

Reflexión crítica, sobre los abordajes en salud mental, desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Una aproximación a la provincia de Entre Ríos en relación a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Problematización de la situación de los servicios de salud mental y la internación*

María Fernanda Ferrando

Psicóloga (UNR), Especialista en Salud Mental (RiSAM-Paraná), Magíster en Salud Mental (FTS-UNER). Ministerio de Salud - Gobierno de Entre Ríos

ferrandomariaf@gmail.com

Resumen

El artículo es un recorte y adaptación -es decir, una nueva producción- de una investigación realizada para una tesis de Maestría en Salud Mental (FTS-UNER). Enmarcada en un cambio de paradigma hacia uno respetuoso de derechos en el que se hace posible la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en la Argentina, la apuesta es a una problematización de los servicios de salud mental a través de analizadores críticos como lo son: la conjunción entre locura y pobreza, la pérdida de la identidad social y el concepto de externalización.

El desarrollo toma como insumo, principalmente, la información recabada a través de los tres censos de población internada por motivos de salud mental realizados en la provincia de Entre Ríos, entre 2013 y 2019. Y la problematización apunta a pensar la relación entre la legalidad y las prácticas, entre el marco teórico y la realidad sanitaria, para producir información sobre el proceso de adecuación que se está llevando adelante en el territorio.

Palabras clave: Ley Nacional de Salud Mental - Evaluación de Servicio de Salud - Reforma de sistemas de salud.

Abstract

The article is a cut and adaptation -that is, a new production- of a research carried out for a Master's thesis in Mental Health. Framed in a paradigm shift towards one respectful of rights, in which the sanction of the National Mental Health Law in Argentina becomes possible, the bet is to problematize mental health services through critical analyzers such as they are: the conjunction between madness and poverty, the loss of social identity and the concept of externalization. The development takes as input, mainly, the information collected through the three censuses of the population hospitalized for mental health reasons carried out in the province of Entre Ríos, between 2013 and 2019. And the problematization aims to think about the relationship between legality and practices, between the theoretical framework and the health reality, to produce information on the adaptation process that is being carried out in the territory.

Keywords: National Mental Health Law - Health Services Evaluation - Reform of health systems.

El presente artículo se basa en la información recabada a partir de una investigación evaluativa realizada en la provincia de Entre Ríos, en 2018, en el marco de una tesis de Maestría en Salud Mental

(Facultad de Trabajo Social -UNER). A partir de allí, el objeto que motiva estas líneas tiene que ver con compartir algunos ejes de problematización que se desprenden de la descripción y caracterización, por un lado, de la red sanitaria provincial, y por el otro, de la información relevada a través de los tres censos de población internada por motivos de salud mental, llevados adelante en la provincia, sobre el subsector público y privado de salud. La definición de ambos componentes se vincula entre sí: la configuración de los servicios de salud mental, focalizada en el segundo y tercer nivel de atención, que históricamente han concentrado la demanda y respuesta frente a la problemática de salud mental, por un lado, y por el otro, las personas usuarias de estos servicios; caracterización necesaria para poder tensionar estas particularidades en relación al marco jurídico-normativo que las afecta dentro del Paradigma de Derechos instituyente.

Pensar la relación entre la legalidad y las prácticas, entre el marco teórico que apuesta a una red de servicios integral e integrada y la que se ha logrado instituir hasta este momento, con las particularidades de una población internada de larga data en instituciones monovalentes, es una dimensión que al estudiarla abunda en información sobre el proceso de adecuación que se está llevando adelante en el territorio.

Breve caracterización del sistema sanitario entrerriano

La provincia de Entre Ríos se encuentra dividida en 17 Departamentos y posee una extensión territorial de 78.781 km². Los efectores de salud públicos se encuentran organizados por niveles de complejidad y operativizados principalmente a través de 330 centros de salud (212 provinciales y 118 municipales) y 65 hospitales provinciales, categorizados según capacidad resolutive y especialidad. De estos últimos, 4 son hospitales monovalentes de salud mental, y los 61 hospitales restantes se dividen en: centros de rehabilitación, de tercera edad, pediátrico, materno infantil y generales. De estos 61, 8 cuentan con Servicios de Salud Mental, constituidos formalmente. Los restantes poseen equipos de salud conformados por más de una disciplina de salud mental.

Con esta descripción, groseramente, queda planteada la estructura sanitaria general en lo que respecta al abordaje de las problemáticas de salud mental de la provincia. Seguramente no se agota en este despliegue, no es la intención, sino que el objetivo de la misma es que quien esté leyendo pueda armarse una imagen mental de la organización y que, si bien existen recursos, equipos y dispositivos en el primer nivel de atención, potentes y receptivos de la demanda, la respuesta que

concentra los recursos y está arraigada en el sentido común, sigue siendo hospitalocéntrica.

