



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Licenciatura en Psicología

TESIS DE GRADO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“La implementación de la Ley N° 26.657 en
hospitales generales de Mendoza y su
implicancia en las prácticas en Salud Mental.”**

Tesista: Victoria Lopez Iannizzotto

Directora: Mgter. Carolina Chacón

Mendoza, noviembre de 2019

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal examinador

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Mgter. Carolina Chacón.

Calificación:

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, que me apoya y acompaña incondicionalmente.

A mi directora, Mgter. Carolina Chacón, por su predisposición, por guiarme y acompañarme en este trabajo.

A todos los participantes de la investigación que sin ellos este trabajo no hubiese sido posible.

A todos los que estuvieron en este proceso, que de alguna manera me ayudaron, acompañaron e hicieron de su transitar un aprendizaje constante.

¡MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN

Este trabajo de investigación cualitativa, toma como eje general la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, donde se incorporan nuevas concepciones con respecto a la salud y se establece un cambio de paradigma orientado a la Salud Comunitaria.

La investigación tuvo como principal objetivo conocer la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental en hospitales generales. Se exploraron las implicancias de la Ley en el funcionamiento de cuatro hospitales generales de Mendoza y cómo impacta este proceso de Desmanicomialización planteado por la Ley de Salud Mental en los dispositivos y prácticas de estas instituciones.

A partir de entrevistas semiestructuradas a profesionales de los servicios de Salud Mental de los distintos hospitales, se buscó conocer cuáles han sido las transformaciones en esta transición a un nuevo paradigma comunitario, describir las modalidades de atención y los dispositivos de Salud Mental con los que cuentan dentro de los hospitales y explorar las internaciones de Salud Mental. Por último, se intenta visualizar aquellos facilitadores y obstáculos que se encontraron ante la implementación de la Ley N°26.657/10.

Se espera que el presente trabajo pueda aportar una herramienta de reflexión y crítica que impulse a generar espacios para fortalecer la formación y las prácticas de quienes se desempeñan en salud mental.

Palabras clave: Salud Pública, Salud Mental, Ley N° 26.657, Hospitales Generales, Desmanicomialización, Paradigma Comunitario

ABSTRACT

This qualitative research has taken as a general axis the National Mental Health Law N° 26.657/10, that it has incorporated new concepts regarding health and has established a change of paradigm aimed at Community Health.

The main objective of the research was to know the current status of the implementation of the Mental Health Law in general hospitals. The implications of the law on the performance of four general hospital in Mendoza were explored and how it impacts this process of desinstitutionalization raised by the Mental Health Law in the devices and practices of these institutions.

From the semi-structured interviews with professionals from the different mental health services of each hospital, we tried to know what had been the changes in this transition to a new community paradigm. Pretending to describe the types of care and mental health facilities at their disposal within hospitals and explore mental health hospitalizations.

Finally, we try to visualize those facilitators and obstacles encountered with the implementation of the Law N° 26.657/10. We hoped that this paper can provide a tool for reflection and critical boost to create opportunities to strengthen the training and practices of those working in mental health.

Key words: Public Health, Mental Health, Law N° 26.657, Generals Hospitals, “Desmanicomialización”, Community Paradigm

ÍNDICE

HOJA DE EVALUACIÓN	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
ÍNDICE	7
INTRODUCCIÓN	9
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	10
CAPÍTULO I: RECORRIDO HISTÓRICO POR LA SALUD MENTAL	11
1.1 La locura y su conceptualización a través del tiempo	12
1.2 El manicomio y su historia	16
1.3 La Salud Mental en Argentina	18
CAPÍTULO II: DESMANICOMIALIZACIÓN Y NUEVOS PARADIGMAS	24
CAPÍTULO III: LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Nº 26.657/10	31
3.1 Normativas Internacionales en Salud Mental	32
3.2 Legislación en Argentina	40
3.3 La sanción de la Ley	42
3.3.1 Derecho Humanos e Inclusión Social	43
I. Capacidad Jurídica	45
II. Adicciones	46
3.3.2 Modalidades de Atención y Dispositivos Alternativos al Hospital Monovalente	47
I. Interdisciplina e intersectorialidad	47
II. Internación y Dispositivos sustitutos del monovalente	49
3.3.3 Reglamentación	52

I. Autoridad de Aplicación	52
II. Órgano de Revisión	52
III. Disposiciones Reglamentarias	53
IV. Decreto Reglamentario N° 603/13	54
3.3.4 Implementación y Resistencias	54
SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	57
CAPÍTULO IV: ASPECTOS METODOLÓGICOS	58
1. Objetivos del trabajo	59
2. Preguntas de investigación	59
3. Enfoque	60
4. Tipo de estudio	60
5. Alcance de la Investigación	60
6. Diseño de la Investigación	61
7. Instrumentos de investigación	61
8. Muestra	62
9. Procedimiento	63
10. Análisis de los datos	64
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	68
EJE I: Descripción del ambiente	69
EJE II: Transformaciones	79
EJE III: Modalidades de atención	82
EJE IV: Internaciones	87
EJE V: Facilitadores y Obstáculos de la Implementación de la Ley N° 26.657 en hospitales generales	92
CONCLUSIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	117
I. Guion de Entrevista	118
II. Consentimiento Informado	121
III. Bitácora de campo	122

INTRODUCCIÓN

A casi 10 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, surge el interés por investigar las implicancias de la Ley y sus repercusiones en los hospitales generales de Mendoza.

La propuesta de este trabajo nace debido a que los hospitales generales ocupan un lugar primordial en la Ley, respecto al proceso de Desmanicomialización y al cambio paradigmático planteado en la misma, reflejado en el énfasis en las internaciones y las modalidades de abordaje.

En esta investigación se hace hincapié en conocer la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental en distintos hospitales generales en Mendoza. Se explorará cuáles han sido las transformaciones dentro de los hospitales y cómo este ha impactado en el funcionamiento de los diferentes dispositivos de Salud Mental.

Se considera esta investigación un espacio reflexivo sobre el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, de su papel como principal dispositivo de atención de los padecimientos mentales. Es por esto, que pareció necesario realizar en primer lugar un recorrido histórico que diera cuenta de los diferentes paradigmas y acepciones que ha tenido la Salud Mental y sus instituciones a lo largo del tiempo, confluyendo en el surgimiento del movimiento Desmanicomializador que deviene en la Ley.

Al tener como principal eje conductor una legislación nacional, se intenta dar a conocer las políticas de estado en materia de salud, las normativas internacionales y legislaciones que marcaron los lineamientos de la misma.

Se considera que el valor de la investigación reside en la búsqueda de información necesaria para una plena implementación de la Ley de Salud Mental y así asegurar los derechos a la protección de la salud mental de todas las personas.

Con respecto a la formación de los profesionales, se busca mediante este trabajo generar un aporte a las diferentes disciplinas de la salud involucradas acorde a los principios, políticas y dispositivos que se descubran a través del mismo.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

UN RECORRIDO POR LA SALUD MENTAL

CÁPITULO 1: UN RECORRIDO POR LA SALUD MENTAL

1.1 La locura y su conceptualización a través del tiempo

Se hará en esta investigación un breve repaso sobre las diferentes acepciones y causas que se le fueron adjudicando a la noción salud/enfermedad mental a lo largo de la historia.

Desde la época clásica hasta la actualidad, la Salud Mental se ha visto inmersa en numerosos cambios de paradigmas. Lo que es definido como salud o enfermedad ha ido evolucionando históricamente dependiendo del contexto socio-histórico de la época.

Es posible identificar en cada época un concepto diferente sobre la locura. Durante la época antigua, el mundo era concebido por el ser humano desde lo sobrenatural, por lo tanto, la explicación que se daba a todos los fenómenos, incluidas las enfermedades, se hacían desde ese lugar.

En la era pre-hipocrática, se destaca una concepción mágica-religiosa, tomando a la salud como una bendición y a la enfermedad como un castigo divino. La actividad médica de la época se caracterizaba por el quehacer curativo basado en rituales vinculados a lo mágico y lo religioso.

Tal como lo dice Sampayo (2005) en su escrito:

Así, el hombre primitivo atribuía las causas de su padecer físico o mental a una influencia maligna, ya sea de otros hombres o de seres sobrenaturales. En el año 1000 a.c. los comportamientos extraños del enfermo mental eran atribuidos al castigo de los dioses. En la Antigua Grecia, se construían templos en lugares sagrados y su espíritu actuaba sobre el cuerpo del enfermo mental quien dormía dentro de estos. (p.11)

Bajo este contexto, fue que Hipócrates desarrolló una medicina técnica, basada en la razón y en la experiencia. La salud comienza a considerarse como un estado natural, como un bienpreciado y a la enfermedad como un desequilibrio, una desviación de la norma.

Esta interpretación naturalista de las enfermedades mentales se inicia en Grecia hacia el siglo V a.C. al extenderse la teoría humoralista de la enfermedad a los problemas o manifestaciones mentales. Es a partir de esta teoría que se ubica al cerebro como el lugar específico donde son causadas las enfermedades mentales (Salaverry, 2012).

La interpretación somatista de la enfermedad se enfrentó a la interpretación hegemónica que había regido hasta el momento de la posesión demoníaca. En Salaverry (2012), encontramos que:

En el Corpus Hippocraticum, es decir el conjunto de escritos que la antigüedad atribuía a Hipócrates, se encuentra un breve tratado dedicado al tema (Sobre la enfermedad sagrada) el cual inicia con el siguiente enunciado: A propósito de la llamada enfermedad sagrada, he aquí lo que ocurre: me parece que no es en modo alguno más divino ni más sagrado que las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. Pero los hombres creyeron que su causa era divina por ignorancia o por el carácter maravilloso de la dolencia, que no se parece en nada a otras enfermedades. (párr. 6)

Fue Galeno (130 – 200 a.C.), el que hizo el mayor aporte a la salud mental en esta época. Siendo quien realizó una clasificación de los trastornos de la psique y les dio a las enfermedades mentales un lugar a nivel orgánico, pudiendo dividir las en causas orgánicas o mentales; y sostuvo que la salud anímica depende del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma.

Durante la Edad Media, la iglesia católica tuvo un gran crecimiento en Europa e influyó a las explicaciones sobre las enfermedades mentales de la época, asociando directamente las mismas al poder de Dios y al designio divino.

A partir de la difusión del cristianismo, encontramos en esta época conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y medicina grecorromana y la visión cristiana que enfatizaba la omnipotencia y omnipresencia divina, y resurge entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como posesión demoníaca.

En un marco de cruzadas y aglomeraciones de las grandes ciudades, de grandes hambrunas y pestes, durante el transcurso de la Edad Media, emerge la Iglesia ofreciendo el servicio hospitalario, administrado por las matronas cristianas, como respuesta a los espíritus en crisis.

Tropé (1996, citado en Sacristán, 2009, 168) sostiene que “la fundación de los primeros hospitales para locos estuvo motivada por los valores cristianos de la caridad y de la misericordia, así como por la creencia de que asistiendo a los pobres y desvalidos los ricos podían salvar su alma”.

A fines de la Edad Media, la locura va a ocupar en el mundo occidental el lugar que dejaba la lepra con su desaparición en cuanto a las medidas de aislamiento y exclusión. Respecto a esto Foucault (1967) agregaba:

Pero será necesario un largo momento de latencia, casi dos siglos, para que este nuevo azote que sucede a la lepra en los miedos seculares suscite, como ella, afanes de separación, de exclusión, de purificación que, sin embargo, tan evidentemente le son sustanciales. (p.10)

Entre los siglos XV y XVIII, la concepción de la locura entra en un ámbito difuso, donde su terapéutica varía tanto como las posibles causas que le son adjudicadas. Desde la concepción de la Iglesia, se recurría a los exorcismos para alejar al demonio; desde la medicina empírica de curanderos y hechiceros se recurría a las hierbas medicinales, los sortilegios y las prácticas supersticiosas; y por otro lado los médicos diplomados y boticarios recurrían a estrictas dietas, duchas de agua fría en la cabeza y a las tan temidas sanguijuelas (González, 1994; Porter, 2003, citado en Sacristán, 2009).

En esta época las doctrinas cartesianas juegan un papel importante en la interpretación de la enfermedad mental. El hombre dividido en un componente material y otro racional, en mente y cuerpo, plantea un problema en cuanto a que lugar van a ocupar las enfermedades mentales en la ciencia.

Como señala Salaverry (2012) la contradicción para los cartesianos tiene que ver con que la mente se encuentra fuera del mundo material en donde deberían ocurrir las enfermedades, donde la locura necesariamente debe ser una enfermedad del cuerpo y por lo tanto ser tratada desde la medicina.

Respecto a lo mencionado anteriormente los médicos cartesianos dieron diversas respuestas. Salaverry (2012) da a conocer algunos:

Uno de ellos fue Thomas Willis, (...). En su interpretación, el cerebro se nutría como todos los órganos de sangre, pero la que llegaba al cerebro pasaba por un proceso previo de filtración que la convertía en productos sutiles o "espíritus animales", que se constituían en intermediarios entre el cuerpo físico y la mente. En esa línea de pensamiento la locura y una de sus manifestaciones, las desilusiones o falsas ideas, eran resultado de la acción caótica de esos espíritus en la mente. Esos mismos espíritus podían llegar a los músculos y explicaban entonces los extraños movimientos y acciones que caracterizaban a los enfermos mentales (o que en todo caso se les atribuía) como fuerza descomunal entre otros. La enfermedad mental así tornaba a ser de origen material. (p.146)

La consecuencia inmediata de esto fue la reincorporación de la locura entre las afecciones que podían ser tratadas por la medicina ya que subyacía a ella un desorden orgánico.

Es en el siglo XVIII, cuando surge una posición nominalista de la enfermedad, se comienzan a enumerar los signos y síntomas para detallarlas con exactitud. Es el surgimiento del método

sintomático y de la nosografía como estudio de las enfermedades. Es así como Sydenham, (citado por Foucault, 1967, 22) decía: “Hay que reducir todas las enfermedades a especies precisas, con el mismo cuidado y la misma exactitud que los botánicos han hecho en el Tratado de las plantas”.

Con la Modernidad, por lo tanto, la razón del hombre paso a ser el fundamento de la ciencia, la locura dejo de tener fundamentación mística o religiosa, y paso a insertarse por completo en el campo de la medicina, siendo tomada en términos científicos y objetivos como una enfermedad y basándose en que el sujeto ha perdido la razón (Maciel, Martínez y Marengi, 2011).

Al respecto, Sampayo (2005) señala:

La razón moderna se deshace de los dogmatismos religiosos y de las explicaciones metafísicas explicando las conductas de los sujetos a través del conocimiento. Los desviados sociales ya no eran quemados en la hoguera, pero eran internados en los hospitales, siendo encerrados y apartados de la vida comunitaria junto con indigentes, pobres, huérfanos, prostitutas, homosexuales, delincuentes, ancianos y enfermos crónicos, o también vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. (p.12)

Llegado el siglo XIX, la locura ya ha pasado a ser objeto de estudio, y la lógica del encierro va tomando protagonismo. Al enfermo mental, al que sale de la “norma”, se lo separa, se lo aísla y es objetivado y analizado por una disciplina particular y emergente como lo es en ese momento la Psicopatología.

Galende y Kraut (2006, citado en Maciel et al., 2011) señalan un fragmento de Foucault que dice:

(...) Si el loco en su existencia pre - moderna había sido objeto de expulsión de la ciudad, o excomunión del mundo religioso, y en alguna medida también del mundo del conocimiento, la psiquiatría lo hace ingresar al ámbito de la ciencia al precio de despojarlo de su condición de sujeto de derecho y de convertirlo en objeto para el conocimiento. (p. 4)

Sacristán (2009) menciona que es a partir de ese momento que se constituyen nosologías médicas, surge un cuerpo de profesionales y un conjunto de terapéuticas como así también un dispositivo institucional: el manicomio. Y agrega: “le va a permitir a la medicina de la mente convertirse en la primera especialidad intrínsecamente ligada al hospital en un tiempo en que la práctica hegemónica de la medicina seguía siendo familiar y a la cabecera del enfermo” (Castel, 1980; Comelles, 1992 citados en Sacristán, 2009, 169).

El siglo XX se caracteriza por la influencia del psicoanálisis, el avance de la neurología, la fisiología y la bioquímica, el desarrollo de la psiquiatría organicista y el apogeo de la

psicofarmacología. Se desarrollan en este siglo dos concepciones diferentes respecto a la enfermedad mental. Una *concepción biologicista* donde se sostiene que las enfermedades son provocadas principalmente por trastornos biológicos y genéticos; y una *concepción psicologista* donde las enfermedades mentales son trastornos psíquicos que deben ser tratados con medios psicoterapéuticos, aunque también pueda existir una base biológica (Sampayo, 2005).

Como señala Maciel et al. (2011, 1) “la salud mental no es natural, sino que es un objeto que fue construido en relación a bases sociales hegemónicas de una época y que se ha ido transformando y también complejizando hasta nuestros días”.

En la actualidad, se entiende la salud como un proceso, que depende del bienestar relativo logrado en un determinado momento, y es determinado por factores: históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

1.2 El manicomio y su historia

El manicomio va a tener sus principios en las llamadas “Naves de los Locos”, que aparecen en el Renacimiento, como una de las formas de segregación de los “locos”. Era la manera de expulsar de las ciudades a los considerados “insensatos”, los entregaban a los marineros para que los llevaran en sus barcos lo más lejos posible y así evitar que merodearan por la ciudad.

La nave no solo cumplía con el papel de la segregación de los “insensatos” sino que también, en palabras de Foucault (1967, 12) “lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último.”

Se encontraba entonces a la “Nave de los Locos” como un aislamiento masivo de quienes representaban un peligro para la sociedad, por lo que su finalidad no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de quienes infringían las normas sociales (Correa Urquiza, Silva, Belloc y Martínez Hernández, 2006; Foucault, 1967; Sampayo 2005).

En la época de las Luces los barcos son reemplazados por el Hospital. Los primeros hospitales para “locos” o “casas de locos” estuvieron motivados por valores cristianos de caridad y misericordia. Las razones de orden social prevalecían sobre las religiosas y terapéuticas, la tranquilidad pública estaba siempre por encima del aspecto médico (Sacristán, 2009).

Surge el manicomio entonces, como símbolo de una civilización ilustrada y progresista. Se consideraba que de esa manera se había dejado de ignorar a los ciudadanos enfermos.

El manicomio como una variación a la “Nave de los Locos”, pero que repetía una misma lógica de exclusión, una idea del enfermo como sujeto contaminante el cual hay que aislar. Coincidimos con el cuestionamiento de Correa Urquiza et al. (2006, 52) que plantea “¿qué es un manicomio, sino una nave de los locos anclada en los confines de la ciudad y despojada de su simbología acuática?” Por lo tanto, nos encontramos frente a diferentes dispositivos pero que tenían el mismo fin, y ambos pueden entenderse como lo que Foucault llamó el “Gran Encierro”.

Se lleva a cabo un proceso donde la “locura” se reduce al silencio y se plasma en lo llamado el Gran Encierro, un movimiento donde se encerraba a todos aquellos que alteraban el orden social, entre ellos, criminales, prostitutas, mendigos, librepensadores, blasfemos, homosexuales y locos (Sacristán, 2009).

En América Latina, el nacimiento del manicomio tuvo que esperar algunas décadas. Al igual que en Europa, el hospital estuvo ligado al nacimiento de la psiquiatría. Sacristán (2009) describe que fue entre 1860 y 1880 que los médicos exigieron al Estado la creación de manicomos que fueran dirigidos específicamente a personas con enfermedad mental.

Podemos destacar entonces, que el modelo asilar que regía tenía como objetivo la práctica del encierro. El manicomio surge como un dispositivo de segregación de los inadaptados, los insensatos, los raros, los diferentes, los locos.

Se buscaba a partir de su aislamiento lograr construir un mundo ideal, donde los “diferentes” fueran controlados y disciplinados, era necesario reprimir la “locura” ya que la misma representaba una amenaza para la organización de la nueva sociedad, de ese nuevo mundo.

De esta manera, se ponía a las personas con padecimiento mental del lado de la animalidad, por lo que no es casual que las instituciones manicomiales se encontraran (o encuentren) ubicadas geográficamente en la periferia de las ciudades y tuvieran aspecto de jaula o zoológico.

Podemos agregar al respecto los dichos de Sampayo (2005) quien menciona:

El fin último del manicomio, su razón de ser, no es sólo la cura, sino también el control. Discursivamente, procura reencauzar a las personas que padecen, según

un diagnóstico, una enfermedad mental. Sin embargo, en la práctica lo que hace es aislar a estas personas bajo el criterio de que pueden causar un mal a la sociedad, borrándoles su identidad y reduciéndolas a objetos sin historia ni futuro. (p. 5)

1.3 La Salud Mental en Argentina

El siglo XIX en Argentina se caracteriza por la hegemonía política del Estado Nación y sus instituciones disciplinarias como la escuela, la fábrica, el hospital, la prisión. Se distribuían distintos círculos donde se encerraba a la población en búsqueda de forjar subjetividades.

Entre 1880 y 1910 se consolidó un dispositivo psiquiátrico con fundamento en el “alienismo” de Pinel, los supuestos del positivismo y la psiquiatría francesa. En este marco, se crearon las primeras instituciones manicomiales, surgieron los primeros tratamientos de rehabilitación, como también cátedras de psiquiatría y publicaciones sobre el tema.

A principios del siglo XX, junto con la medicina higienista surgen las primeras críticas al modelo manicomial, pero el modelo de reclusión y tutela persiste (Lonigro, 2015). El movimiento higienista en sus comienzos se dedicaba a mejorar la atención de los pacientes psiquiátricos con el objetivo de humanizar su atención.

