

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GINO GERMANI –
VI JORNADAS DE JÓVENES INVESTIGADORES
10, 11 Y 12 DE NOVIEMBRE DE 2011**

Autores: Assis, Miguel; Canales, Valeria; Cecere, María Soledad; Competiello, Nadia;
Felicetti Romina; Iribarne, Pedro; Tálamo, Daniela; Solitario Romina, Garbus Pamela, Comes
Yamila.

Facultad de Psicología (UBA)

Correo electrónico: licvaleriacanales@gmail.com;

Eje 11. Estado. Instituciones. Actores

**TÍTULO DE LA PONENCIA: ACTORES SOCIALES EN EL PROCESO DE
SANCIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.**

RESUMEN

Este trabajo surge a partir de la cursada de una pasantía de investigación en la Facultad de Psicología a cargo de la Profesora Alicia Stolkiner. Se enmarca en el Proyecto Ubacyt (UBACyT P040) “*Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002 -2010: Subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención*”. En la misma se planteó como trabajo durante un cuatrimestre, el análisis de la posición de los actores sociales que se manifestaron por la Ley Nacional de Salud Mental. **Objetivo General:** describir los actores sociales que se expresaron por una Ley Nacional de Salud Mental y analizar las posiciones filosóficas desde donde produjeron sus comentarios en los medios de difusión gráfica. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo en el marco de una estrategia cualitativa de análisis de contenido. Se realizó mediante la revisión documental de medios gráficos de difusión masiva. En los mismos se expresaron diversos actores, entre ellos referentes de partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil. **Conclusiones:** Los actores relevados en medios gráficos se posicionan en diferentes modalidades de concebir el proceso salud- enfermedad. Mientras algunos de ellos, desde la biomedicina y el Modelo Médico Hegemónico expresan su preocupación por la pérdida del rol preponderante de la psiquiatría en el marco de estas reformas, otros expresan concepciones ligadas a la teoría de la complejidad en salud y a la necesidad de los abordajes integrales. El enfoque de derechos se encuentra enumerado en prácticamente todos los actores entrevistados en los medios.

Palabras clave:

Ley Nacional de Salud Mental - Campo- Actores sociales - Concepción salud-enfermedad

1. Introducción

Este trabajo surge a partir de la cursada de una pasantía de investigación en la Facultad de Psicología a cargo de la Profesora Alicia Stolkiner, la cual se enmarca en el proyecto UBACyT P040: *“Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002 -2010: Subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención”*.

El objetivo del presente trabajo es describir los actores sociales que se expresaron en la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (26657) y analizar, en el marco del proceso de reforma en Salud Mental, el posicionamiento subjetivo, político e ideológico de estos actores. Para ello se realiza una revisión bibliográfica y documental, tomando como analizador diferentes medios gráficos de difusión masiva.

En términos metodológicos, este trabajo se basa en un estudio descriptivo en el marco de una estrategia cualitativa de análisis de contenido. Se utilizaron técnicas de recolección de datos tales como estudio documental de campo y notas periodísticas. Para el análisis de fragmentos discursivos se utilizó el software Atlas Ti.

En una primera instancia se operacionalizó la variable “actores sociales”, la cual es compleja y multidimensional, y además, por ser de relevancia los posicionamientos filosóficos de dichos actores en el proceso de sanción de la ley. Para esto se utilizó el documento *“Los contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia”* (CELS, 2009).

Las categorías de mayor relevancia en la operacionalización fueron: Integración en la comunidad - Modelos de atención - Internaciones - Derechos Humanos y Autonomía - Órgano de revisión - Sensibilización y prejuicio - Formación de RRHH - Vigencia del hospital psiquiátrico - Paradigma - Posicionamientos ante la ley (A favor/ En contra) - Responsabilidad del Estado (Financiación/ Presupuesto).

La recolección de las notas periodísticas se realizó en los portales on-line de diversos diarios de la Capital Federal (Página 12, Tiempo Argentino, La Nación, Clarín, Perfil, La Razón, La Prensa y Crónica), y de las provincias de Santa Fe (El Litoral), Río Negro (Río Negro), Córdoba (El Diario del centro del país) y Tucumán (La Gaceta) por ser algunas de las provincias en las cuales los medios gráficos realizaron mayor mención a la temática. Como así también los diarios fueron seleccionados por ser los principales en sus provincias.

Finalmente la búsqueda de dichas notas se realizó a partir del establecimiento de una grilla de palabras claves. Las mismas fueron: ley nacional - salud mental - sanción - senado - diputados - ley salud mental.

Se recolectaron 48 notas periodísticas de los diarios mencionados previamente para dicho estudio, de las cuales fueron utilizadas 43.

Es de destacar que la promulgación de la Ley Nacional tuvo el apoyo de los organismos de Derechos Humanos, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), el Ministerio de Salud y varias ONGs. Se expresaron a favor de la ley asociaciones de usuarios, familiares y profesionales, referentes nacionales en el área de derechos humanos y de la justicia, los cuales la conciben como un avance en materia de políticas públicas que llevan a la construcción de un país igualitario. Por otro lado se expresaron en contra asociaciones de psiquiatras y gremios que nuclean a profesionales de la medicina, los cuales expresan su preocupación por la pérdida del rol preponderante de la psiquiatría en el marco de estas reformas.