De allí el recorte del segundo y tercer nivel de atención para este estudio: los 4 hospitales monovalentes (Hospital Escuela de Salud Mental, de Paraná; Hospital Colonia, de Diamante; Hospital Luis Ellerman, de Rosario del Tala; Hospital Raúl Camino de Federal) y los 8 Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales (Hospital Felipe Heras, de Concordia; Hospital Centenario, de Gualeguaychú; Hospital San Antonio, de Gualeguay; Hospital Santa Rosa, de Villaguay; Hospitales San Martín, San Roque y Pascual Palma, de Paraná). Ubicar la particularidad (vetusta) de esta estrategia, introduce nuevamente la problemática que supone sostener una respuesta sanitaria centrada en este nivel, cuando el compromiso asumido por los Estados, críticamente, tiene que ver con considerar la APS como eje ordenador de todo el sistema sanitario.

Según lo dispuesto por la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) y su Decreto Reglamentario (Art. 27), el 2020 era el año considerado límite para la sustitución definitiva en todo el territorio argentino de los dispositivos monovalentes, de acuerdo al Consenso de Panamá, adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental, convocada por la OPS-OMS (2010). En este sentido, Entre Ríos, siendo una de las primeras provincias en formular una ley de salud mental propia (N°

8806, 1994), previa a la ley nacional, en lo que a esta línea de adecuación respecta, se evidencia transitando un proceso todavía inicial. Si bien en cumplimiento al antes mencionado artículo de la ley no se han creado nuevas instituciones monovalentes en el territorio provincial, el cierre de los ya existentes es aún un ideal. Y lo seguirá siendo mientras no se comprometan todos los sectores en abonar a la salud mental de la población.

Caracterización de los modos de organización de los efectores para la recepción de la demanda de salud mental

Para este punto, se relevaron datos de fuentes secundarias como informes emitidos por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud (ER) y hospitalarios disponibles al año 2018, y de fuentes primarias (encuesta¹). Se ordenó la información en dos puntos.

a) *Camas disponibles para internación por motivos de salud mental.* Este número es un indicador complejo de definir ya que al respecto pueden surgir al menos dos posiciones: una que sostiene que, como las problemáticas de salud mental deben abordarse sin discriminación al igual que cualquier otra situación de salud, todas las camas disponibles de un efector, potencialmente, pueden ser para personas usuarias de salud mental; o, por el contrario, considerar la necesidad de destinar camas específicas para salud mental como modo de instaurar

esta práctica (discriminación positiva). La investigación demuestra que este indicador ha ido variando de una posición a otra, sin ser homogénea ni planificada la decisión, sino más bien discrecional según el efector. Existen instituciones que cuentan con una sala específica para internación por motivos de salud mental, o número de camas fijo para este fin, y otras que no presentan esta disposición. En este sentido, por ejemplo, estas últimas no fueron incluidas en el segundo censo (2017) realizado, a pesar de que en Entre Ríos, alrededor del 68% de las internaciones por motivos de salud mental se registran por fuera de esta selección, según la aclaración hecha por la misma unidad ejecutora del estudio.

En cuanto a los efectores monovalentes, entre los años 2008 y 2018, se observa que las camas disponibles, considerando los 4 hospitales públicos de salud mental, mermaron en un 27% (pasaron de 513 a 378 camas); es decir que se procedió al cierre definitivo de 135 plazas, sin discriminar en el informe los motivos que posibilitaron tal cierre, o el destino de estas personas.

En el caso de los hospitales generales con Servicios de Salud Mental que cuentan con camas específicas para internaciones por motivos de salud mental (4), se observaron leves variaciones en ese mismo período de tiempo. En los restantes 4 hospitales generales con Servicio de Salud Mental no se cuenta con camas específicas; se utilizan a demanda las camas disponibles en general.

b) *Modalidades de ingreso a las instituciones por motivos de salud mental y dispositivos de atención de la demanda.* Aquí vale retomar el capítulo V sobre Modalidad de abordaje, donde la LNSM promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Incluso, en su Decreto Reglamentario, en el mismo artículo 8, enuncia que la Autoridad de Aplicación debe diseñar programas tendientes a la conformación de los mismos y que, hasta tanto esto se logre, los recursos existentes deben reorganizarse interdisciplinariamente.

Considerando la información recabada a través de las entrevistas², puede definirse que la mayoría de las instituciones disponen de diferentes modalidades de ingreso para la atención por motivos de salud mental: consulta espontánea, por guardia, por dispositivos instituidos a tal fin y a través de otros equipos y/o instituciones, como son las derivaciones de otros sectores (Justicia) o interconsultas de otros Servicios generales del mismo efector. De este modo, se combinan vías de acceso espontáneas con modos programados, pero no todas estas instancias se llevan a cabo a través de equipos interdisciplinarios. Si bien en las entrevistas grupales, los equipos manifestaron que es el horizonte al que apunta la organización institucional, muchos dispositivos aún son monodiscipli-

nares o, en el mejor de los casos, multidisciplinarios. En cuanto a los dispositivos u ofertas de atención, estas comprenden un abanico diverso de intervenciones que cada equipo construye en función de la demanda de su territorio y/o problemática que se presenta, generando espacios propios entre las y los agentes de salud y las personas usuarias de los servicios de salud mental. Ejemplos de estos son: espacio biblioteca, equipos de intervención comunitaria, talleres con actividades lúdicas y artísticas.

