

Reflexiones sobre la implementación de políticas públicas en Salud Mental. A treinta años de Caracas y diez de la Ley Nacional Salud Mental.

Marcela Inés Freytes Frey
Directora de la Unidad Académica
de Salud Social y Comunitaria -
Universidad del Chubut.

mifreytesfrey@udc.edu.ar

Introducción

El objetivo de estas reflexiones, es aportar algunos ejes para la necesaria discusión sobre las políticas públicas en salud mental en Argentina. Cerca del aniversario de los treinta años de la Declaración de Caracas, y de los diez años de la promulgación de la Ley Nacional 26.657 (LNSM). Es la intención invitar a pensar sobre la tensión entre el marco normativo que define dichas políticas, su concreción en los planes, programas y acciones y la promoción de la organización de redes de atención de base comunitaria en los distintos territorios y en el atravesamiento de la perspectiva de derechos humanos. Todas cuestiones enunciadas en la Declaración y claramente definidas en la LNSM.

Desarrollo

En el año 1978, en Alma Ata, ya se había postulado a la salud como derecho humano fundamental, asociado a

políticas sociales y de salud integrales. (Alma Ata, 1978). La Declaración de Caracas (1990) a su vez, explicitó la incompatibilidad de una atención centrada en el hospital psiquiátrico con una “atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y respetuosa de los derechos humanos”. En un texto breve pero muy valioso por las definiciones y propuestas, se explicitó la necesidad de articular las estrategias de atención en salud mental con la de atención primaria, y como el eje debe estar en un modelo alternativo que se centre en la comunidad y sus redes sociales. También se destaca la necesidad de revisar críticamente el rol del hospital psiquiátrico; de que el recurso humano se forme en el modelo comunitario y de priorizar los derechos humanos y la vida en la comunidad de las personas con problemáticas de salud mental. Finalmente, se enuncia que estas adecuaciones los países deben incorporar en leyes específicas. (Declaración de Caracas, 1990). A partir de Caracas, la necesidad de legislación en salud mental en nuestra región, fue un tema de agenda promovido por los organismos internacionales en materia de salud, generando un contexto normativo y de estándares de atención a nivel internacional que posibilitó un clima de época propicio para el proceso que implicó llegar a la sanción de la LNSM.

En Argentina el movimiento que articuló SM y DH, fue fundamental para la sanción de la LNSM. Hubo, ade-

más, experiencias que constituyeron antecedentes históricos tanto en materia legislativa como de implementación concreta de modelos alternativos de atención. La más antigua fue la Ley de Salud Mental de Río Negro (1989), a la que posteriormente se le fueron sumando varias provincias (Santa Fe, San Luis, Chubut, Buenos Aires, CABA, entre otras). Leyes que fueron acompañadas de manera muy disímil con procesos de adecuación de los sistemas de atención.

En el período comprendido entre los años 2004 y 2015, el tema de los Derechos Humanos pasa a ser un tema de Estado, por lo que se sancionan varias leyes que implicaron una ampliación de derechos de distintos colectivos que se encontraban en alguna situación de vulneración. La salud mental, entró en esta misma lógica, lo cual permitió que la lucha de los distintos colectivos que acompañaron este proceso, lograra generar suficiente presión para que el tema se incorporara en la agenda pública y tras un camino con varios obstáculos, llegar a la sanción y promulgación de la LNSM. Es notorio como la presión para lograr la Ley tuvo apoyo y acompañamiento desde el campo de los DH, pero una importante resistencia desde lo sanitario y desde ciertas corporaciones profesionales. Resistencia que se concretó en un lobby en contra de la sanción de la Ley.

En este contexto de lucha, el 10 de diciembre de 2010, la presidenta de la Nación promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (26.657). En la misma, entre otras cuestiones, se prohíbe la creación de nuevos hospitales monovalentes, se puntualiza la necesidad de sustitución definitiva de los existentes y se incorporan los principales estándares de atención en salud mental y las normativas de derechos humanos regionales e internacionales, entre ellos, se incorpora explícitamente la Declaración de Caracas. La Ley se logra reglamentar recién en el año 2013, mediante el Decreto 603.

La tensión entre el campo de los derechos humanos y el campo sanitario, atravesó todo el proceso, previo y posterior la LNSM. Si bien la Ley regula prácticas propias del sector salud, la lógica propuesta es intersectorial y el énfasis está en la perspectiva de derechos humanos. Su implementación supone entonces políticas públicas más amplias, que incluyan las sanitarias pero que no se limiten a ese sector. La necesidad de articular respuestas para las problemáticas de las personas con problemáticas de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en un sentido amplio y la necesidad de revisar los modelos de trabajo en el ámbito sanitario en materia de salud mental, son dos cuestiones que se complementan pero que implican procesos diferentes.

Esta tensión acompañó y obstaculizó el trabajo relacionado con el campo de la salud/salud mental.

A este panorama, hay que sumarle la oposición de corporaciones profesionales y el sector privado, especialmente las clínicas privadas cuya ganancia va ligada a sostener y prolongar las internaciones por cuestiones de salud mental incluyendo las adicciones. Las presiones en contra no impidieron la sanción de la LNSM. Ley que hasta el día de hoy se menciona como modelo en términos de Derechos Humanos. Sin embargo, la plena implementación no sólo no se logró, sino que hubo un retroceso importante durante el período 2016-2019. Las fuertes luchas en relación a la ley, son un indicador de los intereses que se están tocando y que están en muchos casos invisibilizados o solapados tras discursos científicos.