El trabajo se organiza en dos partes. En la primera se presenta una breve reseña socio-histórica del campo de la salud mental y su contexto actual. Luego se desarrollan los conceptos de campo, actores, concepciones de salud-enfermedad y su importancia en el proceso de reforma en salud mental.

En la segunda parte, se analizan los posicionamientos filosóficos de los diferentes actores en el proceso de sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

Para finalizar, se propone una discusión sobre el alcance de las concepciones de salud-enfermedad y su articulación con los posicionamientos filosóficos de los actores sociales en el proceso de reforma.

Reseña socio-histórica del campo de la salud mental y su contexto actual

La internación en establecimientos de reclusión surge con la aparición de los Estados Modernos. Tomando a Foucault (1967), en una sociedad regida por la “racionalidad” y pensada para el libre deambular de los ciudadanos en los espacios públicos, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar la “locura”.

En un principio los sujetos con padecimiento mental eran considerados "alienados", carentes de razón e incapaces de ejercer su libertad. Desde esta perspectiva, el alienado representaba un elemento que alteraba el orden social, de allí, que tanto el Estado como la Iglesia se ocuparan de su encierro. A finales del siglo XVIII la locura pasa a considerarse una enfermedad mental, y a pesar de que la psiquiatría surge como disciplina para el tratamiento de la misma, la modalidad de encierro se mantiene.

En este sentido Galende afirma que “el gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos” (Galende, E., 1990). De esta manera se invisibilizaban determinantes sociales, económicos, políticos, entre otros, que atravesaban la enfermedad mental, reduciendo la problemática a una “medicalización” de la locura.

Estas prácticas de reclusión, llevaron a configurar un proceso de segregación hacia aquellas personas que requerían de la asistencia en salud mental.

Los cuestionamientos más fuertes al modelo asilar surgieron en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial. En la Argentina se manifestaron entre los años 60 y 70 y con posterioridad, al retorno de la democracia del 83, como experiencias alternativas y procesos provinciales de reforma en Salud Mental. Pese a ello, a nivel nacional, el campo de la salud mental siguió estando caracterizado por un modelo de atención manicomial, una ausencia de legislación en la materia a nivel nacional (quedando las provincias y municipios librados a desarrollar prácticas diversas según políticas locales) y una fuerte resistencia corporativa de los actores sociales intervinientes (Rovere, M., 1993). Dicho carácter corporativo es una característica inherente a todo el sistema de salud argentino y ha obstaculizado varias propuestas de cambio tendientes a integrarlo (Belmartino, S., 1999).

A partir del inicio del siglo XXI se suceden diversas políticas públicas que incorporan la responsabilidad del Estado en la garantía de derechos de las personas con padecimiento mental. Esta iniciativa de cambios en los sistemas de atención en salud mental está basada en la Declaración de Caracas de 1990. La misma tenía como objetivo la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina como respuesta a la incompatibilidad de la atención psiquiátrica tradicional, con los objetivos de una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva (OPS/OMS, 1990). Siguiendo estos lineamientos, los Principios de Brasilia, propuestos 15 años después de la misma, reafirmaron la necesidad de proseguir con los logros alcanzados a partir de la Declaración de Caracas, trabajando en dispositivos comunitarios que reemplazaran el modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico (OPS/OMS, 2005).

Como reflejo de este paradigma mundial que comenzaba a bregar por la defensa de los derechos humanos y la inclusión social de los pacientes internados, Argentina cuenta con algunas de las experiencias de reforma en los servicios de salud mental más reconocidas del continente. Estas iniciativas, implementadas en las provincias de Río Negro y Chubut, constituyen un modelo para otras regiones del país.

Siguiendo estos lineamientos en el año 2000, se promulgó la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Posteriormente, se promulga la ley 26.378/08 en adhesión a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007), y en el año 2010, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) y se promulga la Ley Nacional de Salud Mental (26657).

Camino recorrido hacia la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental

El proyecto de Ley Nacional de Salud Mental fue presentado en 2007 por los diputados Leonardo Gorbacz, Fabiana Ríos y Emilio García Méndez.

El texto incluye los principios básicos de derechos humanos y garantías para la salud mental de todas las personas, generando algunas modificaciones al Código Civil y abriendo el camino para una posterior reforma integral de dicho código.

En 2009 se presentó nuevamente el proyecto de ley reproduciendo el Dictamen de la plenaria de comisiones de diputados del año anterior, lo que permitió contar con la firma de Diputados de casi todas las fuerzas políticas. El 14 de octubre del mismo año logró dictamen por unanimidad en la Cámara de Diputados y pasó al Senado donde logró sanción definitiva el día 25 de noviembre de 2010.

A pesar de haberse logrado un consenso amplio, tomando en cuenta el proyecto inicial, fueron resignados algunos puntos (como una modificación más amplia del Código Civil) y se incorporaron aportes que se suman al enfoque de derechos humanos, la intersectorialidad, la interdisciplina, el respeto a la autonomía de las personas y la promoción de una atención centrada en la comunidad.

El proyecto había sido impulsado por la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, integrada por el Ministerio de Salud, el Inadi, la Secretaría de Derechos Humanos, la Defensoría General de la Nación, asociaciones de familiares de pacientes y usuarios de servicios de salud mental, entre otros actores. En el recinto fue apoyada por 47 senadores, ningún voto en contra y una única abstención (la de Eugenio “Nito” Artaza).