Al igual que la modalidad de guardia, estos espacios distintos a la tradicional respuesta sanitaria (atención disciplinar por consultorio), no son programadas desde el nivel central- ministerial. Tampoco son registradas como prestaciones de los equipos de salud mental en los programas formales de carga de prestaciones de los efectores. Esta circunstancia dificulta la capacidad de gestión y la acción propiamente dicha, quedando siempre la oferta sujeta a la disposición de las trabajadoras y los trabajadores.

La situación descrita evidencia que es a nivel de las microgestiones de las instituciones que se moviliza el avance o se impulsa la implementación efectiva de dispositivos alternativos a la internación frente a situaciones de sufrimientos psíquicos. En todos los casos, para los equipos, la LNSM funciona en su papel preponderante como habilitadora de estas prácticas.

Por último, se evidenció un salto de calidad en la atención en aquellos efectores que han logrado instalar dispositivos de admisión interdisciplinarios, que les han permitido a partir de la cooperación entre las disciplinas, del trabajo horizontal y no piramidal, y de la intencionalidad de una evaluación conjunta, recomendaciones terapéuticas más acordes a las demandas de las situaciones, que menos restringen las libertades de las personas usuarias, haciendo además un uso responsable de los recursos del Estado.

Este salto de calidad puede registrarse, en este estudio, a través de los datos cualitativos que aportan las entrevistas, ya sea a partir de los cambios en la percepción de los equipos como también en la creación de nuevos dispositivos, sustitutivos a las prácticas de encierro. Pero además puede leerse en los indicadores que a continuación se van a destacar, a partir de los censos, sobre las personas internadas por motivos de salud mental: en el número de internaciones, en la disminución del tiempo de internación, en las externaciones efectuadas, en la mejora en la calidad del registro de los datos de las personas internadas y en la gestión de mejores condiciones de habitabilidad.

Problematización de los datos arrojados por los censos a la luz de analizadores críticos

Se tomaron como fuente principal de información

los censos realizados sobre población internada por motivo de salud mental, tanto individualmente por la provincia (2013- 2017) como el llevado a cabo en conjunto con la Nación (2019), para problematizar la información a partir de analizadores críticos, construidos como conceptos bisagra para funcionar en el sentido en que lo propone la corriente de Análisis Institucional: de ser posibilitadores de la articulación entre los procesos de intervención y la teoría sobre estos procesos; es decir, entre el campo de intervención y el campo de análisis (Manero Brito, 2015).

El primer relevamiento se realizó en 2013 sobre los cuatro establecimientos públicos monovalentes. En 2017 se realizó el segundo; la muestra se amplió a todas las instituciones monovalentes y polivalentes, públicas y privadas, con servicio de internación específica en salud mental, pasando de un estudio de 4 a 18 instituciones: 9 privadas (de ellas, 1 polivalente) y 9 públicas (de ellas, 5 polivalentes). Finalmente, en 2019 se llevó a cabo el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM). Se incluyeron solo instituciones públicas y privadas con internación monovalente en salud mental.

A continuación, un cuadro comparativo (ver Tabla 1) respecto de las dimensiones que contempló cada uno de los tres censos y el total de población internada relevada.

A continuación, se propone una lectura posible de los datos:

a) *La conjunción entre locura y pobreza, y las consecuencias en los procesos de internación.* Para el primer año relevado, el total de internados en la provincia en monovalentes públicos fue de 355 mientras que, cuatro años después, el número descendió a 269; el balance fue de 86 internados menos. Pero en 2017 además se amplió la población relevada. De las 661 camas dedicadas a la internación por salud mental, 531 estaban ocupadas. Más del 90 % de la población internada se encontraba en los efectores monovalentes (486 personas).

Para el CNSM de 2019, el total de personas internadas por motivos de salud mental en Entre Ríos fue de 342. El 68% (231) estaban en instituciones públicas y el 32% (111) en privadas. Se observó una disminución del 30% (144) en las internaciones respecto del censo del 2017.

Considerando la variable de ingreso económico, en 2013 se observa que, si bien aproximadamente un 60% (N=355) de la población internada percibe algún ingreso, el 40% de ella no dispone del mismo, siendo que el componente económico es una herramienta indispensable en los procesos de externación, complejizando aún más la situación si se analiza en vinculación al aspecto habitacional y sus dificultades en el acceso. Por otro lado, es mínimo el valor de las fuentes de in-

Tabla 1: Cuadro comparativo de los tres censos realizados en Entre Ríos a personas internadas por motivos de salud mental. 2013-2017-2019

	CENSO 2013/14	CENSO 2017/18	CENSO 2019
Entidad responsable	Dirección de Salud Mental - Min. de Salud de Entre Ríos	Dirección de Salud Mental - Min. de Salud de Entre Ríos	Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, con colaboración de la provincia de ER
Fecha	Relevamiento del dato en 2013	Relevamiento del dato en 2017	Relevamiento del dato en 2019
Instituciones censadas total	4 - el total de los efectores monovalentes públicos de la provincia	17 efectores públicos y privados, monovalentes y polivalentes	9 efectores públicos y privados, monovalentes
Instituciones publicas	4 monovalentes	9 (5 de ellas polivalentes)	4 monovalentes
Instituciones privadas	0	9 (1 de ellas polivalente)	5 monovalentes
Población blanco	El total de las personas internadas en los efectores monovalentes públicos de la provincia	El total de las personas internadas en las instituciones monovalentes y polivalentes, públicas y privadas, con servicio de internación específica en salud mental, incluidas las comunidades terapéuticas	El total de las personas internadas en las instituciones públicas y privadas con internación monovalente en salud mental