Di Nanno (2008) menciona que en esta época surgen las Colonias con el sistema “open door” realizadas por el Dr. Domingo Cabred, “donde los pacientes internados realizan una intensa actividad fabricando calzado, ropa, muebles, criando animales, produciendo hortalizas para consumo interno y para la venta” (Di Nanno, 2008, 156).

Avanzado el siglo, con el gobierno justicialista en 1946 se crea la Secretaría de Estado de Salud Pública que en 1949 se transformara en Ministerio de Salud Pública. El ministro al frente en ese momento era el Dr. Ramón Carrillo quien fue Ministro de Salud durante los dos primeros gobiernos de Juan D. Perón.

Carrillo fue innovador respecto a políticas públicas en Salud. Sus aportes tuvieron que ver con la aplicación de conceptos terapéuticos más modernos como la sustitución del término “alienados” por el de “enfermos mentales” y la reorganización de los establecimientos de internación. Pretendía hacer del manicomio un hospital ya que sostenía que la “forma en que son estibados en ellos los enfermos, obliga a calificar, en muchos casos a esos establecimientos como reducidos humanos” (Carrillo, 1974 citado en Lonigro, 2015).

Carrillo (1974, citado en Chiarveti, 2008) no cuestionaba la existencia del hospital psiquiátrico; sin embargo, ya pensaba que el anexo para enfermos mentales en los hospitales comunes era la solución que le permitiría en poco tiempo disponer de camas para agudos. Decía:

No existe ninguna incompatibilidad funcional con los hospitales generales. Los inconvenientes sólo existen en la cabeza de los clínicos que no saben psiquiatría. Se puede, pues, tener enfermos mentales internados en una sala especial sin ningún inconveniente y a muy bajo costo. (p.173)

Por otro lado, Carrillo también plantea la estructura de los Centros de Psiquiatría Preventiva, como centros de diagnóstico y tratamiento clínico ambulatorio, eran un servicio auxiliar de los hospitales mentales y debían proveer el servicio pre-hospitalario.

A su vez en 1953 la Organización Mundial de la Salud había recomendado que los hospitales psiquiátricos se transformaran en comunidades terapéuticas y adoptaran el modelo propuesto en Inglaterra por Maxwell Jones (Lonigro, 2015).

Durante el gobierno de facto de 1955, en la llamada Revolución Libertadora, se dieron 3 hechos fundamentales para la Salud Mental:

1. La creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)
2. La creación de las primeras carreras de Psicología del país, la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe en 1956 y la Universidad Nacional de Buenos Aires en 1957)
3. Por último, la creación de uno de los primeros servicios de Psicopatología en un hospital general en el Policlínico de Lanús (Chiarveti, 2008).

En palabras de Chiarveti (2008, 175) “este periodo histórico está atravesado por cambios sustanciales que inician el pasaje de la psiquiatría a las políticas en salud mental y que de ningún modo puede ser considerado como vacío de contenidos significativos”.

En la década del 60 se generan distintos movimientos que cuestionan las instituciones de encierro como también los enunciados teóricos que las sostenían y se expresaron en el surgimiento de Políticas en Salud Mental. Al respecto Lonigro (2015) nos relata:

A partir de los años 60 los interrogantes planteados se articularon con el surgimiento de la antipsiquiatría y con una crítica en términos de “control social” dirigida en principio a instituciones y prácticas del sector sanitario y carcelario, y luego a otras instituciones sociales. (p.12)

Durante la dictadura de Onganía, el coronel Estévez fue nombrado como director del Instituto Nacional de Salud Mental. Fue Estévez quien promovió en 1967 el plan de Salud Mental

donde se incorporaban las Comunidades Terapéuticas en los asilos. Galende (1994, citado en Lonigro, 2015, 15) destaca este hecho como una paradoja ya que “el primer intento de reforma democrática en Salud Mental lo lleva a cabo una dictadura militar”.

El contexto de esta época tenía que ver con el modelo de Estado Benefactor de las décadas de los '60 y '70 donde existió un avance en el desarrollo de políticas públicas y sociales. Se utilizaron diferentes dispositivos contrahegemónicos al hospital monovalente con diferentes propuestas terapéuticas grupales y sociales (Faraone, Valero, Bianchi, Mantilla y Tamburrino, 2009; Lonigro, 2015).

Las experiencias alternativas al manicomio estuvieron acompañadas por movimientos reivindicadores de los derechos enfermos mentales internados como el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental y la Federación Argentina de Psiquiatras (Faraone et al., 2009).

En consecuencia, con la preocupación por mejorar la calidad del enfermo mental, se implementan en los años 70 modelos basados en la Psiquiatría Comunitaria de Maxwell Jones. Por su parte, los hospitales generales dieron su avance en la creación de servicios de psicopatología.

En el año 1973, el Dr. Arturo Carrillo (citado en Di Nanno, 2008) asumía la Dirección de Salud Mental y en su discurso se refería a la salud mental de esta manera:

Estamos convencidos que la misma no debe limitarse exclusivamente al aspecto clínico psiquiátrico, que ella es más amplia y compleja que lo que aparentemente pareciera, por lo cual la enfocaremos desde un punto de vista multidisciplinario. Sus múltiples acciones no deben terminar en el hospital o colonia psiquiátrica, sino que deben estar implícitas en las áreas de la educación, trabajo y justicia, así como también en la promoción de la salud tanto individual como colectiva, como en la investigación de factores que puedan traer aparejados deterioros socioeconómicos y culturales, en diferentes grupos sociales. (p.156)

Todo este proceso que se había iniciado fue interrumpido con la dictadura de Videla en 1976. Los intentos de modalidades terapéuticas y los cuestionamientos al modelo manicomial fueron obstaculizados. Profesionales, trabajadores y estudiantes del área de la Salud Mental fueron perseguidos, detenidos- desaparecidos, asesinados, y otros se vieron obligados al exilio.

Es a partir de 1983, con el gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín que la Salud Mental pasó a ser categorizada como prioridad dentro del sector salud. Durante este mandato, el Dr. Vicente Galli se desempeñó como Director de Salud Mental y propuso importantes reformas. En

esos años, se crearon los programas participativos nacionales, como espacios de transformación institucional que instalaban políticas y prácticas desinstitucionalizadoras.

Faraone (1993, citado en Faraone et al., 2009) describe estas prácticas y menciona:

Esta iniciativa posibilitó la creación de propuestas alternativas en los servicios, y una fuerte tendencia a la disminución de las internaciones en los manicomios. En distintos lugares se iniciaron experiencias puntuales de modificaciones en las prácticas cotidianas, principalmente en salas de pacientes crónicos, intentando modelos más abiertos en el seno de la institución (asambleas, trabajos grupales, talleres, etcétera) e implementando estrategias extramuros (trabajo con familias, articulación interinstitucional, etcétera). (p. 7)

Otro hecho importante de la época tuvo que ver con la creación de la Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental dirigida a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros.

En 1986, Vicente Galli (citado en Chiarveti, 2008) presentó un documento con nuevas estrategias para el dispositivo de Salud Mental, entre las que se destacaban:

- La integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud
- La integración intersectorial
- Acciones de promoción y prevención
- La participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades
- Estrategias y asignaciones de recursos
- El desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuesto para ello
- La transformación de los Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados de Psiquiatría
- El desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Salud Mental.

Como expresa Lonigro (2015, 17) “la propuesta política no fue suficiente para lograr la transformación del andamiaje psiquiátrico” y así mismo Galli reconocía que “no se puede cambiar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico si no cambia toda la estructura de concepción y de organización de la red de salud mental en conjunto”.

Sin embargo, en casi todo el país se incorporaron direcciones u organizaciones de Salud Mental diferenciadas de los organismos estatales de salud. Por otro lado, en algunas provincias se hicieron reformas significativas. Ese fue el caso de la provincia de Río Negro, donde se planteó

una nueva cultura en la atención de la salud mental que fue conocida como desmanicomialización.

Por su parte, los años 90 se caracterizaron por estar bajo el mandato de un gobierno federal que implementó políticas neoliberales. Hubo un gran crecimiento de la pobreza que derivó a su vez en el aumento de internaciones en instituciones psiquiátricas y se enfatizaron las críticas al orden asilar y las conceptualizaciones en torno al campo de la Salud Mental y las propuestas de abordaje comunitario e interdisciplinario. Convivían por lo tanto las prácticas más innovadoras tendientes a la deshospitalización con las más conservadoras prácticas asilares.

Las políticas neoliberales seguían los principios derivados del Consenso de Washington, cuyos lineamientos para las reformas en salud eran difundidas por el Banco Mundial. Lo que recomendaba el Consenso era la reorientación del gasto público, la privatización de las empresas públicas, entre otras cosas.

Estas reformas neoliberales de la salud dieron como resultado un aumento de la demanda de atención al sector público y de internaciones en instituciones psiquiátricas, acompañadas de una reducción de reformas estatales a las políticas de salud que dieron lugar al modelo de autogestión hospitalaria, al traspaso de aportes a las empresas de medicina prepaga y al surgimiento de prestadores intermediarios de la salud (Lonigro, 2015; Chiarvetti, 2008).

En el 2001, la OMS publicó un informe sobre Salud Mental en el mundo que se convirtió en una base ideológica para la conducción del Ministerio de ese entonces. Este informe traía un nuevo enfoque en cuanto a enfermedades mentales. Di Nanno (2008) comenta al respecto:

En él se analiza tanto el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, como los obstáculos para acceder a ambos. Se examinan en detalle la prestación y la planificación de servicios, y por último se ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance que pueden adaptar todos los países de acuerdo con sus necesidades y sus recursos. (p. 158)

En el año 2002, en un contexto de crisis en nuestro país se desencadenan múltiples trastornos psicosociales, los trastornos psicopatológicos aumentan y los recursos para la contención de las personas con enfermedades mentales eran muy escasos.

En noviembre de ese mismo año, se llevó a cabo un hecho inédito desde la gestión de Vicente Galli, la primera reunión nacional de referentes de Salud Mental en la sede de Confederación Médica donde asistieron representantes de las 24 provincias (Di Nanno, 2008).

En 2003, se realiza una reunión fundacional del Foro de Salud Mental del cono sur, donde participaron Argentina, Brasil, Chile, Paragua, Uruguay, Perú, Bolivia, Colombia, Venezuela y Ecuador. Sus propósitos eran la generación de información, el intercambio de experiencias, la investigación, la capacitación y la concertación de políticas de Salud Mental. Su fundación finalmente se llevó a cabo en el 2007.

Fue el comienzo de un proceso de reconstrucción y de reforma, donde se comienza a redefinir el rol del Estado y que dio lugar al Plan Federal de Salud Mental acordado en Córdoba en el 2004, que desarrolla un sistema basado en criterios de equidad, accesibilidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.

Se propone en el menor tiempo posible lograr los propósitos planteados. Entre ellos se encuentran (Ministerio de Salud, 2004):

- Alcanzar la plena vigencia del derecho a la salud mental para toda la población
- Optimizar las actividades de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con padecimientos psíquicos a través de participación comunitaria y construcción colectiva y tendiendo a que las personas sean atendidas en su propia comunidad o lo más cerca posible.
- Integrar las intervenciones en Salud Mental lo más estrechamente posible con los sistemas, organizaciones y servicios de salud.
- Promover el cumplimiento de la legislación y los cambios necesarios que garanticen la promoción y atención en salud mental con absoluto respeto de los derechos individuales, civiles y políticos de las personas, su identidad cultural y dignidad personales y su libertad de comunicación
- Promover la protección de la salud y los derechos de los trabajadores de salud mental

Como culminación de este proceso, se promulga en el 2010 la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 con su reglamentación en 2013. Con ella se incorporan nuevas concepciones con respecto a la salud y se establece un cambio de paradigma orientado a la Salud Comunitaria. Su foco está puesto en la salud integral y en la defensa de los Derechos Humanos de todas las personas.

CAPÍTULO 2:
DESMANICOMIALIZACIÓN Y
NUEVOS PARADIGMAS

CAPITULO 2: DESMANICOMIALIZACIÓN Y NUEVOS PARADIGMAS

Los hospitales de salud mental recibieron diferentes denominaciones a lo largo de su historia, manicomio, loquero, psiquiátrico y fueron siempre utilizadas desde un lugar estigmatizante y de menosprecio.

La palabra manicomio, etimológicamente, viene del griego *manía*: locura y *koméo*: cuidar, el lugar donde se “cuida a los locos”.

Como señala Saidón (1994, 68 citado en Maciel et al., 2011, 3) “... el manicomio es la estrategia social para hacer controlable, regulable la locura o el desecho, el muro que restablece un exterior libre de ellos, limpio, razonable”.

Como ya fue dicho anteriormente, en la sociedad moderna se priorizó el orden y la limpieza social, aislando a quienes provocaban desorden y utilizando la privación de la libertad como principal método. Se constituye el manicomio como un dispositivo disciplinar del Estado.

En relación a esto, Galende (1990) refiere que el manicomio era el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad con el fin último de practicar el ideal del orden. Y agregaba que quienes padecen problemas abordados en estas instituciones son víctimas de exclusión y de falta de garantía de derechos.

Estas instituciones están regidas por el Modelo Médico Hegemónico, siguen una lógica asilar y de custodia, predomina la practica asistencial y el uso del psicofármaco. Sampayo (2005, 18) menciona que las instituciones son “producto del pensamiento moderno, se constituyen como modos instituidos de pensar, de sentir y de actuar (...) La premisa es la homogeneidad de conocimientos y percepciones”.

Se entiende las instituciones manicomiales como “instituciones totales”, un concepto sociológico de Erving Goffman. Se denominan de esta manera porque abarcan todos los aspectos de la vida del paciente, las personas que ingresan en ellas renuncian por completo a su vida anterior. Representan un nuevo mundo, con normas y cultura propias que se deben internalizar estando dentro.

Ottavino (2011, 48) menciona que “en estas instituciones todo se desarrolla en el mismo lugar, bajo una única autoridad, con la presencia de varios individuos a quienes se les da el mismo trato, todo está estrictamente programado, no hay espacios propios”.

Siguiendo con Goffman (1992, citado en Sampayo, 2005) los neuropsiquiátricos u hospicios han funcionado como depósito de cuerpos, dando como resultado la pérdida de los lazos afectivos de quienes se encuentran en ellas y junto a ello la pérdida de su identidad y sus derechos.

Como explican Solitario y Stolkiner (2008) las personas que tienen padecimientos mentales y son abordados en estas instituciones son víctimas de exclusión, cronificación y falta de garantía de derechos, por lo que la psiquiatría médica y los servicios monovalentes en hospitales psiquiátricos han sido sumamente cuestionados.

A partir de mediados del siglo XIX, en un contexto donde la Segunda Guerra Mundial había dejado como resultado la concientización a nivel mundial sobre la preservación de los derechos humanos y sociales, se comienzan a cuestionar las instituciones asilares, encontrando ciertas similitudes de las mismas a los campos de concentración y exterminio. Galende (1990) hace referencia a esta comparación entre el contexto de guerra y las instituciones manicomiales, diciendo:

¿Cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de los enfermos mentales con las condiciones de segregación y encierro que sustentan los asilos? ¿Cómo no asociar el poder de la represión y la tortura sobre los enemigos políticos con los dispositivos de contención y tratamiento de los enfermos mentales? (p.141).

Es hacia la década del '60 que surge el movimiento antipsiquiátrico, que va a cuestionar la medicalización y va a proponer no pensar la “locura” como enfermedad sino como de expresión de la singularidad humana. Tal como lo expresa Sampayo (2005), la antipsiquiatría promueve la salida del espacio manicomial mediante un trabajo interno de destrucción sistemática que permita desplazar el centro de atención desde el hospital psiquiátrico al trabajo con la población afectada, dando lugar al surgimiento de nuevas instituciones. Y agrega: “se trata de transferir al enfermo mismo el poder de producir su locura y la verdad de su locura más que de intentar reducirla a cero” (2005, 34).

En esta época surgen distintos movimientos, entre ellos el movimiento antipsiquiatría de Inglaterra llevado a cabo por Laing y Cooper, las Comunidades Terapéuticas de Maxwell Jones, la

reforma italiana llevada a cabo por Basaglia con la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental en 1978, la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos con la sanción de la Ley Kennedy en 1963.

Lonigro (2015) expresa:

El movimiento antipsiquiátrico nació como una forma de lucha dentro de las instituciones, contra la represión y violencia que se ejercen en el manicomio. Constituyó un rechazo absoluto hacia el dispositivo psiquiátrico hegemónico y todos sus componentes. Cuestionó la conceptualización de “la locura” como enfermedad mental, los hospitales psiquiátricos, los tratamientos farmacológicos, los electroshocks. Sostuvo que la génesis de la enfermedad mental es eminentemente social y articuló las críticas al andamiaje manicomial con el compromiso político. (p.12)

Este movimiento de Desmanicomialización es una corriente crítica que busca modificar la lógica alienista y asilar que se desarrolla en los Hospitales Neuropsiquiátricos. Este concepto supone el cuestionamiento del manicomio como institución custodial y generadora de patología.

Tal como lo menciona Semprini (2015), el proceso de desmanicomialización, plantea un cambio al modelo de atención manicomial, el cual se encuentra sujeto al paradigma biomédico. Se busca lograr un modelo de atención comunitario, basado en el paradigma biopsicosocial. Es decir, un desmontaje del saber psiquiátrico que objetiva a la enfermedad mental y le da como único destino la institución psiquiátrica.

Basaglia (1972, 1986 citado en Faraone, 2009, 5) destaca “la necesidad de transformación de la hegemonía de control disciplinario a través de las instituciones manicomiales, y consecuentemente, el cuestionamiento a las prácticas terapéuticas alienistas”.

Se busca mediante estos movimientos poner el foco en el factor social de la producción de la enfermedad y hacer énfasis en la sociedad como espacio para la cura. Por lo tanto, el objetivo de la desmanicomialización es transformar las instituciones manicomiales, transformar las técnicas con las que se abordan las enfermedades y apuntar hacia una mirada social de los padecimientos mentales.

Sampayo (2005) expresa que este abordaje contrahegemónico intenta desterrar la aplicación del modelo asilar y lograr el cierre definitivo de la institución manicomial, promoviendo la construcción de modelos de atención extramuros y prácticas de atención alternativas.

Estos movimientos mencionados anteriormente fueron el eje de procesos que se gestaron también en nuestro país, siendo pioneros Rio Negro y San Luis, dejando gran influencia para los

fundamentos de la Ley Nacional 26.657/10, la cual se desarrollara de forma detallada en el próximo capítulo.

Uno de los principales referentes tenidos en cuenta fue Franco Basaglia, quien desarrollo la experiencia de Trieste en Italia, a la cual se le dio el nombre de “*Gran Reforma Italiana*”.

Lo que planteaba Basaglia era lograr romper con la relación asimétrica y de poder que existía entre el médico-enfermo. Pone en discusión el papel autoritario del médico como así también las instituciones psiquiátricas caracterizadas por el como “instituciones de la violencia” ya que plantea que estas mismas son el verdadero problema de la estigmatización. Al respecto Sampayo (2005, 38) agrega: “Basaglia afirma que en el manicomio se manifiesta la violencia ejercida por los que están de parte del sistema, sobre los que están bajo su dominio”.

El fin de esta reforma tenía que ver con renovar la capacidad terapéutica de la psiquiatría, liberándola de las funciones de control social, coacción y segregación. Como expresan Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987):

En sus intenciones todas las reformas psiquiátricas de los años 60, en Europa, se proponían llegar a superar gradualmente el internamiento en los manicomios mediante la creación de servicios en la comunidad, el desplazamiento de la intervención terapéutica hacia el contexto social de la persona, la prevención, la rehabilitación, etc. (p. 167)

En Italia, la desmanicomialización logró el cierre de todos los hospitales psiquiátricos, gracias al movimiento crítico y a la sanción de la ley de reforma en 1978.

Con la experiencia de Italia como precedente, la llegada de la democracia trae consigo en Rio Negro un proceso de transformación del sistema de Salud Mental. Hugo Cohen, referente de este proceso, identifica dos hechos fundamentales en el mismo: el cierre del hospital psiquiátrico provincial en octubre de 1988 y la sanción de la Ley N° 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental en septiembre de 1991 (Cohen, 1994).

Es a partir de esta experiencia que en Argentina comienzan a plantearse alternativas de reformas en Salud Mental a pesar de que las críticas al modelo manicomial estaban presentes desde la década del '50.

Estos procesos no solo plantean el cierre de los hospitales, sino que conllevan la implementación e internalización de un nuevo paradigma a la hora de hablar de Salud Mental, el

paradigma de atención comunitaria, donde se hace hincapié en la inclusión social, la garantía de derechos y está principalmente basado en la comunidad.

Se conforma un nuevo campo para la atención de Salud Mental que implica un proceso que es denominado por los organismos internacionales como “reestructuración de la atención psiquiátrica hacia la atención comunitaria de la salud mental” (OMS, 2001).

Este paradigma de *Salud Comunitaria* va a ser el punto de partida de las futuras legislaciones y políticas que se llevaran a cabo en el país como lo es la Ley Nacional de Salud Mental.

Tomando la definición de Saforcada (2010, 16), el paradigma de Salud Comunitaria “implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos”, y por lo tanto lo que plantea es que los profesionales deben lograr trabajar con las poblaciones y adoptar una actitud de apertura hacia la co-construcción de conocimientos.

Esta nueva concepción genera un quiebre en el “loco” ubicado como víctima y del cual deben ocuparse para dar lugar al surgimiento de la construcción de un sujeto social (Testa, 1993 citado en Faraone et al., 2009).