A partir del proceso de sanción de la ley, junto a los actores ya conocidos (corporaciones profesionales, gremios, organismos internacionales), se visibilizaron otros (asociaciones de familiares, usuarios, organismos de derechos humanos, etc.), cada uno con una dinámica, interacción y posicionamiento determinado. Este trabajo pretende dar cuenta de los posicionamientos de todos los actores intervinientes de acuerdo a lo que fue publicado en los diarios seleccionados, entendiendo que “las formas en que se relacionan estos permite

entender la manera en que cada actor define y delimita la situación o en otros términos, explica la realidad en función de su propósito” (Testa, M., 2006).

Características del campo de la salud mental

A partir de lo antedicho, se destaca la importancia de definir la concepción de campo y su relación con los actores o agentes en el proceso de Reforma en Salud Mental.

“Un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura del poder (*o capital*) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones” (Bourdieu, P., 2008)

La visibilización o invisibilización de ciertos actores dentro del campo de la salud mental hace a cuestiones de lucha de poder entre los mismos. Entendiendo el campo de la salud mental como un espacio heterogéneo con intereses antagónicos, resulta de relevancia para el presente estudio investigar las confrontaciones y acuerdos surgidos en el proceso de promulgación de la Ley ya que, por un lado definen políticas de salud mental y por el otro visibilizan los actores que forman parte del campo de la salud mental, dado que, “los límites del campo están donde los efectos del campo cesan” (Bourdieu, P., 2008)

En este sentido el dinamismo del campo de la salud mental radica en la asimetría de las fuerzas que luchan entre sí en pugna por el poder. Por esto la promulgación de la Ley no se reduce a la mera presencia o ausencia de determinados actores sino al grado de relevancia que le es atribuido en la discusión, determinado esto, en términos de Bourdieu, “por la distribución del capital específico y de la percepción que tengan del campo según el punto de vista que adopten *sobre* el campo como una visión desde un punto *en el campo*” (Bourdieu, P., 2008)

Implica reconocerse en la posición que se ocupa como “actor social” en un determinado campo, posición que no es neutral, no es externa y no deja de producir efectos. En este sentido, son productores de discursos y prácticas que tienen efectos subjetivantes. Por esto es necesario analizar la generación de estos discursos y prácticas relacionadas con ella, dada su potencialidad en la producción de sentido.

El campo de las prácticas en salud y dentro de él las de Salud Mental es, en tanto espacio de prácticas sociales, ámbito de debate epistemológico. En él confluyen y antagonizan diversas concepciones, teorías y propuestas. Aun las enunciaciones que parecen asépticamente técnicas

no son neutrales. Confluyen en ellas ideologías, cuerpos conceptuales y políticas. Entendemos por políticas a propuestas generales acerca de la forma en que una sociedad debe encarar su presente, su futuro y las relaciones de poder entre sus actores. En ellas operan determinaciones e intereses diversos.

En cuanto al campo de la salud mental, si se lograra la integración de las acciones de salud mental en las acciones generales de salud, según Stolkiner, sería paradójicamente un éxito puesto que derivaría en su extinción como campo específico con el fin de integrarse en prácticas sociales y de salud que incorporen la dimensión de la subjetividad.

Concepción salud/enfermedad/atención

Dentro del campo de la salud es posible diferenciar dos paradigmas: el Modelo Médico Hegemónico sostenido desde la biomedicina y por otro lado, los que expresan concepciones ligadas a la teoría de la complejidad en salud y a la necesidad de abordajes integrales.

El primer paradigma centra su atención sobre la enfermedad desde una perspectiva biologicista y un abordaje unidisciplinario. En este sentido la enfermedad es entendida como un estado de limitación de la persona, situación que no le permite realizar sus actividades habituales, mientras que la salud se plantea como un estado de ausencia de enfermedad. Este discurso hegemónico posee entre sus características no solo el biologicismo, sino también la a-sociabilidad, la a-historicidad, el a-culturalismo y el individualismo (Menéndez, E., 2004)

Teniendo en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud, que define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo ausencia de enfermedad”, se considera que la misma establecía un avance respecto de la concepción tradicional puesto que integra la cuestión subjetiva y social, así como también su enunciado desplaza el enfoque predominante, que la consideraba como mera ausencia de enfermedad, permitiendo centrarse en la salud positiva. Sin embargo, esta definición ha recibido múltiples críticas desde distintos sectores especialmente desde autores latinoamericanos que acentúan el aspecto complejo del proceso de salud-enfermedad afirmando que el mismo no puede medirse con la vara del bienestar (Stolkiner, A., 1989). Opuesto al Modelo Médico Hegemónico, se sitúa el modelo de la complejidad, el cual concibe a la salud como un proceso dinámico y variable, en el cual se entretajan lo económico, lo institucional y la vida cotidiana, los cuales en un contexto socio-histórico producen una subjetividad determinada y a su vez nuevos padecimientos.

Por lo tanto, la complejidad del objeto salud en este campo no se restringe a definirla como “enfermedades o patologías mentales”, sino que implica tener en cuenta la dimensión subjetiva en los diversos abordajes del proceso salud/enfermedad/atención.

3. Resultados

A continuación se presenta un análisis de los artículos periodísticos recopilados de los principales medios gráficos. Se analizan las diferentes dimensiones construidas a partir del trabajo del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2009) referido en el apartado metodológico como así también las conceptualizaciones desarrolladas en el apartado anterior.