Criterio de exclusión	Los efectores privados y los públicos polivalentes	Los efectores polivalentes que no poseen camas específicas de internación destinadas a salud mental	Las instituciones públicas y/o privadas con internación monovalente únicamente para abordaje en adicciones, instituciones públicas o privadas con internación en salud mental o adicciones que incluyan otras modalidades de internación (hospitales generales o polivalentes), instituciones monovalentes en salud mental y/o psiquiatría ambulatorias que no cuenten con internación, hogares o instituciones residenciales
Variables / Dimensiones	1) Indicadores sociodemográficos: Género y edad, Identidad, Estado civil, Departamento y provincia de origen, Ingreso económico, Cobertura de salud 2) Características de la internación: años de internación, Diagnóstico, Procesos de externación	1) Caracterización de la población: género y edad, DNI, estado civil, nivel educativo, ingresos económicos, cobertura de salud, lugar de residencia 2) Características de la internación: lugar de ocurrencia de la internación, tiempo de internación, diagnósticos, posibilidad de alta, posibilidad y obstáculos para la externación, referentes familiares o comunitarios	1) Caracterización socio-demográfica 2) Caracterización de la internación
Instrumento	Encuesta mediante planilla excel	Encuesta enviada por correo electrónico	Encuesta aplicada de manera presencial, en entrevista a personas usuarias y equipos de salud
Total personas int.	355	531	342

Fuente: elaboración propia para el presente artículo

greso derivadas de un empleo formal, predominando la cobertura del Estado, cuyo monto mayormente se encuentran por debajo de la línea de pobreza e indigencia.

En 2017, el 87% (N=531) de la población internada es económicamente inactiva. Solamente un 1,88% es referido como trabajador activo (asalariado). En la población de los monovalentes públicos, el ingreso por pensión alcanza el 73%, mientras que en los monovalentes privados, es del 20%. Esto evidencia que la mayoría de las personas económicamente activas reciben atención en instituciones privadas. También es importante mencionar que en este año aumentan valores referentes a ingreso económico y cobertura de salud debido a que en 2013 predominaba el desconocimiento del dato.

Para el año 2019, sólo el 9% (N=342) de las personas internadas realiza alguna labor remunerada que puede continuar en caso de externación. El 63% tiene ingresos económicos, pero no los administra; el 12% si los administra, y el resto no tiene.

En cuanto a la cobertura de salud, en 2019, el 49,42% posee obra social, el 21,93% un programa o plan estatal y el 19,88% no tiene ninguna de estas. Sólo el 30% de las personas internadas en los monovalentes públicos tenían obra social, en el subsector privado ese valor alcanza el 89%. Otra referencia es al nivel educativo. En 2013 no fue considerada esta variable. En 2017 se des-

taca el desconocimiento de la misma en 107 personas (N=531); en los monovalentes públicos se desconoce este dato en el 35% de su población, en el 21% en los polivalentes públicos y en 1% en los efectores privados. Del total de la población sobre la que sí se conoce el dato, el 78% (N=424) no alcanza el nivel educativo obligatorio. Lo que es más significativo es que el 70,5 % de las personas analfabetas se encuentran en los hospitales monovalentes públicos y los niveles más altos de instrucción se localizan en los establecimientos privados.

Para el año 2019, el 63% (N=342) de las personas internadas contestó saber leer y escribir. El máximo nivel educativo alcanzado fue primario en el 47,66%, secundario en el 18,71% y superior/universitario en el 5,75% de las personas.

Entonces, por un lado, podría pensarse que los padecimientos psíquicos influyen en el desarrollo académico de las personas que los sufren, pero también podría cuestionarse si las estructuras de enseñanza-aprendizaje contemplan las diferentes trayectorias educacionales y si se dan estrategias de inclusión suficientes.

Queda plasmado que el acceso a cobertura de salud por obra social o prepaga y, por tanto, al subsector privado, evidencia que los padecimientos mentales y el nivel de instrucción se relacionan en función del factor económico. Dicho de otro modo, no se observa una relación lineal entre padecimiento mental y nivel

educativo, de lo contrario el porcentaje de personas analfabetas se distribuiría de manera similar, independientemente del subsistema de salud donde se atiende.

Diferente es la comparación que se puede hacer entre el porcentaje de analfabetismo sobre la población de la provincia (según censo 2010), que es de 2,1% contra el 16,7% de la población internada. Esto es ilustrativo de una situación claramente desfavorable y sobre la que urge trabajar.