Sampayo (2005) expresa:

Ya no se piensa al individuo solo, aislado sino a todo su entorno social y a la comunidad a la que éste pertenece. Se piensa al hombre como una unidad bio-psico-socio-cultural que puede ser abordada desde diferentes disciplinas e interdisciplinariamente. Es un concepto integral porque rompe con las falsas antinomias: salud- enfermedad, salud mental-salud física, individuo-sociedad, articulando a la salud mental con la salud en general y planteándola como un producto social. La salud mental está definida en su especificidad por la comunidad, en relación con su historia, con sus tradiciones, con los valores, con las diferentes subculturas, niveles educativos y socioeconómicos. (p.36)

Sin embargo, Solitario y Stolkiner (2008, 272) remarcan que “los procesos de reforma en salud mental no garantizan per se la inclusión social y la garantía de derechos al propiciar el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria”. Siguiendo esta idea Ottavino (2011, 52) destaca que “pensar en la salud mental comunitaria implica también un cambio cultural. Darle a la sociedad y a las comunidades herramientas, recursos para que puedan enfrentar el problema de la locura”.

La desmanicomialización por lo tanto es un tema complejo, “no es cerrar el Hospital Público, dejando en la calle a las personas internadas y a los trabajadores de la salud sin sus

puestos de trabajo”, tampoco “es sobremedicar, ni encerrar, ni segregar, ni ejercer ningún tipo de violencia ya sea física, psíquica o química sobre el paciente, no es abandonarlos ni desampararlos a las personas y tampoco es judicializar la internación” (Sampayo, 2005, 44).

En síntesis, esta perspectiva implica procesos de cambio e implica la devolución del poder de decisión sobre la salud a la sociedad fortaleciendo de esta manera el derecho humano a la salud mental y “para efectivizar este derecho humano es necesario que el sistema internacional, los Estados y las instituciones gubernamentales aseguren las mejores condiciones materiales y simbólicas posibles” (Cano, 2011, 4).

CAPÍTULO 3:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

N° 26.657/10

CÁPITULO 3: LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657/10

3.1 Normativas Internacionales en Salud Mental

La Ley N° 26.657/10 sancionada el 10 de noviembre del 2010 fue fruto de un largo camino que fue marcando sus lineamientos, apuntando a un cambio de paradigma que deje de lado la lógica manicomial y se base en la Salud Integral y Comunitaria incorporando un marco de protección de los Derechos Humanos.

El giro hacia la Salud Mental, comienza con la política establecida por la Resolución de la Asamblea de la OMS de 1953 y continúa con los documentos centrales de la misma que son la Carta de Ottawa, la declaración de Caracas, la resolución de la Asamblea de Naciones Unidas de 1991 y otros pronunciamientos.

Al término de la segunda guerra mundial surgen distintos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, en el marco de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, en marco de la Organización de Estados Americanos, de donde nacen instrumentos técnicos y prácticos en materia de Derechos Humanos.

A partir de 1980, las organizaciones internacionales han avanzado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental y se han incorporado políticas de desmanicomialización.

Intentaremos en este apartado hacer una revisión de los documentos, declaraciones y tratados internacionales que abren el debate respecto a la Salud Mental y modifican la responsabilidad de los Estados frente a las personas con padecimiento mental.

a. Conferencia de Alma Ata de 1978

El 12 de septiembre de 1978, se reúne en Alma Ata la Confederación Internacional sobre Atención Primaria de Salud, buscan mediante ella una acción por parte de todos los gobiernos para “proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (Organización Panamericana de la Salud, 1978, 1).

Esta declaración surge como estrategia para enfrentar las inequidades en materia sanitaria que diferenciaban a los países según su grado de desarrollo económico y consagra un Nuevo

Orden Económico Internacional. Lo que buscan a partir de esto es “lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados” (OPS, 1978,1).

Por otro lado, la Declaración de Alma Ata (OPS, 1978) plantea que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación de su atención de salud y que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos.

La Declaración (OPS, 1978) hace referencia a que:

Un objetivo social principal de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. (p. 2)

Y que la manera de alcanzar esa meta es mediante la Atención Primaria de Salud (APS), que es la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad”. La APS debe llevar la atención de salud lo más cerca posible de donde residen y trabajan las personas, y debe ser el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OPS, 1978, 2).

La Declaración señala que “todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores” (OPS, 1978,3).

b. Carta de Ottawa (1986)

La Organización Mundial de la Salud, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud que se celebró en Ottawa en 1986 elabora la Carta de Ottawa. Este documento tiene como objetivo la “Salud para Todos en el año 2000”, una respuesta a una nueva concepción de la salud pública que se venía impulsando a nivel mundial.

Se tomaron como punto de partida los progresos mencionados anteriormente con respecto a lo tratado en la Conferencia de Alma Ata sobre la Atención Primaria, un documento de la Organización Mundial de la Salud denominado “Los Objetivos de la Salud para Todos” y el

debate sobre la acción intersectorial para la salud que se sostenía desde la Asamblea Mundial de la Salud.

Lo que la Carta de Ottawa plantea tiene que ver principalmente con la Promoción de la Salud, la participación activa en la misma, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

Con respecto a la Promoción de la Salud la misma “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” y agrega “la salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (Organización Mundial de la Salud, 1986, 1).

Se sostuvo en esa Conferencia que una buena salud es la base para lograr progresos en distintos ámbitos como lo personal, lo económico y lo social, como así también la clave para poder gozar de una buena calidad de vida. Se asegura que los distintos “factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud” (OMS, 1986, 1).

Lo que planteaban a través de la promoción de la salud es alcanzar la equidad sanitaria, reducir las diferencias en salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Lo que se pregona en esta Carta (OMS, 1986) es que:

La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. (p. 2)

Se plantea el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de las aptitudes personales y sociales buscando proporcionar información y educación sanitaria para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y que esto propicie la salud.

En cuanto a los servicios sanitarios, deben trascender la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos y tomar una nueva orientación que respete las

necesidades culturales de los individuos. Se deben crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

En conclusión, la Carta de Ottawa (OMS, 1986) plantea un cambio de mentalidad, de paradigma, el pasaje de una perspectiva paternalista, donde el paciente tenía un rol pasivo y era cuidado, a otra donde se pondera el rol activo de las personas, un empoderamiento, con respecto a la gestión de su propia salud.

c. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental (1989)

La Federación Mundial de la Salud Mental redacta en 1989 la Declaración de los Derechos Humanos y Salud Mental, en la que el eje principal sostiene que los derechos fundamentales de los seres humanos con padecimientos mentales deben ser idénticos a los derechos del resto de la población.

La Federación plantea que “los Derechos Humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto” (Federación Mundial de la Salud Mental, 1989, 1).

La Declaración (FMSM, 1989) refiere que todas las personas deben ser tratadas según los mismos criterios profesionales y éticos, buscando en cada una el mayor grado posible de determinación y responsabilidad personal, y deberá realizarse en un ámbito conocido y respetado por la comunidad.

d. Declaración de Caracas (1990)

En 1990, en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la Organización Mundial de la Salud se redacta la Declaración de Caracas donde se plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad. Se introdujo el cuestionamiento al modelo manicomial y al papel hegemónico del hospital monovalente y se proclamó el derecho de las personas con padecimiento en Salud Mental a vivir en la comunidad.

Como se expresa en la Declaración (Organización Panamericana de la Salud, 1990, 2) “la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel

hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios” y agrega que se debe “propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario”.

Se plantea la internación psiquiátrica en hospitales generales y que los cuidados y tratamientos estén basados en criterios racionales y técnicamente adecuados consecuentes a las metas de una atención comunitaria, descentralizada, continua e integral.

Se busca asegurar la defensa de los Derechos Humanos y civiles de los enfermos mentales, para que estos sigan siendo sujeto de derecho y se los reconozca y considere en cuanto tales (OPS, 1990).

e. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991)

En la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1991, se aprobó la Resolución 46/119 donde se establecen 25 principios que buscan garantizar un trato humano y respetuoso de las personas con padecimiento mental.

Comienzan en ese momento a configurarse instrumentos que salen de lo mero declarativo en cuestión de derechos y promueven acciones públicas para garantizar los mismos.

Los principios plantean en primer lugar las libertades fundamentales y Derechos básicos de las personas internadas en instituciones psiquiátricas. Se establece el Derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

Por otro lado, se expresa como serán determinadas las enfermedades mentales, las normas de la atención, el tratamiento y la medicación. Se pone énfasis en el consentimiento para el tratamiento y la información que se le debe dar a las personas sobre sus derechos una vez que comienza el mismo o han ingresado a una institución.

En cuanto a las instituciones psiquiátricas, se mencionan los recursos y condiciones que las mismas deben tener, los principios a seguir para la admisión en ellas entre otras cosas. A lo largo de los principios se refleja la importancia de mantener al paciente en su comunidad o cerca de ella siempre y cuando pueda evitarse la internación.

Por último, plantea la importancia de un órgano de revisión que sea regido ya sea por un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991).

f. Informe sobre la Salud en el Mundo (2001)

La Organización Mundial de la Salud en 2001 le dedica un informe a la Salud Mental el cual denomina "Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas". Este informe se centra en el hecho de que la Salud Mental es fundamental para el bienestar general de las personas, sociedades y países. Lo que buscan a partir del mismo es acabar con la estigmatización y la discriminación y asegurar la implantación de servicios de prevención y tratamiento eficaces.

Lo que la OMS quiere transmitir mediante este informe es que la salud mental ha sido ignorada y dejada al margen durante mucho tiempo y se debe comenzar a considerar desde una nueva perspectiva.

Se reafirman los principios de las Naciones Unidas antes mencionados en este apartado y se plantea la urgencia de analizar, reevaluar y reformar los servicios de salud mental. Con respecto a esto el Informe (Organización Mundial de la Salud, 2001) considera el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos básicos, la creación de vínculos entre el sector salud y otros sectores, la garantía de accesibilidad y equidad.

Así mismo señala que la desinstitucionalización no significa la des-hospitalización y afirma que "cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos" (OMS, 2001, 51).

Plantea que para que un proceso de desinstitucionalización sea correcto debe tener tres componentes esenciales:

- La prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios
- El reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados

- El establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados (OMS, 2001).

g. Principios de Brasilia (2005)

En el marco de la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” realizada en noviembre del 2005, se redactan los Principios de Brasilia, con el fin de evaluar los avances y desarrollos a partir de los planteado en la Declaración de Caracas en 1990.

Analizan que en los 15 años transcurridos entre la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia se produjeron avances en cuanto a la reestructuración de la atención psiquiátrica. Se reitera la importancia de la protección de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de las personas con padecimiento mental (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

Se vuelven a tratar temas referidos a establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y se menciona que se debe asegurar una atención integral y multidisciplinaria, prevención del surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas por trastornos mentales, vínculos solidos con los servicios de APS, la participación de usuarios y familiares en la planificación de programas y servicios de salud mental y por último, la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población (OPS, 2005).

A partir del análisis, se plantea que el número de camas en los hospitales psiquiátricos continúa siendo excesivo y no se ha conseguido aun establecer plenamente los servicios alternativos en la comunidad.

Se advierte que “los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos últimos quince años”, haciendo referencia a la vulnerabilidad psicosocial, el aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad como así también el aumento de diferentes problemáticas socioculturales (OPS, 2005, 3).

Por último, se afirma que se debe “continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas” (OPS, 2005, 4).

h. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (2009)

En octubre del 2009 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud adopta la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. En la misma se instó a que la salud mental fuera considerada una prioridad y que se fortaleciera la respuesta del sector sanitario al tema.

La Resolución CD.49/R.17 (Organización Panamericana de la Salud, 2009) define que, para mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias se deben definir objetivos estratégicos para el abordaje de la salud mental, y entiende para esto que:

No hay salud física sin salud mental y que es necesario un abordaje del proceso de salud y enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención al daño, sino también desde el ángulo de la protección de los atributos positivos de la salud y del fomento del bienestar de la población y, además, que desde esta perspectiva de salud pública los factores psicosociales y relacionados con la conducta humana desempeñan una función crucial. (p.1)

Por lo tanto, insta a los estados miembros “a que incluyan a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental que estén acordes con las diversas problemáticas y prioridades de los países” (OPS, 2009,1).

Se promueven en esta Resolución el acceso a la atención en salud mental para toda la población, el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de la salud y las actividades para eliminar el modelo centrado en los hospitales monovalentes y la protección de los derechos humanos de todas las personas.

Proponen también que se “fomente las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organismos internacionales y otros actores regionales en apoyo a la respuesta multisectorial que se requiere en el proceso de ejecución de esta Estrategia y Plan de acción” (OPS, 2009,1).

i. Consenso de Panamá (2010)

En octubre del 2010, se realizó en la ciudad de Panamá, la Conferencia Regional de Salud Mental que dio lugar al Consenso de Panamá y tuvo como lema “La década del salto hacia la comunidad por un continente sin manicomios en el 2020”.

Participaron en ella trabajadores de salud mental de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras

de los derechos humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de la Organización Panamericana de Salud, así como usuarios de servicios de salud mental y familiares.

Sus objetivos son fortalecer el modelo de atención comunitario en salud mental en todos los países de América Latina mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, y asegurar la erradicación de los manicomios para el 2020.

El Consenso (Organización Panamericana de la Salud, 2010) ratifica la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental y también destaca la preocupación por las problemáticas del momento, haciendo mención del uso de sustancias psicoactivas y su relación en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Se hace mención también, de la importante brecha de atención que existe en el campo de la salud mental, “lo que significa que un alto número de personas afectadas no accede a un diagnóstico y tratamiento adecuados” (OPS, 2010, 1).

Se destaca que desde la Declaración de Caracas hasta ese momento se han logrado avances en algunos países, pero que todavía existen limitaciones en la implementación de políticas y legislaciones de salud mental. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2010,1) plantea que “las acciones de superación de la hegemonía del hospital psiquiátrico en cuanto al modelo de atención son aún insuficientes”.

Al finalizar, el escrito (OPS, 2010) propone a los gobiernos y demás actores nacionales a:

Incrementar las asignaciones de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, (...), entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y al bienestar en general, así como el desarrollo social y económico de los países.
(p.1)

3.2 Legislación en Argentina

En Argentina un conjunto de normas, promulgadas previamente a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, consolidan un proceso de transformaciones en las prácticas de salud. Entre ellas se encuentran:

- Ley Nacional 22.914 sobre Internación y Egreso de Enfermedades Mentales (1983)

- Ley Nacional 23.592 Penalización de actos discriminatorios (1988)
- Ley Nacional 24.788 de Prevención y Lucha contra el Alcoholismo (1997)
- Ley Nacional 25.421 Programa de Asistencia Primaria de la Salud Mental (2001)
- Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005)
- Ley Nacional 26.378 de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008)
- Ley Nacional 26.394 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2008)
- Ley Nacional 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009)
- Decreto 457/2010 Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010)

En cuanto a las legislaciones provinciales en Salud Mental, 8 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contaban con leyes al respecto previas a la sanción de la Ley 26.657/10. Entre ellas se encontraban: Salta (Ley N° 6.302/84), Río Negro (Ley N° 2.440/91 modificada por la Ley N° 3.575/02), Santa Fe (Ley N° 10.772/91), Entre Ríos (Ley N° 8.806/94), San Juan (Ley N° 6.976/02), San Luis (Ley N° 536/06), Chubut (Ley N° 5.845/09), Córdoba (Ley N° 9.848/10) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley N° 448/00.

Posterior a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 la mayoría de las provincias que hasta ese momento no tenían legislación sancionan sus propias leyes que adhieren a la norma nacional. Podemos nombrar a las provincias de: Buenos Aires (Ley N° 14.580/13), Catamarca (Ley N° 5.383/14), Jujuy (Ley N° 5.937/16), La Rioja (Ley N° 9.098/11), Corrientes (Ley N° 6.160/12), Tucumán (Ley N° 8.726/14 deroga Ley N° 7.881), Chaco (Ley N° 7.622/15), Misiones (Ley XVII-102/18), Neuquén (Ley N° 3.182/19) y Tierra del Fuego (Ley N° 1.227/18).

Por su parte, Santiago del Estero y Formosa no registran normativas en Salud Mental y, por otro lado, La Pampa no registra normas específicas que adhieran a la Ley Nacional.

En el caso de la Provincia de Mendoza, existe un proyecto de adhesión a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y a su Decreto Reglamentario N° 603/13. En este proyecto también

se propone la creación del Órgano de Revisión Provincial, con el objetivo de proteger y promover los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de salud mental de la provincia.

En la elaboración de este proyecto participaron representantes del colectivo de usuarios de salud mental, el Comité Provincial de Docencia Ética e Investigación de la Dirección de Salud Mental, la Dirección de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia de la Suprema Corte de Justicia de Mendoza, el Instituto de Derechos Humanos de la UNCuyo y personal de los Hospitales Psiquiátricos de Mendoza.

3.3 La sanción de la Ley N° 26.657

Con base en los principios, normas y declaraciones mencionados en el apartado anterior es que surge la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el 2010. La misma se constituye como un avance en materia de salud mental en Argentina.

La ley fue sancionada por la cámara de senadores el 25 de noviembre de 2010, después de dos años de discusión parlamentaria. Fue promulgada el 2 de diciembre de ese año con carácter de orden público y de cumplimiento obligatorio. Su reglamentación llegó con demora recién en mayo del 2013, después de enfrentarse a distintas posiciones críticas que dificultaron el proceso.

El surgimiento de esta ley se presenta como un cambio de paradigma orientado a la Salud Comunitaria. Propone dejar de lado el modelo médico hegemónico que aún prevalece en los sistemas de salud; pasando de la exclusión a la integración, de lo institucional a lo comunitario, del concepto de enfermedad y peligrosidad al reconocimiento como sujeto de derecho.

Enmarca sus lineamientos en un enfoque de derechos e inclusión social de las personas con padecimientos mentales, basado en la práctica interdisciplinaria y en los principios de la Atención Primaria de la Salud.

La Ley N° 26.657/10 tiene como propósitos la protección y promoción de la Salud Mental, e intenta reducir la brecha que existe entre la necesidad y el acceso a los servicios. También, busca fortalecer las redes de los servicios, crear nuevos servicios y dispositivos acorde a las políticas de Salud.

En el marco de esta Ley, la Salud Mental es considerada como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya

preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley N° 26.657, 2010, 12). El foco está puesto en la salud integral y en la defensa de los Derechos Humanos de todas las personas que se encuentren en el territorio nacional.

La ley se divide en 12 capítulos, donde se describe el ámbito de aplicación de la misma, los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, internaciones, etc. Revisaremos los diferentes conceptos de la Ley tomando como hilo conductor 3 ejes transversales: “Derechos Humanos e Inclusión Social”, “Modalidades de atención y dispositivos alternativos al hospital monovalente” y “Reglamentación e Implementación”.

3.3.1 Derechos Humanos e Inclusión Social

El paradigma en que se basa la Ley se encuadra en la Salud Mental Comunitaria, con enfoque en Derechos Humanos, siguiendo con los lineamientos de las normas y tratados internacionales.

En base a esto, el Artículo 1 refiere: “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional” (Ley N° 26.657, 2010, 10).

Se concibe al usuario como un sujeto de pleno derecho y no como objetos de tutela o caridad. En palabras de Cáceres, Granja Osella y Percovich (2017, 5) se debe “entender que son personas que gozan del derecho a vivir en la comunidad y a participar de la vida social y política en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos”.

El objetivo tiene que ver con la inclusión social y comunitaria de la persona por lo que la Ley plantea el fortalecimiento de la protección y la disminución de los factores de riesgo. El Ministerio de Salud (2013) en el Plan de Acción realizado en el 2013 define a la Inclusión Social y refiere que:

Designa el acceso a oportunidades para el desarrollo de una mejor calidad de vida y el ejercicio pleno de derechos individuales y sociales. Comprende aspectos tales como el acceso a información y/o servicios, el logro de un adecuado proceso de vinculación con familiares, referentes afectivos, grupos primarios y/o redes vinculares, la inclusión habitacional, educativa, laboral, la participación cívica y/o el reconocimiento y expresión de valores asociados a la diversidad cultural. (p.56)

En el capítulo IV “Derechos de las Personas con Padecimiento Mental” se distinguen aquellos derechos relacionados con las pautas que deben respetar los tratamientos y aquellos que están relacionados con el respeto por la integridad y la dignidad de las personas. Entre los primeros, incluye el derecho: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, entre otros (Ley N° 26.657, 2010).

Fenoglio (2014) asegura que el resguardo de los derechos de las personas con padecimiento mental es el mayor avance de la Ley Nacional de Salud Mental.

Por otro lado, podemos destacar que se refleja el cambio de paradigma en la nueva terminología utilizada a lo largo de la ley. El término “enfermedad mental” es reemplazado por “personas con padecimiento mental”, no utiliza la palabra “tratamiento” sino “procesos de atención”.

El hecho de utilizar el término “persona con padecimiento mental” y no “enfermo mental”, deja de lado el tomar a las personas como objeto patologizado y destaca la integralidad de las personas señalando que ninguna enfermedad o trastorno anula la condición de persona ni la sustituye (Gorbacz, 2013; Ministerio de Salud, 2013).

Este concepto antes mencionado, es definido en el Decreto Reglamentario de la Ley como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes” (Decreto Reglamentario 603, 2013).

Otras nomenclaturas que se modifican en torno al nuevo paradigma son el uso de “niños, niñas y adolescentes” en lugar de “menores”, “usuarios de servicios de Salud Mental” en vez de “pacientes”, “locos” o “alienados” como se acostumbraba a usar.