3.1 Cambio de paradigma en Salud Mental

En lo referente al cambio de paradigma en salud mental algunos actores declaran que la nueva Ley remueve las prácticas manicomiales promoviendo la atención fuera del hospital, reforzando los lazos sociales. Otros, por el contrario, señalan que se trata de una Ley “*francamente antipsiquiátrica*”, que entorpece la práctica con el argumento de la defensa del ciudadano.

P36: “*El otro artículo polémico es el que propone sustituir a los neuropsiquiátricos por servicios terapéuticos alternativos, por lo que los pacientes que padecen trastornos mentales pasarían a ser atendidos en hospitales generales*” (Perfil, 14 de noviembre de 2010 en <http://www.perfil.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

A su vez se ven fuertes discrepancias en la concepción del proceso salud/enfermedad, en la representación acerca de la interdisciplina, la intersectorialidad y la modalidad de atención. Algunos actores a favor sostienen que la Ley promoverá un abordaje integral de la salud. Desde esta línea reconocen a la enfermedad como una construcción social y sostienen que depende de lo que una sociedad en cada momento histórico defina como normal y patológico. En ese sentido algunos piensan que la enfermedad fue usada como mecanismo de disciplinamiento y control social. Otros, por el contrario, entienden que se trata de una patología bio-psico-social y en muchos casos psico-orgánica. En relación a esta última concepción un actor manifestó:

P18: “*los adictos han sufrido cambios en su cerebro equivalentes a un ‘lavaje cerebral’*” (La Nación, 9 de abril de 2011 en <http://www.lanacion.com.ar/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

En lo referente a las concepciones sobre la atención de pacientes con sufrimiento mental, algunos actores declaran acerca de la responsabilidad que le cabe a los psiquiatras sobre los

pacientes, ubicando a éstos como los más aptos para dicha tarea. Sus discursos se encuentran en concordancia con los postulados básicos de la biomedicina y el modelo médico hegemónico:

P10: *“Hay muchos casos que ni la comunidad ni la familia pueden contener y deben volver al hospital mental. Entonces, alguien tiene que estar a cargo de ellos, de lo contrario corremos riesgo de caer en una connivencia de anonimidad, en la que nadie será responsable”*. (La Gaceta, 5 de diciembre de 2010, en <http://www.lagaceta.com.ar/archivo>, de fecha 18 de mayo de 2011)

Este argumento se entrelaza con lo que estos actores entienden como tratamiento posible para dichos pacientes; son aquellos que defienden la idea de la internación como la única intervención posible. Al respecto encontramos:

P15: *“A veces no se puede tratar en forma ambulatoria la violencia de estos pacientes (toda terapia depende de la genética) y necesitan ser internados. No pueden andar sueltos en la sociedad. Requieren la asistencia de médicos especialistas, de personal idóneo y responsable que se haga cargo del paciente”* (La Gaceta, 26 de diciembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/archivo>, de fecha 18 de mayo de 2011)

En consonancia con lo anterior vemos que otro actor se opone a la nueva Ley afirmando que los psiquiatras a partir de ésta no podrían dar un tratamiento adecuado a los pacientes.

P18: *“lo expuesto es suficiente para entender que se terminó de liberar a los ‘usuarios’ de ‘substancias psico-neuro-bio-genético-socio-tóxicas. A partir de ahora solo podemos recauchutarlos, o sea hacer chapa y pintura”*. (La Nación, 9 de abril de 2011 en <http://www.lanacion.com.ar/archivo>, de fecha 17 de mayo de 2011)

En la misma línea, algunos actores declaran que un psiquiatra debe estar a cargo del equipo porque habría que descartar problemas de toda índole antes de hacer un diagnóstico. Sostienen que con la nueva Ley quedarían subordinados a los psicólogos. En este sentido afirman que se trata de “enfermedades médicas” dándole a la psiquiatría un rol central y abogando por la continuidad del modelo médico hegemónico. En oposición a esto, la Ley se constituye como una propuesta que rompe con este modelo. El diario “La Gaceta” destaca lo innovador de la Ley, y su importancia como modificadora de este modelo:

P13: *“Hay varias cuestiones que son importantísimas. La primera es que se reconoce al paciente con capacidad para decidir sobre su tratamiento y que, desde el comienzo no se las define como discapacitadas. Esto marca un cambio de paradigma sobre la salud mental que es fundamental. Luego tendremos que trabajar sobre los efectos que esto va a tener sobre el campo jurídico”* (La Gaceta, 24 de diciembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/archivo>, de fecha 18 de mayo)

3.2 Concepciones de sujeto y derechos adquiridos

En lo vinculado a la concepción de sujeto se destaca que se estaría pasando desde una concepción de sujeto como mero “objeto de asistencia” al de sujeto de derecho. En relación a esto, los usuarios agradecieron la nueva legislación expresando que la misma “*los humaniza*”. Por otro lado, algunos actores destacan que en el desarrollo de la Ley, la noción de sujeto padeciente es vaga y la falta de definiciones precisas como sus puntos débiles, podría llevar a confundir patologías con problemáticas sociales.

P14: “*creemos que la ley adolece de severas falencias en cuanto a la definición de su objeto, y que debería referirse explícitamente a los trastornos mentales según la clasificación internacional de la OMS, y no al vago término de ‘sufrimiento’ o ‘padecimiento mental’, con el que se corre el riesgo de patologizar los problemas sociales*” (La Gaceta, 26 de noviembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/archivo>, de fecha 18 de mayo de 2011)

Otros hablaron sobre los “prejuicios y temores” que hay en relación a los pacientes de salud mental, provocados por la falta de información tanto en familiares, como vecinos pertenecientes a una comunidad.