Al analizar el porcentaje de personas según años de internación, en 2013, un 43% (N=355) tenía hasta 5 años y un 24% más de 20 años. En 2017 (N=531) se evidencia una mediana de 3,5 años, con una variabilidad entre 16 días y 20.213 días (55 años y medio). Queda expuesto en los informes que la mediana de los hospitales públicos monovalentes, en comparación con el de las otras instituciones, sobresale por su alto valor. Para el 2019 (N=342), la mediana de años de internación fue de 7,5 años, con un mínimo de un mes y un máximo de 50 años. En el público la mediana fue de 9,66 años y en el privado 3,62 años.

En una lectura más fina, los polivalentes públicos y privados y los monovalentes privados presentan una composición porcentual decreciente a medida que los intervalos de tiempo son más largos. Mientras los polivalentes privados presentan un 100% de internaciones menores a 1 año, las instituciones públicas monovalen-

tes presentan la tendencia inversa (composición porcentual creciente a medida que crecen los intervalos de tiempo).

Estas consideraciones respecto al número de personas internadas y a las características en cuanto a nivel educativo, ingreso económico y cobertura de salud, en relación a los años cursados de internación, dan cuenta de las diferencias con las que transcurren las vidas de estas personas en función del factor económico como variable de mayor incidencia, impactando directamente en la duración de sus internaciones, las posibilidades de obtener el alta y sostener la externación.

A través de los sucesivos censos se evidencia una disminución del número neto de personas internadas, lo cual no impacta de manera preponderante en las personas que cursan internaciones prolongadas. Por tanto, se observa que no se ha avanzado cuantitativamente de manera significativa en los procesos de externación de las personas usuarias internadas de larga data. Por el contrario, sí se encuentra una disminución en los tiempos de internación de los nuevos ingresos.

Frente a estos datos, retorna aquella imbricación que advertía Basaglia en sus conferencias en Brasil, dando cuenta de la conjunción entre locura y pobreza. El referente sostenía que “cuando un enfermo debe ser dado de alta del hospital, se pone en evidencia, sobre todo, que el problema principal no es la enfermedad,

sino la miseria” (Basaglia, 1979: 179). Esta representación del loco y pobre se hace evidente en las comparaciones entre población internada en instituciones públicas y privadas; aquellas personas que cursan más de 20 años de internación lo hacen en su mayoría en el monovalente público. Por el contrario, cuanto más cerca del subsector privado y de la atención polivalente, menor es el tiempo de internación. Queda claro que quienes acceden a la atención en el monovalente público por carecer de cobertura de salud prepaga u obra social, son quienes menor ingreso económico soportan y quienes, correlativamente, no lograron alcanzar un alto nivel de instrucción educativa y por tanto su acceso al mundo laboral también es precario. Esa conjunción de condiciones indudablemente es un factor de riesgo. Esto no quiere decir que la atención en los monovalentes públicos sea de mala calidad, sino que la población que allí se aloja es altamente vulnerable en cuanto a condiciones materiales de existencia y, por tanto, se dificulta la salida de la institución.

La enfermedad del pobre se vuelve crónica, la enfermedad del rico tiene una evolución más benigna. No es que haya un virus distinto para las dos enfermedades, lo que sucede es que la evolución clínica se manifiesta de manera distinta porque el contexto social en el cual vive la

persona es diferente. El rico tiene la posibilidad de afrontar el problema, las molestias de la enfermedad, el pobre no. (Basaglia, 1979: 179)

b) *El encierro como productor de una subjetividad particular. Pérdida de la identidad social* Se abre este eje citando a Galende (2008), quien comparte una pregunta: “¿Ustedes se dan cuenta qué razonamiento pudo tener la psiquiatría para poner un dispositivo al que quiso llamar terapéutico, que consiste justamente en privar a estas personas de todo lazo social? Es como ayudar a la enfermedad a lograr su objetivo de destrucción” (p. 408).

Considerando esta formulación y poniéndola a jugar con aquello que situaba Goffman (1972) respecto a las instituciones totales, vale preguntarse cómo la institución va produciendo un tipo particular de subjetividad en aquellas personas cuyas vidas transcurren dentro de sus límites. Estas personas, que llevan años dentro de los hospicios se convierten, por los efectos de esa experiencia, en productos de la institución. No se percibe ya ni a la persona ni a la enfermedad que la llevó al hospital; se ve una personalidad institucionalizada, reproductora de los modos de hacer y decir de la institución (Galende, 2008). Esta reconstrucción, de un nuevo estilo de vida, va inhabilitando a estas personas en condición de internación para vivir por fuera

del hospital. En relación a esta posición es la invitación a leer los datos sobre género, edad, estado civil, lugar de residencia y diagnóstico, a fin de evidenciar características y condiciones de la población en contexto de internación, constitutivas de su identidad social.

Respecto al estado civil, en 2013, el mayor valor lo lleva el desconocimiento del dato. El segundo valor más alto es del estado soltero/a. Particularmente significativa es la situación informada por dos efectores: uno que no conoce el dato en ningún caso, y otro con la totalidad en condición de solteras/os. Ambas situaciones suscitan la pregunta respecto a las características de las entrevistas que se sostienen, las particularidades del abordaje y la importancia atribuida a los lazos sociales, indispensables al momento de proyectar procesos de externación.