Estas modificaciones ayudan a la desestructuración de los prejuicios y se relacionan con lo proclamado por la ley en cuanto al “derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado” (Ley N° 26.657, 2010, 14).

Tal como lo expresan Cáceres et al. (2017):

Esto marca un posicionamiento claro de la misma en contra del estigma y la discriminación, los cuales constituyen juicios de orden moral y varían según el tiempo y la cultura. Las actitudes sociales negativas hacia las personas con padecimiento mental traen aparejadas repercusiones dañinas y complejas, y constituyen una barrera para el acceso al ejercicio de sus derechos. (p.27)

I. Capacidad Jurídica

Otro avance en cuanto a Derechos tiene que ver con la reforma de la noción de “Capacidad Jurídica” del Código Civil. En el antiguo Código Civil y Comercial que estuvo vigente en Argentina desde 1871 hasta 2015, se definía a la capacidad jurídica como la capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones y se hacía una diferenciación con quienes eran declarados incapaces.

Quienes eran declarados incapaces eran considerados objeto de tutela y protección por parte del Estado y se les designaba un representante legal para que actuara en su nombre. Se declaraban en esta condición las personas por nacer, los menores, los dementes declarados tales en juicio y los sordomudos que no se daban a entender por escrito. Por lo tanto, el Código viejo consideraba al incapaz como un objeto de protección y le restringía la autonomía en el ejercicio de sus derechos.

En agosto del 2015 comienza a regir en Argentina el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación donde se diferencia la “Capacidad de Derecho” donde “Toda personas humana goza de la aptitud de ser titular de derecho y deberes jurídicos” de la “Capacidad de Ejercicio” donde “Toda persona humana puede ejercer por si misma sus derechos”, y define como incapaces de ejercicio: a) la persona por nacer; b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente; c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2014).

La capacidad de ejercicio no se adquiere de un día para otro al cumplir los 18 años, sino que es un proceso gradual por el cual las personas menores de edad pueden ir ejerciendo derechos por si mismas de acuerdo a su edad y grado de madurez. A esto se lo denomina capacidad o autonomía progresiva.

El artículo 26 del Código Civil presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí, respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de

tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores. A partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

La Ley N° 26.657 parte de la presunción de capacidad de todas las personas, devuelve a las personas con padecimientos mentales la capacidad jurídica, entendiendo a esta como la aptitud de una persona de ser titular de derechos, así como la capacidad o posibilidad concreta de ejercer derechos y ser responsable de sus decisiones y de sus actos. Se pasa de un sujeto incapaz que debía ser tutelado por el Estado, a un sujeto pleno de derechos con igual condiciones que los demás.

En el artículo 5 la Ley Nacional de Salud Mental dispone que: “La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. Se parte de la presunción de capacidad de todas las personas” (Ley N° 26.657, 2010).

II. Adicciones

Se plantea el abordaje de las adicciones como problemáticas de salud mental, incluyéndolas de manera explícita en la reglamentación de la ley, ya que hasta ese momento habían sido abordadas desde una mirada fijada en la prevención de delitos por las fuerzas de seguridad y el ámbito jurídico.

A partir de la Ley Nacional de Salud Mental, su abordaje debe realizar en el ámbito de la Salud Mental adoptando los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. En el artículo 4 la Ley instituye que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”.

Se entiende a esto como un gran avance y cambio paradigmático al poner el eje en lo social, considerándolo la principal fuente de inclusión y desarrollo del ser humano, y de esta manera salirse del campo de la enfermedad.

3.3.2 Modalidades de Atención y Dispositivos Alternativos al Hospital Monovalente

Siguiendo el hilo conductor planteado anteriormente, en este eje se exponen los capítulos V, VI Y VII de la Ley Nacional de Salud Mental. Los mismos hacen referencia a las modalidades de abordaje, las internaciones y los dispositivos alternativos al manicomio.

En el capítulo V, e hace hincapié en los modos de abordaje y de intervención, plantea que la atención en salud mental debe darse bajo un marco interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria. En el equipo interdisciplinario deben participar profesionales, técnicos y otros trabajadores de las áreas de psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y otras disciplinas (Ley N° 26.657, 2010).

I. Interdisciplina e Intersectorialidad

Se entiende por interdisciplina a “los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales” (Ministerio de Salud, 2013, 57), con el objetivo de garantizar calidad e integralidad en las prácticas en el ámbito de la salud.

Los problemas no tienen fronteras disciplinarias, es por esto que se plantea resolver los mismos desde un enfoque interdisciplinario en el cual los límites de las diferentes disciplinas no estén fijos y determinados. Elichiry (1987) sostenía al respecto que no se debían dividir las disciplinas en compartimientos estancos, sino que había que buscar instancias y mecanismos comunes y eso nos llevaría a un progreso.

Para el nuevo paradigma el abordaje debe darse de manera interdisciplinaria, y la ley entiende por esto que “los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones” (Ley N° 26.657, 2010, 22).

Se deben reconocer los saberes comunes, equiparar las responsabilidades de los profesionales para dejar atrás la predominancia de la figura del médico, y de esta manera lograr la atención de los servicios y dispositivos desde una perspectiva integradora

Esta democratización del poder apunta a brindar y garantizar una visión amplificada de los padecimientos mentales por parte de múltiples saberes clínicos, terapéuticos y sociales (Barraco, 2017).

Lo que se pone en juego a partir de esto, va más allá de las incumbencias de cada profesional, tiene que ver con poner en jaque las hegemonías de las profesiones, específicamente del poder médico-psiquiátrico que históricamente se ha encontrado por encima dejando al resto de las disciplinas como satélites, auxiliares de los médicos, sin darles el lugar que merecen.

Barraco (2017) hace alusión a que:

El establecimiento de este derecho laboral, se tornó en una de las mayores fuentes de conflicto para el hegemonismo psiquiátrico. A causa de ello, subsisten desigualdades en las carreras profesionales de los sistemas sanitarios, tanto del subsector público como privado, con profundas asimetrías respecto del saber médico, en cuanto al plano salarial y derechos laborales. (párr. 13)

Este mismo autor ya había hecho mención al tema años antes, sosteniendo que los equipos interdisciplinarios debían tener un claro enfoque respecto a los Derechos Humanos que lograra superar la visión limitada y reduccionista de la perspectiva médica hegemónica (Barraco, 2015).

El abordaje planteado por la Ley de Salud Mental debe a su vez darse en un marco de intersectorialidad. El Ministerio de Salud (2013) en su Plan Nacional de Salud Mental describe que la intersectorialidad:

Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social. (p.57)

Es decir, el trabajo por el derecho a la salud debe ser encarado desde diversos sectores y todos ellos son los responsables del acceso a la salud de la población en tanto garantes del acceso a los derechos.

El Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo 9 sostiene que las políticas de abordaje intersectorial deberían incluir la adaptación necesaria a programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para su plena inclusión social (Decreto Reglamentario 603, 2013).

II. Internación y dispositivos sustitutos al monovalente

Las internaciones tienen en un capítulo específico en la ley, así como un papel fundamental en lo que al cambio de paradigma respecta. En una búsqueda de transformar el modelo manicomial y sustituir de manera progresiva y definitiva los hospitales monovalentes.

Fenoglio (2014) destaca que es en las internaciones en donde más se ponen en juego el resguardo de los Derechos Humanos, tanto en los establecimientos del Estado como en los privados, por lo que su regulación implica una tarea imprescindible.

La legislación intenta deconstruir un largo camino de legislaciones y prácticas que estaban orientados al encierro y a lógicas manicomiales. Por lo que se busca a partir de las normativas referentes a las internaciones y tratamientos velar por los derechos individuales.

La ley plantea que las internaciones deben ser consideradas como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (Ley N° 26.657, 2010, 23).

Por lo tanto, el procedimiento debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. De no poder evitarse, debe promoverse el mantenimiento de vínculos y comunicación con el entorno social y laboral.

En los casos en los que la internación es necesaria, la ley establece que las mismas deben realizarse en hospitales generales al igual que cualquier otra dolencia o malestar, intentando de esta manera eliminar la escisión entre salud física y salud mental y abrir camino a la Salud Integral que el espíritu de la ley pregona.

Según lo propuesto por la Ley N° 26.657 (2010) las internaciones deben ser lo más breves posibles en función de los criterios terapéuticos evaluados interdisciplinariamente. Y agrega en el Artículo 15 que “en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Ley N° 26.657, 2010, 23).

En la ley se contemplan dos tipos de internaciones: voluntarias e involuntarias. En las internaciones voluntarias la persona presta consentimiento para la internación y podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono, salvo que el equipo tratante considere que existe riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Las internaciones involuntarias se dan cuando la persona no presta consentimiento y el criterio del equipo de salud decida que debe

utilizarse como un recurso terapéutico excepcional, en el caso que no sean posibles los abordajes ambulatorios y que exista riesgo cierto o inminente para sí o para terceros (Ley N° 26.657, 2010).

El decreto reglamentario en su artículo 20, entiende por riesgo cierto o inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o terceros. Esto deberá ser verificado por una evaluación realizada por el equipo interdisciplinario y no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

El consentimiento informado se establece en esta ley como un avance decisivo, dando un gran paso hacia el abandono de los modelos paternalistas y al respeto de los Derechos Humanos de los usuarios.

Otro avance corresponde a que para dar el alta, externación o permisos de salida ya no se requiere autorización del juez y son facultad de los equipos que se encuentren en el abordaje de los casos. El juez sólo interviene cuando la decisión de internar se toma sin la voluntad de la persona y a los efectos de controlar las condiciones de internación en el aseguramiento de derechos.

Por otra parte, en consonancia por lo propuesto en el Consenso de Panamá (OPS, 2010) donde se proclama “por un continente sin manicomios en el 2020”, la Ley N° 26.657 (2010) propone cerrar de forma progresiva y definitiva la admisión para las instituciones monovalentes. Establece en el artículo 27 (Ley N° 26.657, 2010) que “queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos u otras instituciones de internación monovalentes públicos o privados”. A su vez, los ya existentes se deben adaptar a lo establecido por la ley hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos.

Respecto al cierre de los manicomios, Alberto Sava (citado en Yaccar, 2013, párr.3), presidente de la Red Argentina de Arte y Salud Mental, en una nota en el diario Página 12 publicada posteriormente a haberse hecho público en octubre del 2013 el Plan Nacional de Salud Mental, sostiene que “los manicomios son campos de concentración. No hay peor lugar. Siempre va a ser mejor un proyecto desmanicomializador”.

Por otro lado, Fenoglio (2014, 2) expresa que “una ley de salud mental comunitaria no puede reducirse a esto”, haciendo mención al cierre de los hospitales neuropsiquiátricos. Juan Luis Manzur, ministro de salud de la nación del 2009 al 2015, en el prólogo del Plan Nacional de

Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013, 6) resalta que se deben “propiciar en su reemplazo, abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos comunitarios y promotores de los derechos humanos”.

Ya la ley había plasmado en el artículo 11 que se debían implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria y proponía establecer dispositivos alternativos que sustituyan a los hospitales monovalentes. Estas modalidades de atención alternativas se plantean en la Ley N° 26.657 (2010) de este modo:

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 11)

Este modelo de atención comunitario se caracteriza por la apertura y la integración de las practicas institucionales a las redes de servicio socio-sanitarias. Se busca promover la participación comunitaria y la integración de distintos sectores sociales para lograr el proceso de inclusión social. Comprende más allá del desarrollo de los nuevos dispositivos, la coordinación con los recursos humanos necesarios y la adopción de prácticas acordes al respeto y garantía de los Derechos Humanos (Ministerio de Salud, 2013).

En la Resolución E 900 del año 2017 donde se estipulan las Tipologías de Establecimientos de Salud y su categorización, donde se describen los distintos dispositivos. Entre estos se describen aquellos establecimientos de salud sin internación donde se incluyen: consultorio de salud mental, componente de salud mental en centro de salud, centro de día comunitario, hospital de día comunitario, dispositivos de inclusión socio laboral y dispositivos de inclusión habitacional con distintos niveles de apoyo. De cada uno hace una reseña donde especifica las características con las que debe contar cada dispositivo en relación a prestaciones, profesionales a cargo, recursos físicos y equipamientos (Resolución E 900, 2017).

Luego describe los establecimientos de salud con Internación General donde incluye al servicio de salud mental en institución polivalente y hace referencia a las pautas de ingreso y egreso, a las prestaciones necesarias, las medidas de protección, los recursos humanos y físicos que se requieren, los servicios generales que debe brindar el hospital y las pautas establecidas para los servicios de guardia.

3.3.3 Reglamentación

I. Autoridad de Aplicación

La Ley N° 26.657/10 establece que la Autoridad de Aplicación de la misma es el Ministerio de Salud de la Nación y es quien debe realizar las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios de la ley.

En octubre del 2013 se presenta el Plan Nacional basado en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 y en su Decreto Reglamentario 603/2013. En la reglamentación se indica que el Plan “deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos”. Y agrega: “La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión” (Ministerio de Salud, 2013, 28).

En dicho Plan, se ponen en evidencia algunas preocupaciones, como que en los servicios de Salud Mental no contemplan de forma específica la problemática en niños, niñas y adolescentes ni en adultos mayores. Por esto, se busca promover la formación de equipos de referencia infanto-juvenil y para adultos mayores, prevenir los padecimientos mentales y promover la Salud Mental, y también, se busca planificar y evaluar la capacitación permanente del equipo de profesionales de Salud Mental. Así como fomentar el desarrollo de investigaciones con el propósito de actualizar en temas de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013).

II. Órgano de Revisión

En el capítulo X (Ley N° 26.657, 2010) se establece la creación de un Órgano de Revisión con el objeto de proteger los Derechos Humanos de los usuarios de salud mental. Refiere que el mismo debe ser multidisciplinario y estar integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaria de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

El mismo debe cumplir con diferentes funciones tanto en el ámbito público como privado. Entre estas se encuentran:

- Evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos, supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación de salud mental

- En el caso de internaciones voluntarias evaluar que se encuentren según lo que expresa la ley
- Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario del sujeto cumplan con las especificaciones que da la ley
- Trabajar con la Autoridad de Aplicación informando acerca de las evaluaciones realizadas y las posibles modificaciones
- Requerir intervención judicial ante situaciones irregulares
- Promover la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones
- Velar por el cumplimiento de la ley y de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

El 14 de noviembre del 2013, mediante la Resolución 1/2013, se establece la conformación del Órgano de Revisión, que en conformidad con el artículo 39 de la ley y su reglamentación debe respetar una integración intersectorial y estará conformado por los distintos representantes anteriormente mencionados.

III. Disposiciones Complementarias

El último capítulo de la Ley N° 26.657 (2010), formula los cambios que se dan a partir de la ley en el ámbito jurídico. En primer lugar, plantea que se incorpora el artículo 152 ter al Código Civil el mismo refiere:

Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible. (p. 45)

Se sustituye el artículo 482 del código civil, el cual postula lo mencionado anteriormente en cuanto a la declaración de incapacidad.

Por último, queda plasmado en la ley que se deroga la anterior Ley de Salud Pública N° 22.914

IV. Decreto Reglamentario N° 603/2013

La reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental se da en mayo del 2013 a través del Decreto N° 603/13, tres años después de haber sido sancionada la ley. En el decreto fueron

precisados los contenidos de la Ley que necesitaban de reglamentación y se les dio mayor visibilidad a los ejes centrales.

3.3.4 Implementación y Resistencias

Una vez sancionada la ley surgen diferentes normas, resoluciones o decretos que modifican o complementan a la misma con el objetivo de lograr su implementación.

En 2013, se aprobaron otras resoluciones a las ya mencionadas como el Decreto Reglamentario 603/13, la conformación del Órgano de Revisión de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 se les suman las pautas de intervención para las fuerzas de seguridad en determinadas situaciones, entre otras.

En 2015, la Resolución 1484/15 propone normas mínimas para la habilitación de establecimientos y servicios de Salud Mental y Adicciones. En la misma se estipulan los diferentes dispositivos de Salud Mental que propone la Ley planteando las condiciones necesarias desde los servicios de Salud Mental desde el primer nivel de atención hasta la internación en Salud Mental en hospitales generales.

La resolución antes mencionada es derogada en 2016 por la Resolución 1003, mediante la cual se crea la Comisión Ad Hoc para la elaboración de Normas de habilitación de establecimientos de salud mental y adicciones, y luego por la Resolución E 1976/2016 ya que los alcances de la resolución previa se contradecían con el Decreto Reglamentario de la Ley de Salud Mental.

Actualmente se encuentra en vigencia una resolución que ha sido recientemente aprobada desde la Secretaría de Gobierno de Salud (antes Ministerio de Salud). En la misma se estipulan “Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de Salud Mental” y plantean que “el modelo comunitario de atención implica el trabajo y la conformación de una Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad” (Resolución E 715, 2019, 1).

Las pautas deben cumplir con el artículo 27 de la Ley Nacional de Salud Mental en la que se establece la prohibición de crear nuevos hospitales monovalentes y se agrega que (Resolución E 715, 2019):

Este modelo se indica para los tres subsectores de la salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención; servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con

atención ambulatoria, atención de la urgencia las 24 hs., interconsulta e internación); centros de día comunitarios; diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyo. (p.1).

A pesar de todas las normativas, recomendaciones y pautas nombradas hasta el momento, la ley todavía da que hablar en el sector salud. Tanto por las pocas políticas públicas generadas para la creación de los dispositivos alternativos como por el hecho de que las recomendaciones no tienen carácter obligatorio, sino que son tan solo sugerencias. Lo que da lugar a que distintos sectores se sigan oponiendo a la plena implementación de la ley y donde siguen prevaleciendo intereses económicos o corporativos de clínicas privadas y de la industria farmacéutica.

Es por esto que su implementación ha conllevado y convive actualmente con diversas resistencias y obstáculos que no permiten su pleno ejercicio.

Barraco (2017, párr. 18) opina que en el Ministerio de Salud de la Nación se ha regido históricamente por el poder médico-psiquiátrico hegemónico por lo que “respecto de la Ley Nacional de Salud Mental, (...), también ha sido pasible de un sistemático hostigamiento corporativo, para impedir su plena implementación”.

El autor destaca diferentes situaciones en las cuales esto puede observarse entre los años 2010 y 2015 (Barraco, 2017):

- Se “demoró” tres años la reglamentación de la Ley N° 26.657
- Se convirtió al ex Cenareso (atención de adicciones) en un hospital monovalente contradiciendo la ley, respecto de la prohibición de crear nuevas instituciones de esta índole
- Se delegó el relevamiento epidemiológico del país a una asociación psiquiátrica (APSA) que se opuso férreamente a la sanción de la ley y desconoce la interdisciplina
- No se financiaron la apertura de los dispositivos sustitutivos en las diferentes provincias
- Los sectores contrarios a la Ley N° 26.657, acudieron a la Justicia para objetar el funcionamiento del Órgano de Revisión Nacional, para neutralizar la intervención y control de las internaciones, en efectores públicos y privados. No se hizo ostensible un apoyo a dicho Órgano por parte del área ministerial de Salud Mental.
- Derogación de la Resolución 1484/15, régimen que contenía los lineamientos de habilitación de instituciones y servicios de Salud Mental, públicos y privados en el marco de la ley

Otra resistencia que se ha encontrado hasta el momento tiene que ver con la gestión política de recursos y presupuestos. En 2011, Brunetti mencionaba que no se habían destinado los recursos suficientes para la implementación de la ley, algo que en la actualidad sigue sucediendo (Brunetti, 2011).

Por lo tanto, la plena implementación de la ley requiere tanto un cambio de la forma de ver y pensar la Salud Mental como el establecimiento de políticas públicas que la acompañen.

Así mismo, también se han podido destacar en la Ley Nacional de Salud Mental aspectos que reflejan avances en materia de Salud Mental.

Fenoglio (2014) hace referencia a los mismos y menciona que la ley en si ya es un avance total y pleno en cuanto a la perspectiva comunitaria y el paradigma de Derechos Humanos, y es por eso que hay que defenderla. Así mismo señala que existe una distancia entre lo que la legislación establece a lo que realmente sucede.

SEGUNDA PARTE:
MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4:

ASPECTOS METODOLÓGICOS

CÁPITULO 4: ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Objetivos:

Objetivo General

- Conocer la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental y el impacto que ha tenido el nuevo paradigma en hospitales generales de Mendoza.

Objetivos Específicos

- Conocer cuáles han sido las transformaciones dentro de los hospitales generales a partir de la Ley N° 26.657.
- Describir las modalidades de atención y los dispositivos de Salud Mental con los que cuentan los hospitales polivalentes.
- Explorar las internaciones en Salud Mental en los hospitales generales.
- Visualizar los facilitadores y obstáculos que se encuentran ante la implementación de la Ley N° 26.657 en los hospitales generales.

4.2 Preguntas de investigación:

Las preguntas específicas que guiarán la investigación serán las siguientes:

- ✓ ¿Cuál es la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental en hospitales generales de Mendoza?
- ✓ ¿Qué cambios se han dado en los hospitales polivalentes en materia de Salud Mental a partir de la implementación de la Ley N° 26.657?
- ✓ ¿Con qué dispositivos de Salud Mental cuentan los hospitales generales?
- ✓ ¿Se han modificado las prácticas de los profesionales? ¿De qué manera?
- ✓ ¿Se realizan internaciones en Salud Mental? ¿Cuáles son los criterios de internación y externación?
- ✓ ¿Cuáles son los facilitadores y obstáculos para la aplicación de la Ley en los hospitales generales?

