singulares.

En el ámbito local entre aquellos que fueron abonando el camino para las nuevas modalidades de abordaje en el campo de la salud mental figura como antecedente el médico sanitarista Dr. Ramón Carrillo (1906-1956), Ministro de Salud Pública durante el gobierno de Perón que planteó una mejor accesibilidad geográfica de las personas al sistema sanitario argentino promoviendo la creación de centros regionales.

También, la experiencia del psiquiatra Mauricio Goldemberg en el Hospital de Lanús en el año 1956. El propuso un programa con el eje en la descentralización que apunta a la creación de

servicios de psicopatología en hospitales generales y a la novedosa forma del hospital de día.

Y por último la implementación de un plan de salud conocido como el Sistema Integral de Atención Progresiva de la Salud (SIAPROS) durante la gestión del Dr. Floreal Ferrara, médico sanitarista, que fue Ministro de Salud en la Provincia de Buenos Aires en 1987. Dicho plan garantizaba una accesibilidad igualitaria a los servicios de Atención de la Salud. Este sistema incluía un Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS). Estos esfuerzos culminaron en la estructuración de un plan de salud mental que incluyó acciones preventivas, asistenciales y de rehabilitación que involucran siempre a la comunidad. El concepto de promoción de la salud mental estaba directamente relacionado con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas en el ámbito social, laboral y familiar.

La Argentina adhirió a lo largo de los últimos años a una serie de tratados internacionales que son citados en la el cuerpo de la ley:

A. Declaración de Caracas (1990, OPS-OMS) se la considera un hito histórico en el desarrollo de los servicios de salud mental de las Américas, ya que promueve dos puntos que son clave: 1) La transformación de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de modelos alternativos comunitarios. 2) La protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

B. Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991) se los considera los estándares internacionales más completos y que proporcionan directrices para implantar o evaluar los sistemas nacionales de salud mental. Además, establecen que las personas con enfermedad mental gozan de todos los derechos y libertades fundamentales contempladas en las convenciones generales de derechos humanos. En 2001 la OMS en su "Informe Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas" va a reafirmar la perspectiva de derecho que planteaba la declaración de la ONU. Por otra parte, en el informe se expone con claridad la responsabilidad que tienen los gobiernos de hacerse cargo de la salud mental de sus ciudadanos como de su salud física. Y hace un conjunto de recomendaciones de "gran alcance" que se refieren a: dispensar tratamiento en la Atención Primaria, asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, prestar asistencia en la Comunidad, etc.

C. Conferencia de Brasilia "La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas" (2005) se reconocieron los logros en relación a la adopción de los principios más centrales de la Declaración de Caracas, a algunas experiencias regionales y se discutieron los desafíos y retos por delante. Uno de los principales desafíos señalados se vincula a elementos tales como: los altos niveles de violencia, la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, la conducta suicida y el alcoholismo.

D. Consenso de Panamá (2010, OPS/OMS) que es mencionada en el Decreto que reglamenta la Ley Nacional N° 26.657 y ubica al uso de sustancias psicoactivas en el ámbito de la salud mental y donde se hace mención a un espacio de tiempo máximo para el fin de los manicomios en nuestro continente.

A nivel local encontramos las siguientes leyes que antecedieron a la ley nacional:

La ley 2440 de "Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental", de la provincia de Río Negro de 1991 que promueve la des-institucionalización del paciente con sufrimiento mental y se plantea a la internación como último recurso terapéutico entre otras cosas. Esta ley apunta a la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de reinserción comunitaria.

Otra de las normativas vigentes tomadas como antecedentes fue la ley de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ley N°448 reglamentada el 2004 que garantiza el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y propone, además, un proceso de des-institucionalización progresivo.

La Ley N° 10.772 de la provincia de Santa Fe, sancionada en 1991 y reglamentada en 2007, estipula la sustitución progresiva de las prácticas manicomiales hacia una clínica ampliada en el ámbito de lo comunitario entre otros puntos relevantes, la constitución de una red asistencial y el privilegio de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como eje transversal de los tres niveles de atención.

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) en 1999 propone la reinserción de pacientes internados en los monovalentes de la Provincia de Buenos Aires promoviendo redes sociales que actúen como soportes del proceso de externación.