P21: “*Sin dudas, lo que suele llamarse ‘estigmas’ y el temor, existen. Pero en última instancia esto tiene mucho de fundamento en el prejuicio y el desconocimiento.*” (La Prensa, 15 de agosto de 2010 en <http://www.laprensa.com.ar/archivo>, de fecha 28 de mayo de 2011)

La mayoría de los actores a favor rescatan la perspectiva de los derechos y la dignidad de los usuarios quedando señalada fuertemente la noción de Derechos Humanos y la inclusión de la Argentina entre los países más progresistas en esta materia. Algunos argumentan que la “peligrosidad” ha servido como excusa para encerrar a los sujetos indefinidamente, en especial a aquellos con una vulnerabilidad social explícita. Otros refieren que los sujetos deberían continuar en el asilo, por falta de razón y capacidad de discernimiento.

P15: “*Los verdaderos locos, enajenados o alienados no son mayoría, pero no pueden vivir en sociedad porque justamente les falta la razón, el juicio, la capacidad de discernir entre lo que es propio y lo que es ajeno.*” (La Gaceta, 26 de diciembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/archivo>, de fecha 18 de mayo de 2011)

En relación a la concepción sobre discapacidad y derechos, algunos actores afirman que la Ley cuestiona la categoría de discapacidad al ampliar los derechos de los usuarios, lo cual podría producir un cambio en relación al estigma que genera dicha categoría. A su vez se mencionó que esta Ley se convierte en un paso que amplía tanto los derechos humanos y ciudadanos de dichos pacientes, así como también las garantías. En este sentido, algunos

actores argumentan que la Ley terminaría con las repetidas violaciones a los derechos humanos que los pacientes sufren. En relación a la pérdida de los derechos civiles, algunos actores emitieron comentarios referidos a la discriminación que se genera hacia las personas, a partir de la denominación de “*incapaz*”.

P19: “*Estamos ante un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para considerarlas sujetos de derecho*”. (La Nación, 26 de noviembre de 2010 en <http://www.lanacion.com.ar/archivo>, de fecha 17 de mayo de 2011)

P41: “*Si se aprobasen estas leyes, daríamos un notable paso adelante en la ampliación de derechos civiles y en la conquista de nuevos avances sociales*”. (Tiempo Argentino, 7 de octubre de 2010 en <http://tiempo.elargentino.com/archivo>, de fecha 17 de mayo de 2011)

P33: “*Hasta ahora, una persona que, en una circunstancia de crisis, no estaba en condiciones de administrar sus bienes inmuebles, podía quedar inhabilitada, generalmente de por vida, para todos sus derechos personales, como casarse o votar*”. (Clarín, 26 de noviembre de 2010 en www.clarin.com.ar/archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

3.3 Vigencia del hospital psiquiátrico

Dentro de los medios relevados hay divergencias entre lo que la nueva ley plantea. Algunos declaran que esta ley no busca el cierre de los psiquiátricos, mientras que otros sostienen que es una ley que busca el cierre, lo cual consideran “*muy grave*”, afirmando que la solución no es cerrarlos sino modernizarlos. En este sentido algunos actores sostienen que no solo no hay que cerrarlos sino que se deberían abrir nuevos en forma urgente.

P3: “*no se está buscando el cierre de hospitales neuropsiquiátricos sino que no se abran nuevos*” (Clarín, 26 de noviembre de 2010 en www.clarin.com.ar/archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

P20: “*No solamente no habría que cerrar lo monovalente hasta no crear una estructura que diera respuesta a esa necesidad, sino que necesitamos con urgencia instituciones monovalentes para agudos: para urgencias y para pacientes crónicos que necesitan internaciones de no más 30 días*”. (La Nación, 26 de noviembre de 2010 en <http://www.lanacion.com.ar/archivo>, de fecha 17 de mayo de 2011)

Por otro lado, algunos actores destacan la importancia de que la internación sea la última opción de tratamiento, la cual debería ser lo más breve posible, manteniendo los lazos sociales. Otros actores señalan que en algunos casos ciertos pacientes deben volver al hospital. En referencia a esto último, la Asociación de Psiquiatras de la Argentina ha expresado:

P44: “*No se puede demonizar la internación psiquiátrica, un dispositivo muchas veces necesario que salva la calidad de vida del paciente*”. (Tiempo Argentino, 26 de noviembre de 2010 en <http://tiempo.elargentino.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

En este sentido, uno de los actores en contra de la Ley manifestó la necesidad de sostener las internaciones, frente a la imposibilidad de las sociedades de incluir a los usuarios.

P10: “*Cuando se vaciaron los asilos que albergaban de 1000 a 4000 pacientes, con los años esos mismos pacientes mendigaban en las calles, dormían bajo puentes, vivían como linyeras y se prostituían abusados por una sociedad cruel y explotadora*”. (La Gaceta, 5 de diciembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/> archivo, de fecha 18 de mayo de 2011)

En relación a esto, algunos actores a favor de la Ley, sostienen que un gran número de pacientes se internan en hospitales monovalentes, por causas no vinculadas al padecimiento mental sino más bien a problemáticas de inserción social y/o situaciones de pobreza. En este sentido la Ley sería una oportunidad para prevenir la cronificación de los mismos.