4.3 Enfoque:

En nuestro país la Ley N° 26.657/10, que regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, se presenta como una innovadora legislación en materia de política en salud mental. Encuentra sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos. Plantea un paradigma diferente al existente ya que propone pasar: de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; de un espacio institucional cerrado a un espacio comunitario abierto; de un enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo de sus derechos.

La ley está concebida desde el paradigma de salud comunitaria en contraposición al modelo médico hegemónico; y busca fortalecer la respuesta del sector salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental, como así también la reinserción social y comunitaria de aquellas personas con padecimiento mental.

En este trabajo de investigación el abordaje del tema se da en consonancia con el espíritu de la Ley, desde una perspectiva de la Salud Integral y los Derechos Humanos.

4.4 Tipo de Estudio

El presente trabajo constituye una investigación de tipo cualitativa, ya que se enfoca en comprender el fenómeno, la implementación de la Ley N° 26.657/10 en hospitales generales, estudiándolos desde la perspectiva de los participantes, profesionales que forman parte de los Servicios de Salud Mental, en su ambiente natural y en relación con su contexto. (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

El propósito de este tipo de estudio es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

4.5 Alcance de la Investigación

La investigación posee un *alcance exploratorio y descriptivo*, ya que el objetivo de este consiste en examinar un tema de investigación del cual no se tenía información sobre su estado

actual y especificar las características a partir de los datos obtenidos (Hernández Sampieri et al., 2014).

4.6 Diseño de la Investigación

La investigación se aborda desde un diseño fenomenológico donde se pretende describir y entender el fenómeno estudiado a partir de los datos recabados en las entrevistas realizadas a los participantes, a través de sus experiencias individuales subjetivas.

La presente investigación se centra en los puntos de vista de profesionales que forman parte de los servicios de Salud Mental de distintos hospitales generales en torno a la implementación de la Ley N° 26.657/10. Al ser la misma una investigación fenomenológica, se explora, describe y comprende a partir de lo que los individuos comparten de sus experiencias con un fenómeno determinado (Hernández Sampieri et al., 2014).

Vale aclarar, que cada estudio cualitativo es por sí mismo un diseño, por lo que cada investigación posee sus propias características.

4.7 Instrumentos

Para el estudio se utilizó como método de recolección de datos diferentes instrumentos. Desde un primer momento, se comenzó con la “*observación del contexto*” y la documentación en la “*bitácora de campo*” (ver Anexo III) de los distintos hospitales a los que se asistió.

A fines de la investigación llevada a cabo, este instrumento sirvió para observar el ambiente físico de cada hospital, teniendo en cuenta las impresiones de la investigadora.

En la misma se intentó plasmar según lo propuesto por Hernandez Sampieri (2014):

- *Descripciones del ambiente*: dónde se encuentra el servicio de Salud Mental en los hospitales, cómo está señalado, el acceso al mismo, como se disponen en el espacio los distintos dispositivos (consultorios, internación, salas de espera, etc.).
- *Diagramas, cuadros, esquemas*: podrá incluirse el organigrama del hospital y del servicio u otros esquemas con datos que resulten pertinentes.
- *Objetos recogidos en el contexto*

Fue una herramienta útil, ya que surgieron interrogantes, ideas e hipótesis en relación al tema de investigación, como así también para organizar el proceso de análisis.

Se realizaron a los profesionales *entrevistas individuales semiestructuradas*. Grinner (1997, citado en Hernandez Sampieri, 2014) toma las entrevistas semiestructuradas como una guía de asuntos o preguntas, en la cual el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (no todas las preguntas están predeterminadas). Las preguntas estaban previamente estipuladas en un *guión de entrevista* (ver Anexo I), donde se presentaron distintos ejes temáticos, cada uno de ellos poseía un objetivo y preguntas orientadoras. Posteriormente, la secuencia de las mismas y su formulación fue variando en función de cada entrevistado/a así como también las preguntas adicionales que surgieron en el transcurso de cada entrevista.

Se buscó en primer lugar recabar información de los participantes y los servicios de los que son parte. El objetivo era que pudieran relatar las modalidades de atención y los dispositivos de Salud Mental con los que se trabaja en los hospitales generales, como también explorar si se llevan o no a cabo internaciones en los mismos. Por último, se intentó indagar sobre los facilitadores y obstáculos de la plena implementación de la Ley N° 26.657 en los hospitales polivalentes.

4.8 Muestra

En esta investigación cualitativa, la muestra fue flexible, se fue evaluando y redefiniendo a lo largo del proceso. En cuanto a los hospitales a los que asistió, se fueron modificando según la accesibilidad que se tuvo a los mismos. Con respecto a las entrevistas realizadas, se evaluó en cada hospital que profesionales estaban disponibles y tenían la voluntad y predisposición de participar en la investigación.

El tipo de muestra *es no probabilística intencional*, ya que se escogieron las unidades de análisis a partir de los criterios de conveniencia acorde con los objetivos de la investigación, con el propósito de profundizar sobre cierto fenómeno pero no procurando generalizar a partir de los casos (Hernández Sampieri et al., 2014).

La investigación se realizó en 4 hospitales generales de Mendoza: Hospital Lencinas de Godoy Cruz, Hospital Central de Ciudad, el Hospital El Carmen de Godoy Cruz y el Hospital Diego Paroissien de Maipú.

Los requisitos para la selección de los participantes fue que sean parte del Servicio de Salud Mental de los hospitales generales y que tuvieran en ellos una antigüedad de 6 meses como mínimo.

En esta investigación cualitativa el tamaño de muestra no se fijó a priori (antes de la recolección de los datos), sino que se estableció a medida que se fue ingresando en los hospitales de acuerdo a las posibilidades.

La muestra fue de 5 licenciados/as en Psicología, 2 médicos/as psiquiatras y una trabajadora social.

Tabla 1. Descripción de los participantes

Participante	Hospital	Profesión en la que se desempeña
S1	Hospital Central	Lic. En Psicología
S2	Hospital Lencinas	Lic. En Psicología
S3		Lic. En Psicología
S4		Psiquiatra
S5	Hospital El Carmen	Residente de Psicología
S6		Trabajadora Social
S7		Residente de psiquiatría
S8	Hospital Paroissien	Lic. En Psicología

4.9 Procedimiento

En un primer momento, se procedió a dialogar con el Departamento de Prácticas Profesionales de la Universidad para pedir sugerencias sobre como ingresar a los distintos hospitales. Se dieron a conocer cuáles eran aquellos con los que la facultad tenía convenio y se facilitó el contacto con el Hospital Lencinas, brindando los correos electrónicos de los profesionales a cargo.

Se hizo el contacto con los profesionales a cargo del Hospital Lencinas y se pactó una reunión informativa, donde se comentó sobre la investigación, se presentó el proyecto y se

acordó otros encuentros en donde poder entrevistar a los profesionales y también la posibilidad de observar entrevistas de admisión.

En el caso del Hospital El Carmen, el primer contacto se hizo con la Directora de Salud Mental de OSEP, quien facilitó el contacto del Jefe de Residentes del hospital. Una vez contactada con él, se acordó un encuentro inicial en el cual se indicaron las condiciones para poder realizar el trabajo de campo, tanto entrevistas con los profesionales como observaciones con el hospital. Se entregó una nota de autorización al Jefe del Servicio de Hospital, en la cual se indicaba el tema de investigación, los objetivos y las actividades a realizar. Por otra parte, se presentó en la Dirección de Salud Mental y en el Comité de Investigación de OSEP la documentación requerida (Proyecto de Investigación, Nota de pedido de autorización, Convenio, Seguro, Certificado de Vacunas). Después de más de un mes a la espera de alguna respuesta aprobaron la solicitud y se coordinó con el jefe de residentes los días y horarios donde se concurrió a entrevistar a los profesionales y a observar los distintos dispositivos del hospital.

Al encontrar distintas dificultades a la hora de contactarse con los hospitales, se solicitó la ayuda de la directora de carrera, quien brindó algunos contactos de profesionales, entre ellos el de la Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital Central y el de una profesional del Hospital Diego Paroissien.

A la hora del contacto con los profesionales se les explicó la temática de la investigación y sus objetivos y se les pidió la participación voluntaria para realizar las entrevistas, solicitándoles su consentimiento mediante un Consentimiento Informado (Anexo II). El material de las entrevistas fue grabado y luego transcrito para su posterior análisis.

4.10 Análisis de los datos

Una vez realizadas las entrevistas, se realizó un análisis de cada hospital, tomando el contenido de las entrevistas a los profesionales de cada institución. Se generó una codificación, es decir, un proceso mediante el cual las características importantes del contenido fueron transformadas a unidades que permitieron la descripción y análisis (Hernández Sampieri et al., 2014).

Para el análisis de los datos se tuvieron en cuenta los siguientes ejes:

- Descripción del ambiente
- Transformaciones

- Modalidades de atención
- Internaciones
- Facilitadores y obstáculos

Los distintos ejes posibilitan la realización de comparaciones y posibles contrastes, la organización conceptual de los datos y la presentación de la información de manera adecuada.

En el siguiente cuadro se presentan los ejes de análisis con sus respectivas definiciones teóricas y operativas.

Tabla 2. Definiciones de los ejes de análisis

EJES	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERATIVA
EJE I: DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE	La descripción del ambiente es una explicación ordenada y detallada de distintos lugares, personas, relaciones y eventos del contexto que intenta transportar al lector al sitio de la investigación	Dónde se encuentra el servicio de Salud Mental en los hospitales, cómo está señalado, el acceso al mismo, como se disponen en el espacio los distintos dispositivos (consultorios, internación, salas de espera, etc.). Los profesionales describen el servicio, los profesionales que lo componen, los espacios que disponen, etc.
EJE II: TRANSFORMACIONES ¿Qué cambió con la implementación de la LNSM?	Acción o proceso mediante el cual algo se modifica, altera o cambia de forma	El profesional menciona aspectos que se modifican, agregan y/o transforman con la sanción y reglamentación de la Ley N°26.657.

<p>EJE III: MODALIDAD DE ATENCIÓN ¿Cómo se organizan y qué hacen?</p>	<p>Conjunto de métodos de trabajo e intervenciones que se llevan a cabo, donde se incluyen las modalidades de abordaje y los dispositivos de salud mental.</p>	<p>El profesional puede mencionar si trabajan de manera interdisciplinaria. Si las prácticas se orientan al reforzamiento, la restitución o promoción de los lazos sociales y al trabajo en conjunto con otros sectores. Si en sus prácticas hace uso del consentimiento informado. Puede enunciar los diferentes dispositivos de Salud Mental que implementa y actividades que realiza en su desempeño cotidiano. Puede mencionar: consultorio externo, rehabilitación, talleres, interconsultas, internación, abordajes individuales, familiares, grupales, etc.</p>
<p>EJE IV: INTERNACIONES ¿Cómo se llevan adelante?</p>	<p>INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL Considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Las internaciones de Salud Mental deben realizarse en hospitales generales (LNSM).</p> <p>SERVICIO DE GUARDIA Modalidad de trabajo de los hospitales, su propósito es que los servicios de salud estén disponibles de forma continua y permanente para la población.</p>	<p>El profesional puede referir que tipos de internaciones se realizan (voluntarias o involuntarias). Las características de cada internación, cómo se llevan a cabo, la duración de las mismas, cuáles son los criterios de internación.</p> <p>Los profesionales pueden describir si hay o no guardia en Salud Mental. El funcionamiento de la guardia: días, horarios, profesionales a cargo, pacientes que recibe, criterios de internación.</p>

EJE V: FACILITADORES Y OBSTÁCULOS	Aquellos hechos o situaciones que ayudan o impiden el logro de un fin, en este caso la plena implementación de la Ley N°26.657 en hospitales generales.	FACILITADORES	El profesional puede mencionar aquellas condiciones que facilitan la aplicación de la ley en los hospitales generales
		OBSTÁCULOS	El profesional pueda mencionar aquellas condiciones o hechos que impiden o dificultan la aplicación de la Ley en los hospitales generales
		PROPUESTAS	Los profesionales expresan cambios y propuestas que podrían realizarse para lograr una plena implementación de la Ley

Esto se realizó a través de un Análisis de Contenido de cada entrevista efectuada. El análisis de las entrevistas consistió en seleccionar segmentos del discurso de los participantes, relevantes y significativos para la investigación, y agruparlos en los distintos ejes constituidos en relación a los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO 5:

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CÁPITULO 5: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este trabajo de investigación tiene como objetivo conocer la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental N° 26.657 y el impacto que ha tenido el nuevo paradigma en distintos hospitales generales de Mendoza. Para lograr el mismo se asistió a distintos hospitales donde se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales.

A continuación, se analizará la información obtenida en las diferentes entrevistas a partir de los ejes de análisis propuestos en la investigación.

EJE I: Descripción del ambiente

En este eje se tuvo como objetivo caracterizar cada uno de los hospitales a los que se asistió. Los datos recabados mediante la observación del contexto y las anotaciones en la bitácora de campo fueron los principales instrumentos para obtener los datos analizados en este eje. Así mismo se tuvieron en cuenta los detalles brindados por los profesionales entrevistados.

Se describirán los servicios de cada uno de los hospitales, comenzando desde su señalización que fue lo primero en llamar la atención al ingresar al campo, siguiendo por la denominación de cada uno, cómo se dispone el espacio y como se conforma cada uno.

Se presentarán los datos a continuación y se expondrán en modo de cuadro para facilitar el acceso a la información.

- Hospital Lencinas

El Hospital José N. Lencinas ubicado en Villa Hipódromo de Godoy Cruz, Mendoza, fue inaugurado el 25 de mayo de 1924. Fue un hospital especializado en enfermedades infectocontagiosas, la decisión de su ubicación, lejano del centro de la capital de la provincia, respondía al deseo de aislamiento de los pacientes y el hecho de evitar mayor contagio.

Actualmente es un hospital general que atiende una guardia general las 24 horas y cuenta con servicios de Clínica Médica, Pediatría, Traumatología, Diabetología, Ecografías, Urología,

Fisiatría, Neumonología, Clínica Infecciosa, Cardiología, Ginecología, Dermatología, Psiquiatría, Psicología, Fonoaudiología, Laboratorio de Análisis Generales y Bacteriológicos, y Radiología.

Es un hospital de mediano riesgo con internación y cuidados intensivos y corresponde a la región Metropolitana Sur de la provincia de Mendoza.

- Salud Mental

Tabla 3. Descripción del ambiente. Hospital Lencinas

HOSPITAL LENCINAS	
SEÑALIZACIÓN	No hay señalización
DENOMINACIÓN	No son servicio
DISPOSICIÓN DEL ESPACIO	Funciona en un pabellón de la Universidad del Aconcagua.
CONFORMACIÓN	PERSONAL DE PLANTA 3 psicólogas 1 psiquiatra 1 trabajadora social
	RESIDENTES Sede de rotación de residentes: 2 psicólogos 2 psiquiatras 1 trabajadora social

Lo primero que se tuvo en cuenta al ingresar a la institución fue la señalización, en el cartel (Figura 1) donde se encuentran todas las indicaciones del hospital no se hacía mención a Salud Mental.



Figura 1. Cartel Hospital Lencinas

En el hospital Lencinas, “Salud Mental” no es un servicio, al respecto, una de las psicólogas entrevistadas menciona: *“no somos un servicio, ese es un tema. Dependemos de consultorios externos que la jefa es una ginecóloga”* (S2).

Funciona en un pabellón que depende de la Universidad del Aconcagua (Figura 2), que es un edificio con aspecto más nuevo que el resto de hospital. El espacio posee una sala de espera, algunos consultorios y una cocina donde se reúnen los profesionales. Este pabellón es compartido con el área de Fonoaudiología de la Universidad del Aconcagua.

En cuanto a su conformación, cuentan con tres psicólogas, un psiquiatra y una trabajadora social en planta, y reciben residentes ya que son sede de rotación de residencia en hospital general y enfermedades prevalentes. En 2019, hay 5 residentes rotando, 2 psicólogos, 2 psiquiatras y una trabajadora social.



Figura 2. Pabellón Universidad del Aconcagua

- Hospital Central

El Hospital Central fue oficialmente inaugurado en 1945, y en 1950, tras crearse la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuyo, queda designado como primer hospital escuela de la región.

Es el principal hospital polivalente dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza, ya que brinda atención de salud de alta complejidad, orientada a especialidades clínicas y quirúrgicas.

- Servicio de Salud Mental

Tabla 4. Descripción del ambiente. Servicio de Salud Mental. Hospital Central.

HOSPITAL CENTRAL

SEÑALIZACIÓN	Psicopatología/Salud Mental
DENOMINACIÓN	Servicio de Salud Mental
DISPOSICIÓN DEL ESPACIO	Se encuentra en el 1er piso junto al área de oftalmología

CONFORMACIÓN	PERSONAL DE PLANTA	Jefa del servicio (Psicóloga) 4 psicólogos/as 4 psiquiatras 1 Trabajadora Social
	RESIDENTES	Jefe Médico y Jefe no médico, 2 de cuarto, 2 de tercero, 2 de segundo y 7 de primero

El servicio de Salud Mental del Hospital Central se encuentra en el primer piso. Se puede observar al ingresar un cartel antiguo que indica “*Psicopatología*”. Al llegar al pasillo en donde se encuentra ubicado el servicio se encuentra un cartel más nuevo que el visto anteriormente con la insignia de “*Salud Mental*” (Figura 3).



Figura 3. Cartel de Salud Mental Hospital Central

El espacio donde se encuentra el servicio es un lugar con 4 consultorios, afuera hay una sala de espera compartida con oftalmología. En el pasillo hay una ventanilla donde dan los turnos e información.

El servicio se denomina “*Servicio de Salud Mental*”, su jefa de servicio es una psicóloga y está conformado por personal de planta, dentro de los que se encuentran 4 psicólogos/as, 4 psiquiatras y una trabajadora social, y por residentes, un jefe médico y un jefe no médico, 2 residentes de cuarto, 2 de tercero, 2 de segundo y 7 de primero.

- Hospital El Carmen

El hospital El Carmen es un hospital general que se inauguró el 11 de febrero de 1900. Está ubicado en el departamento de Godoy Cruz de la provincia de Mendoza. Depende de la Obra Social de Empleados Públicos.

En el mismo se brindan servicios de cardiología, cirugía, clínica médica, dermatología, ginecología, maternidad, obstetricia, oftalmología, pediatría, salud mental, etc. Cuenta con atención ambulatoria, internación y servicio de guardia.

Las internaciones pueden ser internaciones generales, unidad de terapia intensiva o unidad coronaria.

Las instalaciones de Hospital El Carmen disponen de un servicio de guardia las 24 horas para la atención de distintas urgencias.

- Servicio de Salud Mental

Tabla 5. Descripción del ambiente. Servicio de Salud Mental. Hospital El Carmen

HOSPITAL EL CARMEN

SEÑALIZACIÓN	"Psicología" y "Psiquiatría"	
DENOMINACIÓN	Servicio de Salud Mental	
DISPOSICIÓN DEL ESPACIO	Internación y guardia Consultorios externos	
CONFORMACIÓN	PERSONAL DE PLANTA	SALA: 3 psiquiatras (Uno jefe de servicio) 2 psicólogos 1 trabajadora social. CONSULTORIO EXTERNO: 3 psicólogos y 1 psiquiatra
	RESIDENTES	Jefe de residentes Psiquiatra Jefe de residentes Psicólogo Residentes de psicología (2 de primero y 2 de segundo) Residentes de psiquiatría (2 de primero y 2 de segundo)

Al ingresar al hospital por la entrada principal se encuentra una ventanilla de información en la que indican donde dirigirse para encontrar el servicio de Salud Mental, el mismo funciona en un edificio contiguo en el sector de “Rehabilitación”.

Al salir del edificio principal se puede observar por un lado el sector de internaciones y guardia y por otro un sector de consultorios externos y rehabilitación.

En rehabilitación hay una mesa de entrada y funcionan varios consultorios de diferentes disciplinas (Figura 4).

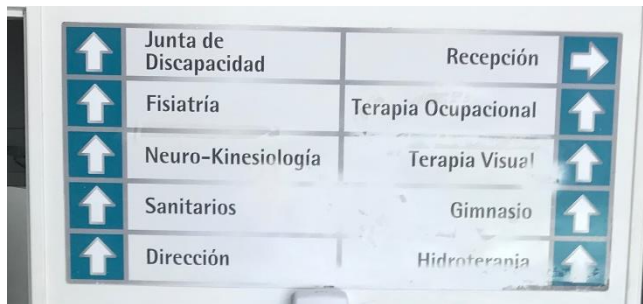


Figura 4. Señalización Sector Rehabilitación. Hospital El Carmen

En ninguno de estos espacios se visualiza ninguna señalización que refiera “Salud Mental”. En el edificio de consultorios externos se puede encontrar un cartel con diferentes indicaciones, en el que se encuentra especificado “*Psicología*” y “*Psiquiatría*” (Figura 5). Así mismo, el servicio se denomina “*Servicio de Salud Mental*”.