Por otra parte, el informe “Vidas Arrasadas – La segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos” (2006) del Centro de Estudios Sociales y Legales (CELS) y del *Mental Disability Rights* Internacional (MDRI) pone de manifiesto las violaciones de los derechos humanos realizadas sobre las 25.000 personas que se encuentran privadas de su libertad en instituciones psiquiátricas asilares argentinas y afirma lo siguiente: “Más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida.”

A continuación haré un recorrido por algunos de los artículos más relevantes de la ley:

En el art 3º se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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 y el artículo 4 establece que: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”, y la atención de las personas con padecimiento mental y adicciones debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario.

Específicamente en el artículo 7 de la Ley Nacional 26.657 se plantea que el Estado argentino va a reconocer a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia y su historia; a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares o por quien la persona con padecimiento mental designe; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; del asistido a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; a ser informado adecuadamente y comprensiblemente de sus derechos y de todo lo inherente a su salud y tratamiento incluyendo las alternativas para su atención; a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; a recibir un tratamiento personalizado, en un ambiente apto con resguardo de su intimidad; a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; a no ser sometido a trabajos forzados; a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

En relación a la modalidad de asistencia el artículo 9 de la ley, debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud y que se reorientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Entre algunos de sus aspectos relevantes destacamos: se define a la internación en el art. 14 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.”

En relación con la internación involuntaria, dice el art. 20 que: “(...) debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros”.

La ley introduce un cambio en el criterio para legitimar una internación involuntaria un “riesgo cierto e inminente”. Gorbacz (2011) plantea que para: “...garantizar el ‘debido proceso’ que corresponde, en un Estado de derecho, a cualquier situación de privación de libertad” se cambia el criterio que permitía realizar una internación involuntaria. Se pasa de la “peligrosidad para sí o para terceros”, exigido por el código civil al de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Y añade: “la Corte Suprema definió que la ‘peligrosidad presunta’ no es suficiente para justificar semejante medida privativa de la libertad”.

Y en la reglamentación del art. 20 se dice claramente que: “Se entiende por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros... cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental”.

El juez deberá ser informado en el caso de una internación involuntaria. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria una vez que cesa la situación de riesgo cierto e inminente (art.23).

Por otra parte la ley establece que: las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales y que el rechazo de la atención de pacientes ya sea ambulatoria o en internación por tratarse de problemática de salud mental se considerará acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

En la práctica diaria la figura de “riesgo cierto e inminente” es muy compleja en las internaciones involuntarias, porque una vez que cede el riesgo la internación se vuelve voluntaria y el paciente puede abandonar la internación sin el alta médica, sin que se contemple un tiempo prudencial posterior al cese del riesgo cierto e inminente que posibilite al equipo tratante programar el alta.

Así el Estado a través de la ley se constituye en garante del derecho a la protección de la salud mental, y del pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. También establece que los servicios y efectores de salud públicos y privados cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos por la ley. Determina además que las personas que se encuentran comprendidas en la presente ley tienen derecho, entre otros, a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud y, finalmente, considera a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho.

Se concibe a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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. Sustituyendo la noción de “enfermedad mental” por la de “padecimiento mental” entendido como “todo tipo de sufrimiento psíquico” buscando así una ruptura con la hegemonía del discurso cientificista-biologista propio del modelo médico dominante para posibilitar el abordaje interdisciplinario de las problemáticas de salud mental, pero a costa de disolver la descripción psicopatológica de la clínica.

La inclusión de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en las políticas de salud mental permite considerar a los usuarios de sustancias como sujetos de derecho, sacándolos de este modo de la ilegalidad y la punición. Los abordajes de esta problemática incluyen estrategias de

reducción de riesgos y daños y deben tener en cuenta la singularidad de las personas más allá del tipo de adicción que padezcan. Este punto es conflictivo porque se opone a lo estipulado en la Ley de estupefaciente del Código Penal.