P43: “*Según el informe ‘Vidas Arrasadas’ de 2007 del CELS, las autoridades admiten que entre el 60 y el 90% de las personas detenidas en las instituciones son pacientes sociales, las cuales permanecen internadas en las instituciones porque no tienen a dónde ir*”. (Tiempo Argentino, 25 de noviembre de 2010 en <http://tiempo.elargentino.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

Un actor sostiene la importancia de la internación en hospitales monovalentes debido a la “*peligrosidad para sí o para terceros*” de estos pacientes. En clara oposición a lo anterior, otro actor hace hincapié en la necesidad de revisar los conceptos de “*locura*” y “*peligrosidad*”, con los que se suele calificar a un paciente.

P27: “*No se trata de hacer modificaciones en los manicomios, sino de revisar la concepción de ‘locura’ y ‘peligrosidad’ que conllevan*” (Clarín, 9 de noviembre de 2010 en www.clarin.com.ar/ archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

Respecto a los tiempos prolongados de internación, la mayoría de los artículos refiere que conlleva la pérdida de lazos sociales y familiares. Esta situación los convertiría en lo que se denomina “*pacientes sociales*”.

Otro tema que abordan los periódicos seleccionados es el relacionado a la falta de recursos y el mal estado en el que se encuentran las instituciones asilares.

P 26: “*se evidencian falta de recursos, mal estado de las instituciones y ausencia de mecanismos de supervisión pública*”. (Página 12, 3 de diciembre de 2010 en <http://www.pagina12.com.ar/> archivo, de fecha 26 de mayo de 2011)

3.4 Posición de los organismos internacionales en salud (OMS/OPS)

La mayoría de los artículos publicados hacen referencia a la adhesión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la Ley Nacional de Salud Mental. Como así también, dan cuenta de la colaboración en su construcción, como en las fases de consulta y debate. Hugo Cohen, consultor en salud mental de la OPS, afirma: P38: *“Apoyamos el proyecto de ley en función de que responde a las recomendaciones que en el campo de la salud mental y los derechos humanos hace la OMS”*. (Perfil, 26 de septiembre de 2010 en <http://www.perfil.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

La OPS y la OMS se expresan abiertamente a favor de dicha ley. Hacen mención a la necesidad de que las políticas de salud mental se incluyan en las políticas generales de salud y enfatizan la importancia de una progresiva desmanicomialización.

P21: *“La norma promoverá la gradual y progresiva sustitución de los hospitales psiquiátricos por servicios basados en la comunidad; dará accesibilidad a quienes necesitan tratamiento, impulsará el desarrollo de servicios en internación en hospitales generales, internación ambulatoria y domiciliaria, explicaron desde la OPS”*. (La Prensa, 15 de agosto de 2010 en <http://www.laprensa.com.ar/> archivo, de fecha 28 de mayo de 2011)

Asimismo, refieren que las causas de la falta de acceso a un tratamiento adecuado en materia de salud mental se deben a la falta de políticas o su inadecuación, la carencia de legislaciones o aplicaciones parciales, la insuficiencia de presupuesto destinado a salud mental y su utilización mayormente para sostener prácticas manicomiales. También sostienen que los que se oponen a la Ley no lo hacen sobre evidencias científicas sino ideológicas. Consideran, por otra parte, que se necesita formación de profesionales, intersectorialidad (entre salud, educación y trabajo, etc.), y mayor presupuesto.

3.5 Perspectivas sobre el rol de profesionales y trabajadores.

Entre los artículos seleccionados, surgen comentarios sobre la situación de los trabajadores y profesionales. Algunos actores expresan la necesidad de adaptación y capacitación del personal de salud en función del cumplimiento de lo que dicta la nueva Ley.

P21: *“esto incluye la actualización y formación del propio personal de la salud mental, que tampoco tiene estos instrumentos, justamente porque hasta hoy los sistemas de salud mental en la Argentina y en muchos países del mundo, se basan aún en los hospitales psiquiátricos”* (La Prensa, 15 de agosto de 2010 en <http://www.laprensa.com.ar/> archivo, de fecha 28 de mayo de 2011)

Otros expresaron sus quejas en relación a la falta de personal actual y la incertidumbre sobre la cantidad de personal necesario a futuro.

P44: *“precisamos más personal. Macri ya jubiló a 100 este año, y si hubo cinco nombramientos es mucho”* (Tiempo Argentino, 26 de noviembre de 2010 en <http://tiempo.elargentino.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

3.6 Rol del Estado: Financiamiento y presupuesto

En plena concordancia con lo enunciado por la Ley, la mayoría de los actores destacan la necesidad de incrementar el presupuesto para Salud Mental. Es así como afirman que el mismo deberá llegar al 10% del presupuesto total de salud. Algunos actores sostienen que la hospitalización a largo plazo en hospitales monovalentes requiere de asignaciones presupuestarias elevadas en detrimento de los dispositivos de atención comunitaria. Por otro lado se observan opiniones que enuncian la imposibilidad de afrontar la ley, desde el plano económico, por parte de la Argentina.