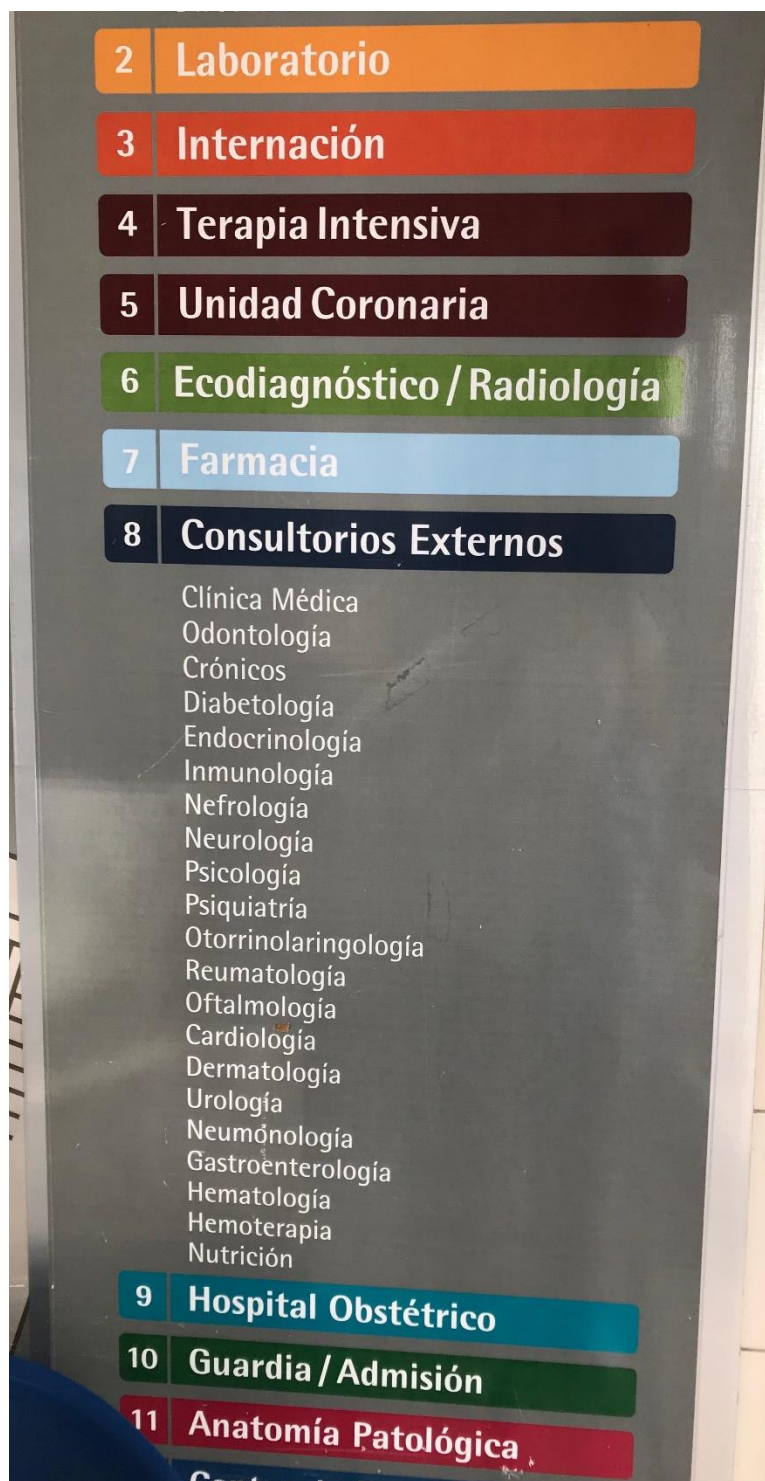


Figura 5. Señalización consultorios externos. Hospital El Carmen

Respecto a su conformación, se dividen en personal de planta y residentes. El personal de planta cuenta por un lado con 3 psiquiatras, 2 psicólogos/as y una trabajadora social que se encargan de realizar los trabajos en sala, y por otro, a 3 psicólogos/as y 1 psiquiatra que atienden en consultorio externo.

Cuentan con residentes de psicología, entre ellos, un jefe psicólogo, 2 residentes de primero y 2 de segundo, y con residentes de psiquiatría, un jefe psiquiatra, 2 residentes de primero y 2 de segundo. Los residentes se desempeñan en la internación y la guardia, como así también en el seguimiento de tratamiento ambulatorio.

- **Hospital Paroissien**

El Hospital Diego Paroissien, fue fundado en 1914 en el Departamento de Maipú. Es un Hospital Público Regional de mediana complejidad con perfil materno infantil, correspondiente a la región Metropolitana Sur de la provincia de Mendoza.

Cuentan con servicios de cardiología, cirugía general, clínica médica, dermatología, infectología, gineco-obstetricia, neonatología, hematología, guardia, neumonología, nutrición, salud mental, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, kinesiología, entre otros.

Servicio de Salud Mental

Tabla 6. Descripción del ambiente. Servicio de Salud Mental. Hospital Diego Paroissien

HOSPITAL PAROISSIEN	
SEÑALIZACIÓN	No hay señalización
DENOMINACIÓN	Servicio de Salud Mental
DISPOSICIÓN DEL ESPACIO	El servicio no se encuentra en el edificio principal del hospital
CONFORMACIÓN	PERSONAL DE PLANTA
	Jefa del servicio (Psiquiatra) 5 psicólogos 3 psiquiatras
	RESIDENTES
	No hay residentes

En el edificio central del Hospital Paroissien no se encuentra señalización sobre salud mental en el cartel principal de indicaciones (Figura 6), la información sobre la ubicación del servicio de salud mental se obtiene en mesa de entrada.

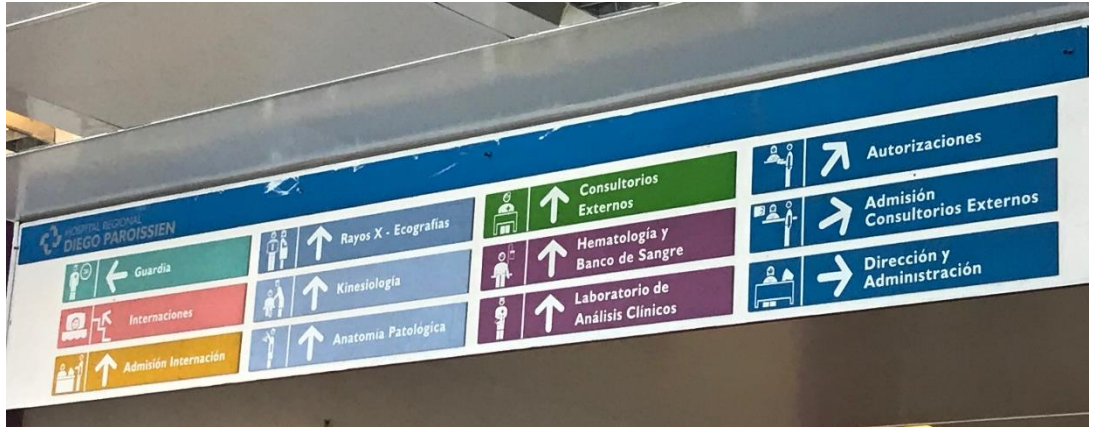


Figura 6. Señalización Hospital Paroissien

El servicio de Salud Mental se encuentra en una casa ubicada en la misma cuadra que el edificio principal y tiene un pequeño cartel realizado en computadora en el que se indica “Salud Mental”, el cual es imperceptible si se mira desde la vereda (Figura 7).



Figura 7. Vista desde la vereda. Salud Mental, Hospital Paroissien

Al ingresar hay una pequeña sala de espera y un escritorio a modo de recepción. El espacio es chico y no está en buenas condiciones. En ese establecimiento cuentan con 4 consultorios.

El servicio se denomina “Servicio de Salud Mental” y cuenta con una jefa del servicio que es psiquiatra, 5 psicólogos/as y 3 psiquiatras.

EJE II: Transformaciones

A partir de este eje, se intentará responder al objetivo específico indicado anteriormente que expresa “Conocer cuáles han sido las transformaciones dentro de los hospitales generales a partir de la Ley N° 26.657/10”.

Tabla 7. Esquema Eje II: Transformaciones a partir de la Ley N°26.657/10

EJE II: TRANSFORMACIONES

HOSPITAL LENCINAS	Sumaron profesionales de Salud Mental. Entrevistas de admisión interdisciplinarias. Trabajo en Sala. Interconsultas. Sede de rotación de residencia.
HOSPITAL CENTRAL	Cambio de nombre del servicio. Jefa de servicio Psicóloga. Sumaron profesionales de Salud Mental. Residencia. Internación y guardia de Salud Mental.
HOSPITAL EL CARMEN	Cambio de nombre del servicio. Internación y guardia de Salud Mental. Inclusión de trabajo social al servicio. Residencia.
HOSPITAL PAROISSIEN	Internación de Salud Mental. Trabajo Interdisciplinario

En 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y trae consigo cambios en materia de salud mental y en lo que a hospitales generales respecta. Los datos obtenidos en los distintos hospitales reflejan como principal transformación la incorporación de **internaciones y guardia de Salud Mental** en las instituciones polivalentes. Las mismas persisten en todos los hospitales a excepción del Hospital Lencinas, en el cual se dejaron de realizar internaciones de

Salud Mental y en este momento no cuentan con estos dispositivos, y el Hospital Paroissien, donde cuentan con el recurso de la internación, pero no del dispositivo de guardia de Salud Mental.

La inclusión de las mismas en los hospitales generales se encamina dentro del llamado proceso de “*desmanicomialización*”, que conlleva dejar de lado las instituciones manicomiales, el dispositivo psiquiátrico hegemónico, con una lógica asilar y de aislamiento, y va en búsqueda de un proceso de inclusión y garantía de derechos.

Se retomará este tema y se profundizarán estos datos en el apartado del Eje IV sobre las “Internaciones” que gira en torno al objetivo específico que establecía explorar las internaciones en Salud Mental en los hospitales generales.

Por otra parte, tres de los cuatro hospitales estudiados han establecido un cambio en la denominación del servicio, llamándose actualmente “**Servicio de Salud Mental**”, dejando de lado otras denominaciones como “Servicio de Psicopatología” o “Servicio de Psiquiatría”. Al respecto refieren:

*“El servicio antes se llamaba **psicopatología** y ahora se llama **salud mental** hace un par de años” (S1). Era psicopatología, donde el paradigma era la medicalización del paciente, (...), se trataba la urgencia y se lo mandaba al monovalente. Era un servicio que hacía lo que se llamaba, **psiquiatría de enlace**, que entonces era enlazar con los otros servicios. Hace 3 años comenzó un **cambio de paradigma** que tuvo que ver con el cambio de nombre, las internaciones de Salud Mental en el hospital general. Se empezó a transmitir que el padecimiento mental es lo mismo que una patología clínica. (S1). El servicio en sus inicios se denominaba “**Psiquiatría**”, (...). Con la Promulgación de la Ley de Salud Mental y la jubilación del jefe del servicio, se logró hacer un cambio en la denominación del servicio, el cual paso a ser: “**Servicio de Salud Mental**” (S6).*

Esto va más allá de la simple denominación, refleja a partir del cambio nombre un cambio de paradigma. Anteriormente, la importancia estaba puesta en una única disciplina como lo es la Psiquiatría y el resto de las disciplinas quedaban subordinadas a ella. “Salud Mental” abre el panorama a otras disciplinas como psicología y trabajo social entre otras, y las pone en igualdad de condiciones, intenta de esta manera dejar de lado la predominancia del paradigma médico hegemónico.

Esto trae como resultado que en algunas instituciones los *jefes de servicio* hayan dejado de ser médicos psiquiatras, buscando romper con la hegemonía médica y poniendo en discusión su jerarquía frente al resto de las disciplinas, y refleja lo que la ley plantea respecto a que “los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones de ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones” (Ley N°26.657, 2010, 22). Los profesionales al respecto mencionan:

Era una psiquiatra la jefa anterior, siempre habían sido psiquiatras los jefes. Siempre se consideró, eso era una visión sesgada, pero era así, que el único que podía quedarse a cargo de un servicio era el psiquiatra (S1). La designación de un nuevo Jefe que por decisión de profesionales del servicio y director fue por primera vez un psicólogo (S6).

Sin embargo, actualmente sólo uno de los hospitales presenta una jefa de servicio psicóloga, el Hospital Central. Tanto en el hospital El Carmen, como en el hospital Paroissien, los jefes de respectivos servicios son psiquiatras, mientras que en el hospital Lencinas al no ser institucionalmente un servicio tampoco existe la figura de jefe ni un organigrama establecido.

Otra transformación que se produjo en el marco de la Ley N°26.657/10 tuvo que ver con el aumento de la cantidad de *profesionales* en los servicios y siguiendo con lo dicho anteriormente con la inclusión de nuevas disciplinas a los mismos.

“Incluí una trabajadora social, hace más o menos año” (S1) “Hasta el 2009 no había psiquiatra en el equipo, éramos solo dos psicólogas” (S2) “El año pasado ingreso una psicóloga del Pereyra que hizo su traslado del monovalente al polivalente eso es muy importante porque tiene que ver con la ley, que el recurso se descentralice que salga de los monovalentes hacia los polivalentes” (S4). “Se incluyó la trabajadora social y una psicóloga de la dirección de salud mental que es M. Y el año pasado ingreso una psicóloga” (S3) “Ahora se ha incluido una trabajadora social al servicio de Salud Mental” (S6).

Y expresan también que es a partir de la ley que se incrementa el trabajo de manera interdisciplinaria, como la ley indica (Ley N°26.657, 2010):

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (p.19)

De esta manera, ya no se piensa al individuo solo, aislado, sino que se tiene en cuenta todo su entorno social y a la comunidad a la que éste pertenece, y se lo piensa como una unidad bio-psico-socio-cultural por lo tanto que debe ser abordado desde diferentes disciplinas y de manera interdisciplinaria.

La incorporación de la **residencia** fue también producto de la Ley Nacional de Salud Mental que expresa que “La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes” (Ley N°26.657, 2010, 93).

“Hace 4 años, porque son los primeros egresados” (S1). “Hace más o menos unos 4/5 años empezamos a recibir rotaciones de la residencia, somos sede de rotación de hospital general” (S4) “En junio de 2017 se inauguró la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental como parte del servicio de salud mental del hospital” (S6).

Esto permitió en el hospital Central y en el hospital El Carmen, el funcionamiento de dispositivos como la guardia que en ambos casos dependen exclusivamente de los residentes.

EJE III: Modalidades de Atención

En el eje de “Modalidades de Atención” se intenta describir cuales son los métodos de trabajo e intervenciones que se llevan a cabo en los distintos hospitales. Se analizarán las modalidades de abordaje anteriormente desarrolladas y la existencia o no de diferentes dispositivos de salud mental planteado por la ley.

Tabla 8. Esquema Eje III: Modalidades de Atención

EJE III: MODALIDADES DE ATENCIÓN						
	Abordaje Interdisciplinario	Abordaje Intersectorial	Consentimiento Informado	Dispositivos	Prestaciones	Internación de Salud Mental
HOSPITAL LENCINAS	✓	X	✓	Consultas Ambulatorias	X	X
HOSPITAL CENTRAL	✓	X	✓	Consultas Ambulatorias	X	✓

HOSPITAL EL CARMEN	✓	✓	✓	Consultas Ambulatorias	X	✓
HOSPITAL PAROISSIEN	✓	X	No se menciona	Consultas Ambulatorias	X	✓

La Ley Nacional de Salud Mental promueve en su capítulo sobre modalidad de abordaje que la atención en salud mental debe estar a cargo de un **equipo interdisciplinario**. Al indagar en los distintos hospitales, se pudo conocer que en todos se realiza un abordaje desde las distintas disciplinas o al menos se hace alusión a ello por lo que se puede pensar que se trabaja de esa manera. Los entrevistados mencionan con respecto a esta modalidad:

*Se hacen abordajes desde todas las disciplinas. Se me paran los pelos si hay algún paciente que está solo con psiquiatra ¿dónde está el psicólogo?, ¿dónde está el trabajador social?, hay que darle un **abordaje más completo**" (S1). "Todos los miércoles hacemos entrevistas de **admisión interdisciplinarias**" (S2). "se intenta trabajar de forma **interdisciplinaria** siempre y se nota la necesidad de trabajar también de forma interdisciplinaria, hay un montón de cosas que, por ejemplo, sin un trabajador social no podríamos hacer", "siempre se piensa más allá de la disciplina" (S5). "Generalmente si se realiza **trabajo interdisciplinario**, las preadmisiones las hace la trabajadora social con la psicóloga y psiquiatra, y después nos derivan a los diferentes profesionales" (S8).*

Sin embargo, se pudo examinar que, en su mayoría, los hospitales a pesar de contar con profesionales de Trabajo Social en sus equipos, tienen **Servicio de Trabajo Social** por fuera de los servicios de Salud Mental.

"Trabajo Social es un servicio aparte, no funciona dentro de Salud Mental" (S1). "trabajo social en el hospital, el servicio de trabajo social es aparte", "antes trabajo social era parte del servicio cuando surge y se crea la ley se dividen por cuestiones institucionales, cuestiones de servicios digamos. Surge la ley y se separan. Todo un tema, fueron varios años que funcionaron como por separado digamos, trabajaban casos juntos, pero por separado" (S6).

Siguiendo en términos de la Ley N°26.657 (2010), la misma expresa:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (p.19)

Con respecto a si las prácticas de los profesionales se orientan al **reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales**, se pudo recabar la siguiente información:

“se insiste en que por ejemplo el paciente siempre se tiene que entrevistar a un referente, sea familiar, vecino, amigo quien sea. Tratamos de que, aunque este internado no desvincularlo del contexto, hacer intervenciones llamando a los lugares de trabajo, (...), no hacer nuestra intervención y listo sino se tiene cómo en cuenta seguir vinculándolo a su contexto a su familia a su sistema laboral cuando se pueda y cuando no se puede ver con qué recursos contamos en la comunidad para que pueda ir a algún centro de capacitación o lo que haya”. (S5) “la obra social cuenta con un programa específicamente, que se llama “unidad de seguimiento de internación en salud mental”, “En la obra social también hay otro programa que es de abordaje territorial, abordaje poblacional que de ellos depende todo lo que es, cuentan con facilitadores que es como lo que sería en lo público agentes sanitarios” (S6). “Se trabaja en general con Programas de OSEP, con el Programa de adicciones y adolescencia y con el plan cuidar que es de atención domiciliaria. Pero más que nada con el de adicciones” (S7).

Cabe destacar que los/as profesionales del Hospital El Carmen fueron los únicos que hicieron mención a este tipo de prácticas y a los distintos programas que dependen de la Obra Social OSEP a la cual pertenecen. Entre estos mencionaron un programa denominado “Unidad de seguimiento de internación en Salud Mental” y otro programa de abordaje territorial. Sobre este último una de las profesionales entrevistadas comentó:

“Hay facilitadores en casi todas las sedes digamos, sedes y zonas. Y después lo que hacen es el trabajo más de campo, llegar al afiliado y si no llegan a la casa digamos al campo, hacen contacto telefónico con los afiliados, hacen un seguimiento están divididos por sede, por zona, por barrio, cada facilitador tiene un lugar y después articula y tienen una mesa de casos críticos” (S6).

El artículo de la Ley previamente citado, hace referencia al abordaje intersectorial. En la reglamentación de dicha ley se afirma que se debe garantizar a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que sea necesario para el desarrollo y la inclusión social.

Frente a esto, se encontró que, si bien existe en todos los hospitales el **trabajo interinstitucional**, el mismo se da únicamente con el sector de la Salud y en su mayoría específicamente con salud mental.

“con toda la red de salud, con toda la red ministerial, centros de salud, CPA, infanto juveniles, CIPAU, con los hospitales generales” (S1). “Tenemos red con los centros de salud, (...) a partir de ahí empecé a tener relación con los centros de salud, que tienen otra forma de trabajo, pero la población es la misma, se supone que ellos son de primer nivel y nosotros segundo, y lo importante estar en comunicación porque a veces tenemos que derivar por zona de georreferencia, eso es fundamental” (S2). “Trabajamos con redes, con OAL, con medio camino, con discapacidad, área de la mujer, con la parte judicial, con penitenciaria, con agente sanitario, con los médicos de consultorio, con otros hospitales, con adicciones, con salud mental también, vienen nos reunimos, nos preguntan, con residencia” (S3). “En OSEP es distinto porque acá tienen toda una red armada dentro de la misma obra social entonces es más fácil. En el Estado es como que a veces llamas algún lugar y ya no existe, pero si siempre se trata de trabajar en red” (S5). “Casi siempre se articula con las sedes o con los prestadores” (S6). “Se trabaja con otros organismos como CPA, DOAYTE, juzgados. También con los monovalentes y la CIPAU” (S8).

La ley también propone el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, servicios para la promoción y prevención en salud mental (Ley N°26.657, 2010).

En lo que a estos dispositivos de salud mental respecta, son pocos aquellos que son mencionados por los profesionales entrevistados. Un dispositivo con el cual cuentan en todos los hospitales estudiados es el de **“consultorios externos”** o **“tratamientos ambulatorios”**.

“Todas las tardes se hace consultorio, y casi todas las mañanas. Cuando el paciente se va de alta se deriva a consultorio externo a nosotros. El consultorio no está abierto a la comunidad es a nuestros pacientes internados, y a todo paciente del hospital central, sea derivado internamente” (S1). “Trabajamos en 3 ámbitos, consultorios externos, interconsultas y docencia” (S2). “en la externación se arma un tratamiento ambulatorio para psiquiatría, psicología, si hay necesidad de abordaje en trabajo social también” (S6). “Consultorio y demanda externa. Un día al mes se dan 12 turnos por mes nuevos que tienen que ir con derivación” (S8).

En cuanto a la **inclusión social y laboral, la atención domiciliaria y la promoción y prevención de la salud mental**, los profesionales no hacen referencia a los mismos o refieren no contar con estos dispositivos.