En 2017, el 75% (N=531) de las personas están solteras. Sólo el 4% se encuentra casada o en convivencia. Para tener una referencia, según el censo de 2010 de población general de la provincia, un 57% se informó como casado o en convivencia.

En este punto, se introduce una problematización respecto a la relación entre estado civil y salud mental. La pregunta es si los padecimientos mentales producen dificultades en el lazo social y, por tanto, aquellas personas que cursan internación no han podido sostener un proyecto de pareja, o si es ese proyecto de pareja el

que se ha visto fracasado por las condiciones de internación que, en su mayoría, exceden el año.

Respecto a la tenencia de DNI, en 2019, el 94,15% (N=531) de las personas refirieron poseer, pero sólo el 11% (36) lo tenía en su poder. En este año se registraron dos disminuciones: la que tiene que ver con el número de personas sin DNI y aquella en relación a los “sin datos”, lo cual evidencia un trabajo en vías a la garantía de derechos en general, y al de la identidad en particular. Si se relaciona el lugar de residencia y el lugar de ocurrencia de la internación a fin de observar en qué medida la atención se da en el lugar de pertenencia de las personas usuarias (Art. 7, 14 y 30, LNSM), el resultado es que, en 2017, el 87% (N=531) de las personas internadas son de la provincia. Pero, de los extranjeros, casi el 90% se encontraban en un mismo monovalente privado (Comunidad Terapéutica); institución que fue clausurada por el Ministerio de Salud en 2021.

Luego, para afinar la información sobre el grado de territorialidad de las prestaciones, se realizó una distribución porcentual por Departamento de origen de las personas internadas según establecimiento, lo cual arrojó el siguiente dato: excepto en un monovalente, en el resto de los establecimientos predomina la tendencia de población internada originaria de la jurisdicción o cercanías. Para 2019, datos similares.

A través de los censos, el promedio de edad de las personas sigue siendo de 50 años aproximadamente; la mitad de ellos con más de 10 años de institucionalización. Prevalcen los varones sobre las mujeres (no es un detalle menor que uno de los monovalentes sólo interna varones). Además, se evidencia que en los monovalentes públicos la mayoría de los internados tienen entre 5 y 25 años de internación; se excede ampliamente los tiempos previstos por la LNSM. Y los motivos prevalentes de las mismas son esquizofrenia y retraso mental.

Ya que hablamos de diagnósticos se hace evidente la necesaria revisión de los modos de consignar los sufrimientos psíquicos en función de unificar criterios que permitan el tratamiento de los datos en términos epidemiológicos. En conjunto con esto, revisar los procedimientos estadísticos de cada efector para posibilitar el correcto registro de problemáticas como los consumos, las violencias, incluidas allí las autolesiones.

El problema que se presenta, correlativo a las variables del apartado anterior, es la recuperación de la identidad de estas personas, que se encuentran en condiciones de encierro durante largo tiempo, y que por eso se convierten en sujetos anónimos. Como sostiene Galende (2008), la identidad social se construye a partir de indicadores básicos como el oficio/trabajo, la filiación (los lazos afectivos con otras personas) y el terri-

torio de pertenencia. Las personas institucionalizadas, con el correr del encierro, comienzan a perder estos tres componentes, tanto que incluso, como se observa en los censos, ni los propios equipos los registran. Y este es el deterioro que se evidencia en las personas que cursan internaciones prolongadas. Como sostiene Galende (2008), “el deterioro psíquico del paciente es a la vez, siempre, el deterioro de su capacidad de vivir en sociedad” (p. 415).

Estas cuestiones, que hacen a la identidad social de cada persona que se acerca a un efector de salud, son de imprescindible consideración frente a un primer ingreso hospitalario, frente a la decisión de una internación; la pregunta sería cómo inmediatamente comenzar a trabajar para que esa persona pueda sostener las estructuras que le otorgan pertenencia social como estrategia privilegiada de prevención de la institucionalización; tan difícil luego de revertir.

c) *El concepto de externación.* La sustitución del manicomio es una obligación asumida por el Estado argentino. Para el logro de este objetivo, es primeramente necesario generar movimientos en la línea de la desmanicomialización; abrir y salir para poder cerrar, y es dentro de estas estrategias que se ubican los procesos de externación; punto que plantea severas dificultades en las situaciones de personas con largos períodos de internación, por los motivos antes expuestos en los apar-

tados a y b, ya que, al momento de vivir en comunidad, se constituyen en obstáculos.

En este marco es fundamental aclarar algunos términos a fin de que los procesos que se suponen reparatorios de derechos no se transformen en vulneratorios, como el caso de la expulsión compulsiva de personas usuarias y/o la transinstitucionalización de las mismas. El CELS (2015) define externación como “un proceso de restitución de derechos, des-institucionalizador, que revierte los daños generados por la manicomialización, y en el que la vuelta a la comunidad implica una reincorporación a una vida digna, libre y en comunidad” (pp. 92-93). En función de esto se problematizaron las variables correspondientes a posibilidades de alta y externación, relevadas recién a partir de 2017.