Art. 5º — Será reprimido con prisión de cuatro (4) a quince (15) años y multa de cuarenta y cinco (45) a novecientas (900) unidades fijas el que sin autorización o con destino ilegítimo: a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas, precursores químicos o cualquier otra materia prima para producir o fabricar estupefacientes, o elementos destinados a tales fines;(..) [1]

También se promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario y determina que las modalidades de atención deben realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario basado en los principios de la atención primaria de la salud. Entiende además que la internación es una medida restrictiva que sólo debe ser implementada como último recurso terapéutico.

Es indudable que esta nueva ley ha constituido un importante avance, constituyéndose una nueva ficción jurídica que garantiza derechos para todos los sujetos con padecimiento mental, sin embargo, tal como Eric Laurent nos advierte que como analistas no debemos olvidar que más allá de cualquier universal, sea humanista o antihumanista, la particularidad de cada uno.

El presente trabajo es una intervención de la autora en el marco de la serie de Conversaciones Críticas –ciclo 2016, organizada por la revista *Analytica del Sur*, esta vez en la ciudad de Bahía Blanca con el nombre “El psicoanálisis entre las leyes y las clases” en la que también participaron Hernán Cenoz, el Dr. Javier Díaz y Daniela Gaviot en calidad de comentadora.

.....

Bibliografía:

Bibliografía consultada Legislación, lineamientos e informes

- Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- Argentina. Decreto N° 603/2013, reglamentación de la ley de salud mental.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 448, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990 (en línea).
- Consenso de Panamá (OPS/OMS)
- Declaración de Caracas (OPS/OMS) de http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Mental Disability Rights International (MDRI); Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), (2007). Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos (en línea). de www.cels.org.ar/agendatematica.
- Naciones Unidas (1991). Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (en línea). Recuperado el 24/07/2013, de <http://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/DI-ONUAG46-119.pdf>
- Bloch, Claudio (2013). Artículo: “Floreal Ferrara, un irreverente de la salud pública argentina”, publicado en Salud y Derechos el blog del área de derecho a la salud de la defensoría de la CABA. (en línea). Recuperado el 14/8/13, de <http://www.saludyderechos.org.ar/2013/03/floreal-ferrara-un-irreverente-de-la.h.html>

• Gorbacz, Leonardo A. (2011). Panorámicas de Salud Mental, a un año de la sanción de la ley nacional N° 26.657. Ed. Eudeba y Ministerio Público Tutelar de la CABA. Bs. As., Cap. I, pag. 17-29.

• Pesatti, Pedro (2006). Reportaje a Augusto y María Salome Carrillo, sobrinos de Ramon Carrillo. (en línea). Recuperado el 14/8/13, de www.elortiba.org/carrillo.html

• Programa de Rehabilitación y Externación Asistida –PREA- (1999), (en línea). Recuperado el 14/8/13, de www.contener.org/idesta25.p

• Programa de Externación Asistida para la Externación Social –PREASIS- (2006). (en línea). Recuperado el 14/8/13, de www.buenosaires.gob.ar/areas/des_social/adic/preasis.php?menu_id=31228 • Schandeler Nadia (2000). Una provincia poderosa: La Transformación Institucional del Sistema de Salud Mental de San Luis. (en línea). Recuperado el 14/8/13, de <http://www.adminpublica.org.ar/Publicaciones/TransforInstitSistemaSaludMentalEnSLuis.pdf>

• Vezzetti, Hugo (2006). Artículo: “El desmanicomializador de Lanús”. Publicado en Pagina 12 el 10 de enero de 2006. (en línea). Recuperado el 14/8/13, de www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-10-01

CÓDIGO PENAL, Ley de Estupefacientes Ley N° 23.737. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>

[1] Ley de Estupefacientes: Art. 5° — Será reprimido con prisión de cuatro (4) a quince (15) años y multa de cuarenta y cinco (45) a novecientas (900) unidades fijas el que sin autorización o con destino ilegítimo:

a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas, precursores químicos o cualquier otra materia prima para producir o fabricar estupefacientes, o elementos destinados a tales fines; b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes; c) Comercie con estupefacientes, precursores químicos o cualquier otra materia prima para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte; d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte; e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otros estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará prisión de tres (3) a doce (12) años y multa de quince (15) a trescientas (300) unidades fijas.

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco (5) a quince (15) años.

En el caso del inciso a), cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para consumo personal, la pena será de un (1) mes a dos (2) años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21.

.....