Respecto a las prestaciones como: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Ley N°26.657, 2010) se puede resaltar:

*“Si lo que depende de la obra social, por ejemplo, hay lo que tiene que ver con **acompañamiento terapéutico** y todo lo que es **centros de día**, pero no es que la obra social tiene centros de día propios, sino que se puede digamos mediar y todo lo que es como hogares psicogerítricos” (S6). “Acá en Maipú hay muy poco, no tenemos mucho, sobre todo hay algunos **hogares** para la mamá y el hijo. No tenemos CPA en Maipú de adicciones, no tenemos ese tipo de contención, ni **hospitales de día, centros de adicciones**, para mantener a las personas, falta muchísimo de eso, el pase del hospital a antes de ingresar a la casa, esos lugares no existen acá en Maipú, solo el de la mamá y el niño” (S8).*

Cabe destacar que, con respecto al uso del **consentimiento informado** en las prácticas, se hizo mención al mismo principalmente en el caso de las internaciones, y no para el resto de las prácticas cuando lo que la ley establece es que el consentimiento rige para todo tipo de intervenciones.

*“intentamos que alguien de la familia este de acuerdo, que haya **consentimiento informado** todo”. (S1) “que amplíe derechos, preguntarle, preguntarle, que elija, el **consentimiento**, más allá de la expresión el consentimiento y la libertad de que elija el tratamiento, con la información necesaria para que elija” (S3).*

Por otro lado, parece significativo destacar que el Hospital Lencinas es la única institución que cuenta con talleres como parte de las actividades a cargo del equipo. Los otros tres hospitales no cuentan con ningún dispositivo de rehabilitación o talleres tanto para quienes transcurren las internaciones o como dispositivo ambulatorio.

“Por ahora nada, así como capacitaciones, o rehabilitación nada” (S6). “No hay otras actividades, no hay rehabilitación ni nada de eso” (S7)

En cuanto a los talleres que se realizan en el hospital Lencinas, los mismos son llevados a cabo por los alumnos practicantes de psicología. *“Hacemos talleres, pero en general empiezan en abril porque nos organizamos con los alumnos que viene a hacer prácticas”* (S2). Algunos de los talleres que realizan son:

- Taller de hábitos saludables (con nutricionista y diabetóloga)
- Taller de insomnio
- Taller de ansiedad
- Taller de habilidades psicosociales (para paciente psicóticos)

El paradigma basado en la comunidad que sostiene la ley plantea el abordaje de las adicciones como problemáticas de salud mental, incluyéndolas en la reglamentación de la ley. Al respecto informan:

*“No trabajamos **adicciones**, derivamos, trabajamos mucho con los **CPA**”* (S2). *“(…) y el programa de adicciones porque también hacemos internaciones de personas con situaciones de consumo”* (S6). *“Trabajamos con el **Programa de adicciones de OSEP**”* (S7). *“Trabajamos lo básico, el resto se deriva al **CPA**”* (S8).

Teniendo en cuenta que la Ley Nacional de Salud Mental establece que las internaciones de salud mental se deben realizar en los hospitales generales, se examinó sobre ellas y se puede señalar que, a excepción del hospital Lencinas, todos cuentan con el dispositivo de **internación de salud mental** el cual se detallará en el próximo eje.

Por último, los profesionales de todas las instituciones mencionan que realizan **interconsultas** en sala con el resto de los servicios del hospital.

EJE IV: Internaciones

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los principales cambios paradigmáticos que plantea la Ley N° 26.657 tiene que ver con las internaciones. La ley establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, por lo que los mismos deben contar con los recursos necesarios para su realización (Ley N° 26.657, 2010).

Es por esto que en este trabajo de investigación se propuso como objetivo explorar si se realizan internaciones de salud mental en los distintos hospitales generales y se intentó conocer las características de las mismas en cada uno de los hospitales investigados. A continuación, se presenta un cuadro (Tabla 9) con las ideas destacadas de cada uno de los hospitales.

Tabla 9. Esquema Eje IV: Internaciones

EJE IV: INTERNACIONES

	Internación de Salud Mental	Duración	Disposición del Espacio	Externación	Derivación a monovalente	Servicio de Guardia
HOSPITAL LENCINAS						
HOSPITAL CENTRAL	✓	3/4 días, 7 como máximo.	El paciente puede ser internado en cualquier sector del hospital.	Cuando el paciente se va de alta se deriva a consultorio externo.	En casos graves que no se pueden sostener en el polivalente se los deriva al monovalente	Guardia de 12 horas de Lunes a Viernes. Sábados únicamente a la mañana.
HOSPITAL EL CARMEN	✓	De 3 a 5 días	El hospital no cuenta con camas formalmente institucionalizadas para salud mental. El espacio es común, no hay un sector de salud mental.	Se hacen controles en el hospital	-	Hay guardia de salud mental dentro de la guardia general. La guardia es de 14 horas todos los días.
HOSPITAL PAROISSIEN	✓	2 o 3 días como máximo.	No hay camas específicas de Salud Mental. Las internaciones se realizan en clínica médica.	Seguimiento ambulatorio por consultorio externo.	Derivación a monovalente de pacientes graves.	No hay profesionales de Salud Mental en la guardia.

En primer lugar, se indagó sobre si se realizaban *internaciones de salud mental* en los hospitales generales. Al respecto se pudo conocer que este dispositivo está instalado en el Hospital Central, el Hospital El Carmen y en el Hospital Paroissien, pero no así en el Hospital Lencinas.

En el hospital Lencinas se comenzaron a hacer internaciones en el año 2009, pero por cuestiones de recursos, infraestructura, entre otros se dejaron de hacer y no se volvieron a implementar.

“En el 2009 hacíamos internaciones. Fuimos los primeros cuando empezó todo esto, pero no estaba la infraestructura necesaria, no había un sector para Salud Mental y las internaciones se hacían en el sector de clínica. Todo el hospital es así, abierto, como acá, y los pacientes se escapaban” (S2).

Actualmente, comentan que si existe la necesidad de internación de algún paciente de consultorio intentan que se realice en la institución, pero que esto se realiza únicamente en casos específicos.

*“Cuando ya nos configuramos empezamos a trabajar el tema de las interconsultas y empezar a hacer algunas **internaciones en crisis** de pacientes nuestros, que es lo que hacemos en sala, (...). Lo que hacemos son internaciones psiquiátricas de pacientes nuestros que necesitan, no todas, algunas si nos organizamos” (S4).*

En los casos de los hospitales que sí cuentan con el recurso de la internación, se pueden destacar distintos aspectos.

Las internaciones deben ser **lo más breves posibles** en función de lo establecido por la Ley N° 26.657/10 (2010). En referencia a esto, los datos recabados dieron cuenta de que las internaciones tienen una duración de entre 2 y 4 días en su mayoría, y que en algunos casos pueden llegar a extenderse a 7 o 10 días como máximo según el caso.

Respecto a los **criterios de internación y externación**, los participantes sostuvieron que se manejaban de acuerdo a los criterios que la Ley N° 26.657 (2010, 27) plantea: “sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”.

En cuanto a **la disposición de las camas y el espacio de internación** en el hospital, los diferentes profesionales mencionan:

*“En primer lugar los internábamos en el 5to porque están todo el día en el 5to, está la residencia, pero también está **el peligro de la ventana**, entonces empezamos a internarlos en el primer piso, en un servicio que se llama hospital de día, hospital de día es un servicio de nadie”. “Esas se llaman **camas PAMI**, las que justifica que haya **internación**, son **3 camas**. Nosotros tenemos a veces **8 pacientes internados**, por eso no nos alcanzaría solo la cama PAMI”. “**Ningún servicio es de nadie**, que el paciente puede estar internado en cualquier lugar, que tienen nombre los servicios, pero que no tienen que ser islas viste, sino la posibilidad que el paciente este en cualquier lugar, yo adhiero a eso, mientras haya cama esta, que no me pueden negar la cama no me importa donde sea, y eso bueno tiene un impacto” (S1). “El hospital **no cuenta con camas formalmente institucionalizadas** para salud mental pero las realizaciones si se producen, si hay internaciones en salud mental,*

*pero son **camas de clínica médica**. Ósea que el espacio es común, no hay un sector ni nada de salud mental, sino que están en las habitaciones de clínica médica todos juntos. Hay internaciones de salud mental exclusivamente o interconsultas que el motivo de ingreso es clínico que es la mayoría”. “entre sala y la guardia unos 10 por tirarte un número” (S6). “Hay internación en Salud Mental, **se internan generalmente en clínica médica. No hay camas específicas**. Pero si se internan, no hay ningún problema cuando hay que internar a algún paciente” (S8)*

Se puede destacar, que en ninguno de los hospitales existe un sector específico de camas de Salud Mental, así mismo los participantes señalan que las internaciones “*son en camas de clínica médica*”. Al respecto, la Resolución E 715 (2019) que establece las “Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental” plantea que:

La internación podrá realizarse en sala propia de salud mental o con cupo garantizado en sala de internación general o en las salas que correspondan según jurisdicción. En caso de sala propia, no deberá exceder el porcentaje del 10% de las camas totales del hospital. En caso de cupo, se establecerá un porcentaje mínimo de camas disponibles para salud mental de un 5% de las camas totales del hospital. (p.51)

En ningún caso se mencionó que existiese un cupo de camas para Salud Mental y en varias oportunidades se hizo alusión a que el uso de las camas eran prioridad de patologías clínicas antes que de salud mental.

Resulta también importante señalar, que todos los profesionales entrevistados hicieron alusión a la **infraestructura y las condiciones edilicias** que se tienen en las internaciones de salud mental.

*“Si la sala es diferente volvemos al psiquiátrico. Si yo hago un pabellón por separado volvemos al psiquiátrico, es lo mismo que un hospital psiquiátrico, entonces bueno para mí no, de todas maneras, es verdad que hay casos especiales” (S1). “todavía no veo que acá este como preparado, no solamente acá, también tengo algunos compañeros por ejemplo en el central o en el lago, **no están preparados** todavía los dispositivos para recibir al paciente grave de salud mental que llega si al hospital el sauce. No sé si es solamente de que, no es falta de formación profesional sino de **acondicionar lo edilicio**”, “porque no tenés las condiciones desde el enfermero 24 horas no podés cerrarle las puertas, entonces son un montón los condicionantes desde otro tipo de cosas que no se han abierto y no sé si se van a abrir” (S5). “en la sala hay comodidades, en la guardia no, por ejemplo, la*

*ducha no funciona, entonces cuando es una internación de varios días se complica con el tema de la higiene” (S7). “lo que si **no tenemos es la parte edilicia**, la parte de construcción no está muy bien, las ventanas no tienen rejas, si hay un intento de suicidio no tenemos muchos cuidados, generalmente se pide acompañamiento 24 hs.” (S8).*

Con respecto a los **dispositivos de guardia**, sólo los hospitales Central y El Carmen cuentan con guardia de Salud Mental. En ambos casos este dispositivo surge a partir de la residencia.

“Cuando empieza la residencia el programa del residente dice que tenés que hacer guardia si o si porque es una condición para que te den la especialización entonces ahí armamos un día de guardia” (S1) “ahora hay guardia de salud mental por los residentes, ingresan situaciones de salud mental exclusivamente por guardia” (S6)

Estos dispositivos no cuentan con profesionales de Salud Mental 24 horas como se establece en la Resolución E 715/2019, “Atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 hs.”, sino que cuentan únicamente con 12 horas en el hospital Central y 14 horas de guardia en el hospital El Carmen.

En tanto, el hospital Lencinas y el hospital Paroissien no cuentan con este dispositivo.

“No hay profesionales de Salud Mental en la guardia, nos llaman como interconsulta. Si pasa algo en guardia nos llaman, pero no hacemos guardia” (S8).

Por otra parte, se exploró sobre el seguimiento una vez que se da la **externación**. Sobre ello:

“Cuando el paciente se va de alta se deriva a consultorio externo a nosotros” (S1). “Generalmente se hace un control, uno o varios controles después del alta que son acá en el servicio, pero es exclusivamente en los pacientes que se les ha dado el alta y han sido internados exclusivamente por salud mental” (S5). “Después se sigue ambulatoriamente por consultorio externo, se hace el control psiquiátrico, psicológico, todo eso” (S8).

Podemos señalar que lo antes mencionado estaría en concordancia con lo establecido en la Resolución E 715 (2019), “El egreso será parte de la estrategia terapéutica y se realizará garantizando la continuidad de cuidados ambulatorios que la situación de cada persona requiera. Cada persona egresa con un plan de tratamiento”. Sin embargo, la resolución también plantea

que el alta hospitalaria debe darse en el marco de una estrategia en base en la comunidad y la inclusión, y esto no fue mencionado en las respuestas de los participantes.

Parece significativo señalar, que al indagar sobre las internaciones los profesionales no hicieron mención a las internaciones involuntarias, temática que es de suma importancia en la ley de salud mental.

Por último, vale destacar que los profesionales hicieron referencia a que en ciertos casos que por diferentes circunstancias las internaciones no pueden cursarse en los hospitales polivalentes se hace la derivación al monovalente.

EJE V: Facilitadores y Obstáculos de la Implementación de la Ley N° 26.657 en Hospitales Generales

En este último eje, se detallarán los facilitadores y obstáculos que se encuentran ante la implementación de la Ley N° 26.657 en los hospitales generales. Los mismos serán tomados a partir de lo planteado por los profesionales, considerando sus distintas experiencias.

Tabla 10. Esquema Eje V: Facilitadores y Obstáculos

EJE V: FACILITADORES Y OBSTÁCULOS

	FACILITADORES	OBSTÁCULOS	CAMBIOS/SUGERENCIAS
HOSPITAL LENCINAS	Admisión Interdisciplinaria Formación Recursos Capacitación Trabajo en equipo Comunicación con autoridades Políticas públicas que apoyen y difundan la ley	Falta de Recursos Falta de Espacio Falta de Políticas Públicas Condiciones Edilicias Resistencia del sector médico No cuenta con internación y guardia Continuidad de prácticas manicomiales No ser servicio Trabas institucionales No se pone en valor la salud mental Comunidad rechaza la locura Poca accesibilidad a la comunidad	Creación del Órgano de Revisión Construcción de una mirada social y cultural para alojar al enfermo mental
HOSPITAL CENTRAL	Apertura de los profesionales	Resistencia de otras disciplinas y servicios.	

	Internación en hospital general Aumento de cantidad de profesionales en el servicio Convenio con PAMI Apoyo del hospital y el Ministerio Residencia Capacitación	Falta de espacios de salud mental Profesionales no respetan los derechos del paciente Prioridad de pacientes clínicos en las camas Recursos	
HOSPITAL EL CARMEN	Atención en hospital general. Tratamiento ambulatorio. Descentralización de la atención. Predisposición y apertura de otras disciplinas. Residencia. Visibilización a través de la Ley de la Salud Mental como parte de la salud Capacitación	Resistencia y formación de otras disciplinas Infraestructura del hospital/Acondicionamiento edilicio Falta de profesionales de planta. Movimiento de residentes Servicio de trabajo social por fuera del servicio de salud mental Falta de espacio Separación de lo físico y lo mental Internaciones voluntarias Estigma del paciente de salud mental Recursos Prioridad clínica médica	Acondicionar habitaciones Rehabilitación o talleres durante la internación. Promoción del trabajo intersectorial Un espacio/camas específico de Salud Mental Rotación de clínica por Salud Mental
HOSPITAL PAROISSIEN	Reinserción de pacientes a la sociedad	Falta acondicionamiento edilicio para las internaciones. Falta espacio Recursos Resistencia del resto de especialidades. No existen lugares intermedios entre el hospital y el ingreso a la casa	Tener 3 habitaciones preparadas para Salud Mental

En cuanto a los *facilitadores*, se destaca en primer lugar la existencia de dispositivos de salud mental en hospitales generales, así como también la descentralización de la atención hacia la comunidad.

“la ley no es cerrar solo el monovalente, sino generar políticas de salud para que no tenga que llegar todo al monovalente, yo creo que falta mucho, mucho, muchísimo. Que ya haya

*algo iniciado, que el paciente se pueda quedar en un hospital general internado, todo eso para mí era impensado hace un tiempo atrás” (S1). “yo creo que la manera de **salir a la comunidad** es a través del hospital, yo creo que el hospital general cumple una función muy importante en el proceso **hacia una salud mental comunitaria**”, “la posibilidad de tener **tratamiento ambulatorio no centralizar todo en el hospital**, sino poder descentralizar a las sedes, que eso es lo bueno que tiene la obra social” (S6).*

Se señaló por otra parte, **la capacitación y la formación de los profesionales**, ya sean de salud mental como de otras disciplinas. Y se mencionó la residencia interdisciplinaria como un lugar de aprendizaje y formación en el marco de la ley, “*su paradigma, sus creencias, sus prácticas enmarcadas en la ley*” (S1).

Cabe destacar que uno de los aspectos que se tuvo en cuenta al abrir el cuestionamiento sobre los facilitadores de la implementación de la ley, fue “**la apertura de los profesionales**”, “**la predisposición del personal**” a trabajar con salud mental, en referencia a profesionales de otras disciplinas.

Un lugar importante, se les dio a los **recursos**, considerando recursos económicos y materiales tanto como recursos humanos.

“Sumamos gente, (...) AMPROS hace un acuerdo con el gobierno que todos los que estaban con prestaciones tienen que pasar a planta y pasan a planta”, “PAMI hace este convenio hace muchos años, se llama Camas PAMI (...), simbólicamente significa mucho, no tanto en plata, que es que vos adhieras a que el paciente de salud mental pueda ser internado en un general” “Hace poquito el ministerio nos dio plata a Salud Mental, cosa que nunca había pasado” (S1). “PAMI lo que permitió a través de un contrato con las instituciones es poner recursos (...), fue un convenio de salud mental para poder meter profesionales a los hospitales generales” (S4). “La presencia de la residencia, facilita porque sin ellos no se podría dar respuesta a toda la demanda” (S6).

También se señaló que el apoyo de las autoridades de los hospitales y del ministerio son sumamente importantes y ayudan y facilitan la difusión y aplicación de la ley.

“La gente de la gestión de esta dirección, ha habido apoyo entonces bueno eso facilito, abrió todo”, “Se firmó un convenio hace dos meses, vino el director de salud mental de nación (...). Se encontraron que en Mendoza esta todo bastante avanzado, y se firmó un

convenio de cooperación y de avanzar en la ley” (S1). “la buena comunicación con las autoridades (...), también que existan políticas públicas nacionales que apoyen la ley de salud mental, que le den, que sigan apoyando y difundiendo la ley” (S3).

Como **obstáculos** los participantes mencionan la falta de presupuestos y de políticas públicas sobre salud mental, esta escasez de recursos se ve reflejado en la falta de profesionales, falta de espacio, en las condiciones edilicias que no son las adecuadas.

*“No hay consultorios, entonces este lugar que era como mi oficina es consultorio” (S1). “Tuvimos muchísimas resistencias en la sala para instalar la salud mental. Porque era otra época. Se terminó dando de baja porque **no había presupuesto**, éramos nosotros dos nada más y la trabajadora social en ese momento era muy difícil sostenerla, no había psiquiatra las 24 horas, los pacientes se escapaban y se dio de baja la internación”, “Entran 5 pacientes nuevos todas las semanas y no es que entran 5 psicólogas nuevas, somos los mismos, más la sala, más las reuniones en salud mental, nadie te resuelve nada, y uno va buscando”, “que las adicciones también se traten en los hospitales generales(...) el tema es que **no están los recursos**” (S2). “No hay recursos. Funcionamos como un servicio, pero por voluntad. Y las cosas en salud mental no hay que hacerlas por voluntad, hay una ley. No es la voluntad, tiene que dar porque es ley. Hay una ley. Esto es lo que más cuesta”, “no hay políticas públicas para que realmente la ley de salud mental sea aplicable” (S3). “No es que no internamos porque no tenemos guardia, **no hay ingresos. No tenemos recursos para guardia**”, “Nunca hay plata, es rarísimo que aparezcan los recursos. **Es todo autogestión y no hay recurso**. El recurso viene por otras vías, no viene por la necesidad el recurso real. Viene si conoces a alguien y eso no nos es útil. Lo que hemos encontrado nosotros es una manera de adaptarnos a la demanda y funcionar, **sinceramente las ayudas externas son muy pocas**”, La implementación de la ley, que nosotros seríamos como un grupo que tiene voluntad de implementar la ley, se ve muy **restringida por el recurso**, por la falta de recurso real. Recurso real se va transformando porque imagínate que desde que esta vamos en cámara lenta y con pila”, “No es servicio, y eso que venimos pidiéndole al director, venimos activamente trabajando en la organización del organigrama y no es posible porque hay trabas institucionales que tienen que ver con formas de trabajar” (S4). “falta como aclarar las cosas de presupuestos, servicios si realmente se quisiera hacer abrir servicios de salud mental en hospitales generales falta muchísimo, **falta mucho presupuesto, falta cuestiones edilicias**, en cuanto a personal*

*formado si hay pero falta como política que diga bueno nos arriesgamos a hacer esto (...) acá si no fuera por el servicio de residentes que hay no hay nadie, porque no hay cargos y tampoco podés sostener un servicio con residentes nada más, los residentes cubriendo huecos” (S5). “Que más, los obstáculos **algunas fallas en la infraestructura del hospital** no sé, necesitamos habitaciones más preparadas para proteger más al paciente, para no tener que aislarlo” (S6).*

Si bien la situación de cada hospital con respecto a los recursos no es la misma, todos lo encuentran como un obstáculo para la plena implementación de la ley y es recurrente en los discursos de todos los entrevistados.

También se señala en todas las entrevistas, la resistencia por parte de otras disciplinas a dar lugar a la salud mental como así también la falta de capacitación para trabajar con ella.