P15: *“(…) razón por la que considero que la ley es utópica es la falta de recursos económicos en nuestro país. En el primer mundo costó millones de dólares (...). Costó una fortuna que la Argentina no tiene”.* (La Gaceta, 26 de diciembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/> archivo, fecha 18 de mayo de 2011)

El diputado Gorbacz, se constituye como el único actor en resaltar que ya hubo cambios en materias económicas con respecto a financiación y presupuesto en Salud Mental. En este sentido afirma:

P34: *“Desde que, en mayo, se creó la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, el presupuesto subió, desde menos de un millón de pesos, a 24 millones: se aplican íntegramente a proyectos de las provincias orientados a la inclusión social de pacientes; no se financian mejoras edilicias en hospitales de internación monovalentes.”* (Página 12, 26 de noviembre de 2010 en <http://www.pagina12.com.ar/> archivo, de fecha 26 de mayo de 2011)

3.7 Críticas puntuales de las asociaciones de psiquiatras

En lo referente a la internación, que hasta la promulgación de la ley era exclusiva de los psiquiatras, ahora puede ser solicitada por un psicólogo y se requiere de la intervención de un equipo interdisciplinario. Frente a esta medida, numerosos psiquiatras consideran que la interdisciplina entorpece el proceso de atención.

P7: *“...objetamos de este proyecto inconsulto, por adolecer de graves falencias, como el no dejar en claro cuál es la incumbencia de cada profesional en el equipo de salud. Dicho proyecto nivela linealmente el rol del médico, del psicólogo, del asistente social, del terapeuta ocupacional, del enfermero, a los*

efectos de diagnosticar y planificar la estrategia terapéutica (medicar, internar, externar, etc.), cometiendo flagrantes errores de interpretación de las leyes respectivas del ejercicio de las profesiones". (El Litoral, 26 de septiembre de 2010 en <http://www.ellitoral.com/> archivo, de fecha 25 de mayo de 2011)

Por su parte, el presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras, sostiene:

P38: "Nosotros ya trabajamos en el contexto de interdisciplinariedad. Lo que decimos es que el único profesional que puede internar o medicar a un enfermo es el médico psiquiatra, que es quien tiene la responsabilidad civil y penal". (Perfil, 26 de septiembre de 2010 en <http://www.perfil.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

Otros artículos relevados señalan que la psiquiatría está perdiendo su lugar de privilegio y que incluir a diversas disciplinas en el equipo tratante generará una mayor racionalización en el uso de medicamentos.

P36: "Temen que se cierren los neuropsiquiátricos y que les quiten atributos exclusivos". (Diario Perfil, 14 de noviembre de 2011, en <http://www.perfil.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

P13: "Lo que la ley procura es que esto no quede solo en manos de la psiquiatría y que haya una mayor racionalización de la distribución de medicamentos". (La Gaceta, 24 de diciembre de 2010 en <http://www.lagaceta.com.ar/> archivo, de fecha 18 de mayo de 2011)

Para la gran mayoría de los diarios las asociaciones de psiquiatras se constituyen como las principales organizaciones en contra de su promulgación. Secundadas por agrupaciones de abogados, se oponen desde diversos frentes argumentativos. Por un lado conciben su inaplicabilidad objetando, fundamentalmente, que no fueron consultadas para elaborar el proyecto y sostienen que posee graves falencias como el hecho de no contemplar la prevención y rehabilitación de los pacientes. En este sentido, algunos actores afirman que una nueva Ley de salud mental es necesaria, sin embargo la misma debe ser consensuada por todos los actores sociales y responder a las necesidades de todos estos.

P36: "En los propios fundamentos del proyecto consta que ninguna asociación de especialistas en psiquiatría participó" (Perfil, 14 de noviembre de 2010 en <http://www.perfil.com/> archivo, de fecha 17 de mayo de 2011)

4. Conclusiones

El campo de la salud mental se redefine a partir de la Declaración de Caracas y conforme a los lineamientos de los organismos internacionales en salud. Estos han colaborado en las fases de consulta y debate de la construcción de la Ley Nacional de Salud Mental.

Para la promulgación de la Ley, se expresaron diversos actores, entre ellos referentes de partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil, manifestando sus posiciones en espacios parlamentarios y medios de comunicación masiva.

En relación a la posición política e ideológica, hubo diferencias importantes y algunos acuerdos. Resaltando los acuerdos podemos afirmar que casi todos ellos expresaron la importancia del cambio de paradigma y modelo de atención en Salud Mental, sin embargo la crítica surge de otros actores que la consideran como una amenaza al rol de la psiquiatría.

Algunos actores sostienen que la nueva Ley se enmarca dentro de un abordaje interdisciplinario que promueve una concepción integral de salud. Otros, haciendo hincapié en los postulados de la biomedicina y el modelo médico hegemónico, ponderan la figura del psiquiatra. En este sentido las asociaciones que nuclean a los psiquiatras de nuestro país, se han expresado en contra de la promulgación de la Ley sosteniendo que se ataca la legitimidad de la práctica médica y se entorpece el proceso de la misma mediante la implementación de la interdisciplina, dado que es el psiquiatra el único “legalmente capaz” de llevar adelante esta tarea.

Por otro lado, la mayoría de los actores resaltan el enfoque de derechos al que alude la Ley. Este enfoque cuestionaría el concepto de incapacidad del Código Civil, debido al estigma que genera en las personas con padecimiento mental. En esta misma línea, también se plantea la necesidad de repensar el concepto de peligrosidad y los prejuicios que se asocian a la locura. Se expresa, además, que este enfoque vendría a poner fin a la violación de derechos que los usuarios sufren en los manicomios.

En relación a la atención en salud mental, algunos actores expresan que se debería llevar a cabo el cierre y la sustitución definitiva de las instituciones manicomiales como plantea la Ley. En contraposición algunos plantean que habría que modernizarlos sin un cierre definitivo y, en la misma línea, una tercera posición estaría dada por aquellos que sostienen que se deberían crear aún más instituciones psiquiátricas.