En ese año se desconoció el dato en un 29% (N=531) de la población. En quienes se reconoce la no posibilidad de alta (31%), la mayoría se encuentra en los monovalentes privados y la población restante en los públicos. Es decir, más de la mitad de las personas internadas en los efectores privados monovalentes no tienen posibilidad de alta, más de la mitad de los internados en los públicos monovalentes si la tienen.

Se evidencia, además, una relación proporcionalmente inversa entre la duración de la internación y la posibilidad de externación, tensión que ya se venía anticipando en los desarrollos anteriores, por lo que se

concluye que a medida que se prolonga la internación aumentan las probabilidades de que se desconozca, que se dificulte o que no se considere posible la externación.

De las situaciones donde se considera posible la externación (40%), en más del 90% se desconoció el obstáculo por el que no se estaba llevando a cabo. Para las internaciones en las que se consideró que no había posibilidad de externación, los obstáculos fueron vincular (50%) y múltiple (40%). De las 111 personas sin posibilidad de externación a causa de problemas vinculares, el 92% lleva más de un año internada. De las 29 personas informadas como sin posibilidad de externación por una situación de riesgo para sí o para otros, 22 personas llevan una internación que supera el año.

Considerando como aspecto fundamental para el logro de externaciones sustentables la existencia de referentes vinculares, es importante valorar que de la totalidad de la población estudiada, el 70% (N=531) posee algún tipo de referencia, ya sea familiar o comunitaria.

En 2019, al relevarse los motivos de la continuidad de internación, en el 48,54% (N=342) de las situaciones fue por problemática social o de vivienda, y el 25,73% por presentar riesgo cierto e inminente. En las instituciones públicas prevalecen los primeros y en las privadas, el segundo. Esta consideración, respecto a la diferencia en el sostenimiento de las internaciones en instituciones públicas y privadas, refuerza que el encie-

rro se perpetúa por la conjunción entre locura y pobreza.

Y no sólo las condiciones de inequidad social perpetúan las internaciones. Es alarmante que en 2017 se desconozca el dato general en el 30% de la población, y que en la mayoría de los casos de las personas internadas con posibilidades de externación, se desconozca el elemento obstaculizador. Este desconocimiento se constituye en sí mismo en un obstáculo y evidencia una vulneración de derecho por parte del sistema de salud.

Conclusiones

Si la pregunta tiene que ver con cuántas personas tienen criterio de internación en un hospital monovalente, la respuesta espontánea debe ser ninguna. No hay criterios para internar en un efector monovalente de salud mental si acordamos -marco legislativo mediante- que las instituciones de este tipo no tienen razón saludable de existencia. Más allá del trato humanizado [lo humanizado puede ser el vínculo porque “no es posible la humanización del manicomio, estructura para objetos deshumanizados” (Evaristo, 2000: 23)] que se pueda brindar a las personas usuarias, y de las mejores intenciones de los equipos y gestores, instituciones que segregan, que estigmatizan, que tienden a tornarse totalizantes, ponen en riesgo la dignidad de la vida de

los sujetos (Basaglia, 1979; Amarante, 2009; Goffman, 1972; CELS, 2007).

Los sucesivos estudios realizados en Entre Ríos dejan en evidencia que mientras exista una cama disponible en un monovalente, existirá la demanda. Prueba de ello es que en aquellos Departamentos donde no hay instituciones monovalentes de salud mental, las internaciones se realizan en los hospitales generales y por tanto la duración de las mismas es mucho menor (porque parece que allí no es una opción que el hospicio sea un lugar para vivir). Entonces, la no accesibilidad a un efector monovalente, ¿se convierte en un factor protector?

En este nuevo paradigma de atención en salud/ salud mental se considera que el principal motivo legítimo para sostener una internación es la presencia de riesgo cierto e inminente. Al mismo tiempo, puede pensarse que es el principal legítimo obstáculo para una externación. Sin embargo, la baja participación de esta categoría en los obstáculos referidos en los relevamientos ilustra una situación que no se condice con el artículo 15° y 18° de la LNSM. Esto evidencia la necesidad de transformar las prácticas en lo que, a tiempos, motivos de internación y procesos de externación se refiere. En este sentido, se subraya también la importancia de profundizar el trabajo intersectorial desde los distintos niveles ministeriales para generar respuestas adecuadas

-complejas- a esta problemática. Es fundamental reconocer la imposibilidad del área salud de poder garantizar el acceso a todos los derechos; se hace imprescindible diseñar estrategias singulares que no pueden ser intersectoriales e interinstitucionales (Cunill-Grau, 2014; Suárez, 1993).

En cuanto al número neto de personas internadas por motivos de salud mental, en el transcurso de los censos se evidencia un descenso, y en algunos casos además se demuestra una mejora en el conocimiento que se tiene sobre la situación integral; aun así, los datos arrojados siguen siendo significativos. Se releva como un obstáculo importante tanto para la práctica clínica como para la gestión de políticas públicas, el déficit en los sistemas de registro e información, pero también su correlato, que son las prácticas que no subjetivan los sufrimientos. En el significativamente alto porcentaje de respuestas “sin datos” se evidencian tanto las unas como las otras.