A los pocos años de la sanción de la ley, empezó a tomar fuerza la idea de adecuación, pero sin destacar que la misma era con el fin de la sustitución definitiva de los monovalentes. El proceso de cierre y desarrollo de estructuras alternativas implica una transferencia de recursos a los hospitales generales y al desarrollo de dispositivos comunitarios que nunca se lograron. Aún en el caso de los hospitales monovalentes que desarrollaron dispositivos intermedios, los mismos siguieron

dependiendo financieramente del hospital. Paulatinamente se fue disociando lo discursivo y los gestos políticos de la realidad concreta de los efectores tanto del sector público como privado del sistema sanitario. Y nunca se concretó la posibilidad de una articulación intersectorial sostenida para avanzar en programas que posibilitaran el ejercicio real de derechos para el colectivo de personas con problemáticas de salud mental.

La disociación entre lo discursivo y lo práctico permitió sostener una ficción de avance en relación a políticas públicas y programas para la implementación de un modelo alternativo de atención, de base comunitaria y con fuerte anclaje territorial y articulación con la estrategia de APS. Por el contrario, la realidad es que se si bien se redujeron ciertos números de camas en los hospitales monovalentes¹, los mismos continuaron fortalecidos y no se avanzó en el desarrollo de una estructura alternativa de asistencia que permita la sustitución definitiva, adecuada a la lógica de cada territorio. La Ley fue argumento válido para posturas claramente opuestas a nivel de los hechos.

Son los sujetos los que hacen la historia, y ninguna política prescinde de la participación de los sujetos. Portadores de saber que ejercen poder. Historias e implicaciones de cada uno en el proceso político y su contexto.

Estos sujetos a través de sus relaciones y negociaciones van dando vida al proceso de construcción de los discursos políticos. (Souza: 2006) Pero estos discursos, no siempre son complementarios a los procesos de transformación de prácticas y de modificación de los sistemas y de las lógicas institucionales donde toman cuerpo el día a día de las políticas sanitarias.

En el año 2016, con el cambio de orientación política a nivel nacional, los derechos humanos, lo público y las políticas públicas en general y el tema de salud mental en particular sufrió un retroceso muy importante. Profundizando aún más la distancia entre lo discursivo y las prácticas concretas.

A 30 años de Caracas y 10 de la LNSM, y con el nuevo cambio de gestión a nivel nacional, la esperanza de volver a retomar el camino para su plena implementación, con el cierre definitivo de los hospitales monovalentes y el desarrollo de un modelo sustitutivo de base comunitaria, que ponga el eje en generar las condiciones para el ejercicio de una ciudadanía plena de las personas con problemáticas de salud mental, quedó debilitada por la pandemia causada por el COVID-19.

A modo de conclusión abierta

En este contexto de pandemia inédito en el mundo, que también golpea dentro de los monovalentes a las personas allí encerradas², lejos estamos de alcanzar la meta propuesta en el artículo 27 del Decreto Reglamentario de la LNSM: *“La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020”*.

Por el contrario, el país ha tenido un retroceso en sus políticas públicas en materia de salud y de salud mental. Retrocediendo fuertemente en el desarrollo de prácticas, programa, recursos y alternativas de intervención. Esto, en un contexto general de aumento de las desigualdades y pauperización general de la sociedad, lo

cual también impacta en la salud mental de la población. Los cuatro años de retorno a un gobierno neoliberal, generaron la necesidad de sostener posiciones más ligadas a la resistencia que a posibilidades de avance. La pandemia permitió, sin embargo, volver a poner en la agenda pública el tema del cuidado a la salud y a la salud mental. Los efectos de la pandemia nos sitúan en un contexto inédito e incierto, que es nuestro contexto actual de trabajo. Debemos entonces permitirnos pensar juntos, aprender y desaprender, para relanzar el proceso. Muchos son los desafíos y pocas las certezas, pero si es importante redoblar la apuesta y los esfuerzos desde un modelo de salud/salud mental comunitaria, para lograr la plena implementación de la Ley 25657, atravesada por el espíritu de la Declaración de Caracas.



Referencias Bibliográficas

Alcaraz, F. (2020) *Coronavirus en los manicomios: doble encierro y falta de cuidados*. LATFEM (<https://latfem.org/doble-encierro-para-quienes-viven-en-psiQuiatricos-cuarentena-sin-fin/>)

Declaración de Alma Ata (1978)

Declaración de Caracas (1990)

Di Nella (2011) Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo2011). Revista Estado de Situación, Buenos Aires, 2011.

Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y su decreto reglamentario.

Souza, C. (2006) *A Introdução Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre.

Notas

¹ Entre 2001 y mayo de 2011, las camas monovalentes en hospitales psiquiátricos del sector público disminuyeron en un 57,6 % aproximadamente. Hacia mayo de 2011, 15 jurisdicciones poseen instituciones monovalentes de estructura manicomial, 2 no cuentan con camas disponibles para salud mental en los servicios hospitalarios del segundo nivel y 13 no disponen de camas en dispositivos comunitarios. (Di Nella: 2011).

² “Las personas bajo encierro psiquiátrico son un grupo de alto riesgo ante el eventual contagio del Covid-19. En general, son mayores de 65 años, presentan patologías previas (diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias). Y, a la vez, consumen altas dosis de medicación psicofarmacológica. La mayoría de estos tratamientos van deteriorando su salud.” <https://latfem.org/doble-encierro-para-quienes-viven-en-psiQuiatricos-cuarentena-sin-fin/> (20/09/2020).