Los actores que se manifestaron a favor de la nueva Ley, expresaron que esta sería una oportunidad para prevenir la cronificación de los usuarios, en tanto regularía los tiempos de internación. Con este motivo se la utilizaría como último recurso terapéutico, debiendo mantener los lazos sociales y ser lo más breve posible.

En relación al tipo de hospital en el que se llevaría a cabo la internación, si bien la Ley es clara en plantear que sería en hospitales generales, algunos actores expresan la necesidad de hacerlo en hospitales monovalentes argumentando desde el concepto de peligrosidad para sí mismos o terceros.

Con relación a los trabajadores y profesionales como agentes en la nueva Ley, algunos actores expresaron la falta de capacitación y formación para conducir las instituciones hacia una reforma, mientras que otros hicieron hincapié en la falta de personal actual. También se hizo referencia a la necesidad de una reorientación y aumento del financiamiento para el área de salud mental.

El relevamiento de los medios gráficos ha dejado en evidencia que existe, respecto de la salud mental, dos posiciones bien diferenciadas que remiten a los paradigmas imperantes en relación a la concepción de salud/enfermedad/atención: por un lado, el paradigma biologicista, preponderantemente médico, que sostiene a la figura del psiquiatra como la única capaz de dar respuesta a las problemáticas que se presentan en el campo de la salud mental y que considera a la internación como la única intervención posible. A su vez, mantiene las prácticas manicomiales esgrimidas desde antaño con el argumento de la “peligrosidad”, el que ha servido como excusa para suscribir encierros indefinidos.

Por otro lado, el paradigma de la complejidad, que promueve una concepción integral de la salud de las personas. En este sentido, los actores que se han pronunciado a favor, consideran que la misma promoverá un abordaje integral de la salud desde una perspectiva de derechos.

Los resultados de este relevamiento nos llevan a considerar la promulgación de la Ley como un paso adelante en materia de salud mental. Pero no deja de ser un pequeño primer paso, que deberá tomar impulso para convertirse en un gran cambio. Por un lado la Ley ofrece cambios significativos en materia de derechos humanos y civiles, por el otro, definiciones vagas y puntos débiles, que podrían llevar a confundir patologías mentales con problemas sociales.

Algunos actores, entre ellos los organismos internacionales, han referido en documentos anteriores (CELS, 2007) que las causas de la falta de acceso a un tratamiento adecuado en materia de salud mental, se deben a la falta de políticas o su inadecuación, la carencia de legislaciones o aplicaciones parciales, la insuficiencia de presupuesto destinado a salud mental y su utilización mayormente para sostener prácticas manicomiales. En este sentido consideran fundamental la necesidad de formación de profesionales, la intersectorialidad (entre salud, educación y trabajo, entre otros), y mayor presupuesto en salud mental. Por otro lado, sostienen que los que se oponen a la Ley, no lo hacen sobre evidencias científicas sino ideológicas.

En síntesis, al revitalizarse las políticas mencionadas anteriormente, las cuales hacen énfasis en la responsabilidad social y estatal sobre la efectivización de derechos de ciudadanía social, se generan condiciones para iniciar reformas significativas en el campo de la salud mental. El desafío es como concretar estas transformaciones, con la dificultad de los cambios que

requieren, la ruptura de prácticas instituidas cuyos actores tienden a mantenerlas en función de intereses sectoriales o corporativos.

5. Bibliografía

BELMARTINO, Susana (1999): Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro? Lugar Editorial. Buenos Aires.

BOURDIEU, P; WACQUANT, L. (2008): Una invitación a la sociología reflexiva. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES- CELS (2009): Los contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia. Buenos Aires.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES Y MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNACIONAL (2007): Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires

FOUCAULT, Michel (1967) Historia de la locura en la Época Clásica. Fondo de Cultura Económica, México.

GALENDE, Emiliano (1990) Psicoanálisis y Salud Mental- Para una Crítica de la razón psiquiátrica. Ed. Paidós, Buenos Aires.

----- (1990) Psicoanálisis y Salud Mental. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.

GARCIA, Rolando (1989): Dialéctica de la integración en la Investigación interdisciplinaria. Trabajo presentado en las IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social, Abril, Buenos Aires.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL (Ley 26.657) (2010, 02 de diciembre) Boletín Oficial de la República Argentina, Decreto 1855/2010.

MÉNENDEZ, E. (2004): Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli, H. (compilador). Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires.

OMS/OPS (1990): Declaración de Caracas - Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.

OPS/OMS/ MS/Brazil (2005): Conferencia Regional para la reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas"- Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Brasilia, Brasil, 7 al 9 de noviembre de 2005.

ROVERE, Mario (1993): "Planificación estratégica de Recursos humanos en Salud" Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nro. 96. OPS, Washington.

STOLKINER, Alicia (1994) Tiempos 'Posmodernos': Procesos de Ajuste y Salud Mental. En O. Saidon y P. Troianovsky (Comp.) Políticas en Salud Mental (25-55) Lugar Editorial, Buenos Aires.

----- (2003). Nuevos Enfoques en Salud Mental, Ponencia 14º Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Septiembre, Buenos Aires.

TESTA, Mario (2006): Pensar en Salud. Tendencias en Planificación. Lugar Editorial, Buenos Aires.