Alarma la alta tasa de internaciones que se sostienen por problemáticas sociales, vinculares y/o de vivienda, lo cual no es prevalente en las instituciones privadas, sino que es una característica de la población internada en el subsistema público. Estas personas no sólo no tienen acceso a una vivienda digna, sino que tampoco a un trabajo rentado y/o a niveles de formación educativa que les permita, a su vez, acceso al mundo laboral y a

una vivienda digna. Son problemas socio-económicos que padecen mucho más que su diagnóstico de salud, que profundizan el sufrimiento psíquico y que la institucionalización cristaliza. Llegado un momento de la evaluación no es posible saber qué causó cuál situación primero.

La diferencia entre la población de los efectores del subsector privado respecto a la de los públicos, muestra a las claras la inequidad social y la injusticia de un sistema que en vez de dignificar la vida generando oportunidades, encierra y excluye (CELS, 2007).

Respecto a la consignación de diagnósticos, se evidencian dificultades para unificar criterios. En las internaciones de larga data, ¿cómo sabemos de qué padecen las personas encerradas? Como sostiene Galende (2008), “las personas que están en el manicomio cinco, diez, quince años, no son más énfmeros de enfermedad ; son énfmeros de institución ” (p. 106).

Por lo tanto, no sólo existe el problema de cómo reemplazar a las instituciones monovalentes sino, a la vez, cómo reparar los daños subjetivos y sociales de la institucionalización, la cual tiene efectos duraderos que se prolongan más allá de que luego la persona esté viviendo por fuera de los muros del hospicio. “Desinstitucionalizar es lograr estos cambios en la subjetividad que permitan que estas personas recuperen capacidades

sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital” (Galende, 2008: 410).

La externación implica pensar en procesos complejos, que presentan limitaciones de diversos órdenes: insuficiencia de recurso humano, de formación, insuficiencia de recursos materiales, dificultad de revertir situaciones de marcada cronicidad que han significado un detrimento notorio de la capacidad de autonomía y vinculación de las personas internadas, escaso desarrollo de una red de atención de base territorial, escaso avance cultural en relación a transformar la mirada social hacia la persona con padecimiento mental. Sigue prevaleciendo en nuestras comunidades, instituciones y decisores políticos, la concepción asilar manicomial de tutelaje como respuesta a los sufrimientos psíquicos. “El cambio epistemológico requiere también cambios en los modos en que construimos el imaginario social, no hay posibilidades de desmanicomializar si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan un proceso así” (Galende, 2008: 413).

Bibliografía

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía, 2009.

Basaglia, F. (1979). *La condena de ser pobre y loco. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Editorial Topía, 2009.

Centro de Estudios Legales y Sociales (2008). *Vidas arrasadas: la segregación en los asilos psiquiátricos argentinos*. Disponible en www.cels.org.ar/web/publicaciones/vidas-arrasadas-la-segregacion-de-las-personas-en-los-asilos-psiquiatricos-argentinos/

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*. XXIII (1).

Decreto Reglamentario N° 603 de la Ley N° 26.657. (2013). Presidencia de la Nación Argentina.

Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. (2015). Estadísticas vitales. Información básica. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

Dirección de Estadísticas y Censo de Entre Ríos. (2010). Censo 2010. <https://www.entrerios.gov.ar/dgec/>

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2014). Informe personas internadas en Hospitales Monovalentes.

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2018). Informe sobre personas internadas en los servicios de salud mental con internación.

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2019). Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental: Resultados de la provincia de Entre Ríos.

Dirección de Salud Mental y Adicciones de Entre Ríos. (2019). Informe técnico de Sala de Situación en Salud Mental.

Dirección de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de Entre Ríos. (2018). Estudio sobre egresos hospitalarios.

Ferrando, M. F. (2022). Evaluación del estado de adecuación de las instituciones del subsector público de salud de la provincia de Entre Ríos a la Ley Nacional de Salud Mental. Estudio evaluativo. 2018. Maestría en Salud Mental, FTS UNER.

Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis*, Vol. XXX. N° 2/3, pp. 395-427. Disponible en: <https://www.psicoanalisisa-pdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf>

Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Ley 8.806 de enfermedades mentales. (1994). Poder Judicial de Entre Ríos. Boletín Oficial 14/7/94. <http://www.jusentrieros.gov.ar/biblioteca/ley-8-806-b-o-140794-enfermedades-mentales>

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. (2010). Presidencia de la Nación Argentina.

Manero Brito, R. (2015). El analizador y el sentido del análisis. Génesis teórica del concepto. *ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES* (ISSN 1886-6530) www.area3.org.es N°

19. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-analizador-RManero.pdf>

Ministerio de Salud de Entre Ríos. Departamento de Bioestadística (2016). Boletín Hospitalario.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina.* 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). Primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de salud mental. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Pascuale, E. (2000). *Psiquiatría y salud mental.* Asterios Delithanassis Editore.

Suarez, J. (1993). Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. *Educación médica y salud*, 27(1).

Notas

1) Se aplicaron 12 encuestas institucionales, una por efector, de manera virtual, durante el año 2018.

2) Se realizaron 16 entrevistas grupales semi-estructuradas, que comprendieron a un total de 67 trabajadoras y trabajadores, durante el año 2018.