*“Y en eso estamos ahora, porque eso fue como una primera parte, se queda el paciente, pero **nadie quiere a los locos en su servicio**, salvo algunos médicos que tienen una visión más amplia”, “Después están los médicos viejos que dicen ¿y si se va al sauce?, los médicos de acá viejos, por ahí los clínicos y cirujanos más jóvenes no, pero **si no respetan la salud mental es porque tampoco respetan otros derechos**, los derechos del paciente en general vienen hacen la suya y se van” (S1). “el jefe de clínica médica, es como que lo que tiene que ver con clínica hay que ir haciendo un trabajo, y lo que tiene particularmente el hospital es que al ser un hospital escuela entran residentes todo el tiempo, de todas las especialidades entonces cuando vos estas laburando con un grupo de residentes y cuando ya están como acomodándose se van y entran los nuevos entonces como que lleva tiempo laburar sobre todo con los médicos, y no solo con los residentes con los de planta, con los jefes de grupo también, tienen como que **vienen con una formación muy encerradita y es complicado, con los médicos es complicado**”, “Yo creo que los obstáculos, **el desconocimiento o la formación de otras especialidades médicas**, por ejemplo, los médicos clínicos cuesta un montón trabajar con salud mental” (S6). “hay algunas personas que no tal vez **no quieren revisar a un paciente de salud mental**, o lo dejan para el final, Intentamos hablar con los residentes que dependen de esa gente, pero en general es complicado. No son muy abiertos” (S7). “**la falta de concientización de la ley a los médicos clínicos y resto de especialidades**”, “**No ha habido capacitación integral** de todo lo que habría que hacer cuando están internados” (S8).*

Lo anteriormente planteado, refleja que en la actualidad existe un modelo que continúa repitiéndose, el predominio del sector médico y la hegemonía de sus prácticas dejando la salud mental de lado. De esta manera, se perpetúan prácticas del orden manicomial y lejos está el hospital general del modelo basado en la comunidad que propone la ley. Respecto a esto, una de las profesionales opina:

*“Es una **práctica manicomial**, que a veces vos venís y por cuestiones de seguridad todas las puertas están cerradas, que el servicio de admisión de este hospital sea por 0800, no está adaptado a las necesidades de la gente y tampoco a la ley de salud mental que dice que hay que ser accesibles” (S3).*

Otro de los obstáculos que se mencionó fue que faltan dispositivos intermedios entre el hospital y el ingreso al hogar una vez que se da la externación.

Para finalizar, al hacer referencia sobre los obstáculos, surgieron algunas **propuestas**, por parte de los profesionales entrevistados, para lograr la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

*“La ley tiene algo pendiente que es la **creación del órgano de revisión**, primero la creación del órgano de revisión y segundo los profesionales que van a ocupar los cargos del órgano de revisión. Es pendiente la construcción de una mirada social y cultural para alojar al enfermo mental” (S3). “Yo creo que, siempre pienso que el servicio de clínica médica, en las camas de internación hay unas camas que son específicas dentro de clínica por ejemplo para cirugía, si tuviéramos, aunque sea no sé, 4 **camas que sean específicas de salud mental** y que vos puedas disponer del tiempo, del manejo de esas camas, me parece que sería algo más claro y que por más que esté en el hospital general tenés un mini servicio de internación adentro” (S5). “Un desafío del servicio, poder instalar **rehabilitación o talleres durante la internación** para poder estar más bajo los parámetros de la ley”, “Por ahí faltan **profesionales de planta**, como para sumar. Por ahí en el marco de la ley, que sea como desafío la **promoción del trabajo intersectorial**, (...), no está como aceitado esa articulación con otros sectores, eso sí sería como desafío el trabajo intersectorial” (S6). “Podría haber más espacios, donde pueda haber **talleres y otras actividades** para los pacientes que están internados” (S7). “Un **espacio que sea solo para nosotros**, puede ser un pasillo para nosotros, así como hay un sector de cirugía también uno para salud mental” (S7). “Se podrían poner rejas, tener 3 habitaciones, no exclusivas porque es*

*imposible en un polivalente, pero si **preparar 3 habitaciones** con rejas, con nada cortante, ni nada que llame la atención a un intento de suicidio o algo, debería estar un poco más preparadas” (S8).*

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, introduce un cambio de paradigma en el que se intenta dejar de lado el modelo de atención manicomial sujeto al paradigma médico hegemónico y biomédico, para pasar a un modelo de salud comunitaria basada en la inclusión y derechos humanos.

El modelo manicomial ha sido siempre asociado al encierro, a la marginación y al aislamiento, por lo que la Ley propone un proceso de Desmanicomialización donde se pone en cuestionamiento al hospital monovalente.

En esta investigación, se exploró este proceso de reforma y transición en el que se encuentran distintos hospitales generales de Mendoza con respecto a la Salud Mental. Para esto, se tuvieron en cuenta diversos documentos e investigaciones sobre la Ley Nacional de Salud Mental, y a su vez se analizaron, compararon y contrastaron los aportes de los profesionales entrevistados sobre las implicancias de la ley en los hospitales generales.

Uno de los principales desafíos de la Ley N° 26.657/10 tiene que ver con las modalidades de abordaje comunitarias y las internaciones de salud mental en hospitales generales. Es por esto que se indagó al respecto a partir de las entrevistas con distintos profesionales de los servicios de Salud Mental, teniendo como principal objetivo de la investigación conocer la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental y el impacto que ha tenido el nuevo paradigma en hospitales generales de Mendoza.

Se buscó conocer cuáles han sido las transformaciones en esta transición a un nuevo paradigma comunitario, describir las modalidades de atención y los dispositivos de Salud Mental con los que cuentan dentro de los hospitales y explorar las internaciones de Salud Mental. Por último, se intenta visualizar aquellos facilitadores y obstáculos que se encontraron ante la implementación de la Ley N°26.657/10.

Los datos obtenidos en este trabajo, no hacen más que reafirmar que el proceso de reforma en salud mental es un largo y difícil camino, que nuestra provincia se encuentra en plena transición y que, por lo tanto, pueden señalarse muchos avances, pero aún queda un largo trecho por recorrer.

A partir de lo observado se puede dar cuenta que los Servicios de Salud Mental de los hospitales generales no se encuentran señalizados de manera visible para su fácil acceso. En su mayoría, los servicios se encuentran alejados o fuera de los edificios centrales, por lo que la salud mental queda aislada del resto de los servicios, perpetuando la idea tradicional del loco aislado en el manicomio, pero en menor escala dentro de un mismo hospital.

En cuanto al espacio con el que cuentan, fue un tema que los profesionales de todos los hospitales hicieron referencia, ya que el mismo es acotado y expresaron necesitar más consultorios y lugares más grandes para realizar otro tipo de actividades.

Se puede señalar que en las transformaciones que se han dado en los hospitales generales a partir de la sanción de la Ley reflejan en cierta parte el cambio de paradigma al que se hace alusión en esta investigación. Los servicios han transitado un cambio de denominación, dejando de llamarse Psiquiatría o Psicopatología y han comenzado a llamarse Salud Mental, siendo esta acepción integradora de diferentes disciplinas. Otro cambio que ha sido mencionado por todos los entrevistados tiene que ver con la incorporación de nuevos profesionales a los servicios y con el trabajo interdisciplinario. Lo que llevo también a que los jefes de servicio desde la sanción de la Ley hasta ahora hayan dejado de ser únicamente psiquiatras.

Respecto al trabajo interdisciplinario, se puede destacar que este concepto es mencionado por los profesionales siempre haciendo referencia a que los abordajes se realizan desde diferentes disciplinas, siendo las mismas Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social en algunos casos. Sin embargo, se considera que, a pesar que la atención se realice desde distintas perspectivas, en su mayoría el trabajo se realiza por separado, por lo tanto, esto no significa que el trabajo sea realmente de manera integral.

En cuanto a las disciplinas incluidas sólo se hace referencia a Trabajo Social y Psicología, siendo que la Ley 26.657/10 menciona que el equipo puede también formarse de otras áreas pertinentes. En dos de los cuatro, la inclusión de trabajo social se da en el marco de la residencia. Por otra parte, en tres de los hospitales en los que se investigó, el servicio de Trabajo Social funciona aparte del servicio de Salud Mental, siendo que es una disciplina que debería estar incluida en su totalidad en los equipos interdisciplinarios.

Con respecto a las modalidades de abordaje que plantea la Ley, la interdisciplina es la única modalidad que es nombrada por los profesionales como algo que ya está incorporado en los servicios y las prácticas.

Al momento de referirse al abordaje intersectorial, los profesionales mencionan trabajo en red interinstitucional dentro del mismo ámbito de la salud, que no es lo que la Ley intenta, sino que busca fomentar la inclusión social desde otros ámbitos como el trabajo, la educación, la cultura, el arte, el deporte, la vivienda, los cuales no fueron mencionados con los entrevistados.

En cuanto al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, en su mayoría los entrevistados mencionaron tener voluntad de generar acciones para lograrlo. Por parte de los profesionales trabajadores de hospitales dependientes del Estado, no se hizo referencia a ningún tipo de política pública que acompañe a la voluntad de los profesionales, en cambio por parte de los trabajadores dependientes de OSEP, si mencionaron distintos programas que apuntan a la inclusión social.

El consentimiento informado, implica una herramienta importante en el resguardo de derechos de las personas, por lo que la Ley le da un lugar dentro de las modalidades de abordaje. Teniendo en cuenta lo expresado por los distintos entrevistados, se pudo observar que el consentimiento es utilizado principalmente para las internaciones y que se intenta lograr que las mismas sean siempre voluntarias, buscando siempre a alguien que pueda dar el consentimiento. Por su parte, las internaciones involuntarias no fueron mencionadas por ningún profesional.

La ley también propone el desarrollo de dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada, servicios para la promoción y prevención en salud mental (Ley N°26.657, 2010). Se puede destacar que, de los dispositivos antes señalados, en los Hospitales Generales únicamente se realizan consultas ambulatorias.

Como parte de la red de servicios con base en la comunidad la ley incluye a los servicios de salud mental en hospitales generales con internación y los sistemas de atención de la urgencia. Tres de los hospitales tomados para esta investigación cuentan con servicio de internación, pero sólo en dos poseen servicio de urgencia y la misma no es de 24 horas como se establece. Vale aclarar que los hospitales en los que funciona la guardia de salud mental son los mismos en los que funciona la residencia, esto es así ya que el dispositivo de guardia es una exigencia para los residentes y son estos quienes cumplen con las horas en ese servicio.

En cuanto a las internaciones de salud mental en los hospitales generales, se pueden señalar distintos aspectos. En primer lugar, respecto a las características generales de las mismas, como duración y criterios de internación-externación, los profesionales expresan que se dan de

acuerdo a lo establecido por la Ley N° 26.657. Así mismo mencionan, que en muchos casos la duración de las internaciones, están condicionadas por la disponibilidad de camas y la demanda del sector de clínica médica de los hospitales, esto sugiere que en muchos casos es el sector médico el que lidera las reglas.

Al hablar de internaciones en hospitales generales, todos los entrevistados hicieron mención a la infraestructura, mencionando que no se garantizan las condiciones necesarias para las internaciones de salud mental y principalmente refirieron que las salas comunes de los hospitales pueden llegar a ser peligrosas en muchos casos y a que los profesionales de disciplinas no pertenecientes a la salud mental no están formados para atender a pacientes de salud mental.

Sobre lo anteriormente planteado, surgieron algunas controversias a lo largo de la investigación, se planteó por parte de los entrevistados que acondicionar un sector o algunas habitaciones podía ser una opción frente a esta problemática, pero ¿no se estaría reproduciendo nuevamente una lógica manicomial? Si bien la Resolución E 715 (2019) establece que las internaciones pueden realizarse en una sala propia de salud mental, se podría pensar que de esa manera se estaría excluyendo o separando a la salud mental del resto de las disciplinas de la salud y por lo tanto ¿cuál sería la diferencia con un hospital especializado o monovalente? Se considera que estas preguntas abren un debate que pueden ser guía para una futura investigación.

Por otra parte, una vez que se da el alta hospitalaria la única estrategia de seguimiento que fue nombrada por los profesionales de los distintos hospitales fue la consulta ambulatoria. La Ley de Salud Mental plantea que este seguimiento debería darse en una estrategia en base a la comunidad y la inclusión, y promueve los dispositivos alternativos y prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Se pudo dar cuenta que estos dispositivos alternativos han sido promovidos por la ley pero que no están garantizados por el Estado, y los entrevistados mencionan que faltan estos espacios y que son sumamente necesarios.

También se puede mencionar, que en los hospitales en los que hay internación de Salud Mental, no se realizan talleres ni actividades de rehabilitación e inclusión. Solo hay talleres de diferentes temáticas en un solo hospital, donde no hay internación.

Al no contar con las condiciones necesarias en los hospitales, con los dispositivos intermedios ni de rehabilitación, el hospital monovalente sigue siendo una opción a la hora de

derivar. Al contrario de lo que debería suceder, donde los dispositivos en base a la comunidad deben ser instituciones sustitutivas a los monovalentes. Por lo tanto, lejos estamos del cierre definitivo de los hospitales monovalentes y del ambicioso lema “por un continente sin manicomios en el 2020”.

A partir del diálogo con los entrevistados se pudo identificar los facilitadores y obstáculos para la implementación de la Ley de Salud Mental en los hospitales generales.

Como principal facilitador, se puede señalar el hecho de que se hayan generado los espacios de Salud Mental en los hospitales generales ya implica un gran avance en la materia. También la mayoría de los profesionales entrevistados señalaron como facilitadores la voluntad de los profesionales para trabajar en torno a lo establecido por la ley y la apertura a trabajar con salud mental de algunos profesionales de otras disciplinas. Cabe destacar que esto último fue señalado como facilitador, pero también como un obstáculo ya que en muchos casos mencionaron dificultades a la hora de trabajar con otras disciplinas, en particular con disciplinas médicas.

Otros dos temas fueron identificados como facilitador y como obstáculo: los recursos y las políticas públicas. Siendo mencionados como facilitadores en menor medida que como obstáculo. Se podría considerar que existe cierta confusión entre facilitadores y obstáculos por parte de los profesionales. Sin embargo, se puede pensar que esto se debe a que tanto los recursos como las políticas públicas, pueden ser tomadas como facilitadores cuando están disponibles y favorecen las prácticas y los dispositivos, pero pueden transformarse en obstáculos cuando no se cuenta con ellos o no están garantizados.

Sobre esto los entrevistados mencionan que el presupuesto y las políticas públicas sobre salud mental son factores fundamentales para que pueda implementarse plenamente la ley, ya sea para cambios de infraestructura, personal u otras medidas, como también políticas que garanticen los dispositivos que la ley plantea.

También se mencionó que todavía existe una gran brecha que divide la salud física de la salud mental, y que esto genera que siga existiendo un estigma hacia las personas con padecimiento mental y hacia la salud mental en sí misma.

Frente a los distintos obstáculos encontrados, los profesionales expresaron algunas propuestas para lograr la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Entre las mismas se puede destacar la creación del órgano de revisión, la incorporación de profesionales a los servicios, la promoción del trabajo intersectorial y otros espacios de inclusión social, entre otros.

Para concluir con las ideas planteadas hasta ahora, se puede expresar a modo de resumen, que a lo largo de esta investigación se identificó que todavía predomina en las instituciones el paradigma médico hegemónico y prácticas que siguen lógicas manicomiales que nada tienen que ver con el paradigma comunitario que la ley promueve, y se entiende que para salir de esos lugares tradicionales el cambio que debe darse es a nivel cultural, luchar contra el estigma y los prejuicios, y también un cambio a nivel de formación para todas las disciplinas.

En cuanto a lo establecido por la Ley que ha sido mencionada durante todo este trabajo, para lograr una salud mental basada en la comunidad y el cierre definitivo del hospital monovalente, es necesario que mejoren las condiciones de infraestructura de los hospitales generales para que las internaciones se puedan cursar en todos los hospitales sin ningún tipo de dificultad, que se creen los dispositivos y se generen las prestaciones para garantizar la inclusión, el reforzamiento de los lazos y los derechos de las personas con padecimiento mental.

También es importante que se generen cambios a nivel de formación, ya que estamos hablando de lograr una salud comunitaria e integral, de trabajo interdisciplinario, pero ¿para qué estamos formados? Nuestra formación como psicólogos y la del resto de los profesionales de la salud podría agregar a sus currículas temáticas donde se refleje lo planteado por la Ley, ya que la misma rige nuestras prácticas y plantea abordajes comunitarios, a los cuales no se les da la importancia necesaria en la formación. Es por esto que se propone realizar un estudio sobre la inclusión de las temáticas que la Ley N° 26.657/10 aborda en las currículas de la formación de grado de los profesionales de la Salud en Mendoza.

Si bien, se considera que se han generado muchos avances en los últimos años, todavía queda un largo proceso de cambios por afrontar, políticos, culturales, de formación. Se espera que el presente trabajo pueda aportar una herramienta de reflexión y crítica que impulse a generar espacios para fortalecer la formación y las prácticas de quienes se desempeñan en salud mental.

A modo de cierre parece oportuno destacar que en los discursos de los profesionales fue recurrente la expresión de “falta de espacio”, utilizado tanto en referencia al espacio físico como al espacio dentro de las instituciones, se considera significativo pensar en el espacio que se le da

a la salud mental dentro de la salud. No hay salud sin salud mental y “no hay Salud Mental posible si no encontramos espacio para la Inclusión Social” (“*Visibilizar y subjetivar*”, 2016).

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, M.C. (2014) Procesos de asimetría y salud mental: contribuciones acerca de lógicas de tensión. *De prácticas y discursos*, 3. Recuperado de <http://depracticasydiscursos.unne.edu.ar/Revista3/pdf/Acosta.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1991) Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Recuperado de <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- Bardin, L. (1996) *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Barone, P. & Herranz, S.M. (Noviembre, 2010) Discursos emergente en torno a la desmanicomialización ¿Desde dónde y para quién? Presentado en *IX Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos*. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.
- Barraco, A. (Noviembre, 2015) Red por la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/red-plena-implementacion-ley-nacional-salud-mental>
- Barraco, A. (Abril, 2016) Incumplimiento de las leyes de Salud Mental. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/incumplimiento-leyes-salud-mental>
- Barraco, A. (Noviembre, 2017) Salud Mental: el poder médico-psiquiátrico reconfigura su hegemonía. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/salud-mental-poder-medico-psiquiatrico-reconfigura-su-hegemonia>
- Benavente, M. I. (2017) Las personas menores de edad, capacidad progresiva y cuidado del cuerpo y la salud en el CCyCN. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/las-personas-menores-de-edad-capacidad-progresiva-y-cuidado-del-cuerpo-y-la-salud-en-el>
- Berrón, S. (17, noviembre, 2017) Ley de Salud Mental: “No queremos volver al manicomio”. Va con firma Mendoza. Recuperado de <http://vaconfirmamendoza.com.ar/?articulos seccion 3539/id 4020/ley-de-salud-mental-no-queremos-volver-al-manicomio->

- Brunetti, Marcela (2011). El trabajo interdisciplinario a partir de la ley nacional de salud mental. Presentado en *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cáceres, C.M.; Granja, G.; Osella, N.P. & Percovich, N.M. (2017) *Derechos Humanos en Salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental* [archivo PDF]. Lanús: ADESAM, Asociación por los Derechos de la Salud Mental.
- Cano, C. (2011) *Las políticas de Salud y la vigencia del Derecho Humano a la Salud Mental* [archivo PDF]. Recuperado de http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2011/10/mesa_19/cano_mesa_19.pdf
- Castro, W.L. & Urenda, C. (Marzo, 2014) *La medicina en la civilización griega antigua prehipocrática*. Gaceta Médica de México, 150. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s3/GMM_150_2014_S3_369-376.pdf
- Chiarveti, S. (2008) La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (2), 173-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780012>
- Cohen, H. (1994) El proceso de desmanicomialización en Río Negro. En Saidón O. & Troianovsky P. (comp.) *Políticas en Salud Mental*, (pp. 87- 103). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cohen, H (2009) *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Cohen, H. & Natella, G. (12, septiembre, 2013) Cómo desmanicomializar. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-228809-2013-09-12.html>
- Comité Organizador del XVI Congreso Argentino de Psicología y el Colegio Profesional de Psicólogos de Mendoza (Julio, 2016) Visibilizar y Subjetivar. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/visibilizar-y-subjetivar>
- Correa Urquiza, M.; Silva T.M.; Belloc M.M.; Martínez Hernáez, A. (2006) La evidencia social del sufrimiento. Salud Mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. 22. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/201089>

Decreto Reglamentario 603. Reglamentación Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 29 de mayo de 2013.

Di Nanno, A.E. (2008) Hacia la construcción de una política en salud mental. Rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (2), 155-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780010>

Echegoyemberry, N. & Castiglia, G. (junio, 2017) Sistema de salud argentino desde el enfoque de Derechos Humanos. *Boletín capacita salud*. Recuperado de <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/06/SISTEMAS-DE-SALUD-ARGENTINO-Castiglia-echegoyemberry-junio-2017.pdf>

Elichiry, N. E. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías trasndisciplinarias. En N.E. Elichiry, (Comp.), *El niño y la escuela*, (pp.108-112). Buenos Aires: Nueva visión

Faraone, S.; Valero, A.; Bianchi, E.; Mantilla, J. y Tamburrino, C. (2009). El proceso de desinstitutionalización en salud mental. Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática (1983). Presentado en *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-062/1502>

Federación Mundial de la Salud Mental (1989) Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental. Recuperado de <https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion-de-LUXOR.pdf>

Fenoglio, H. (Noviembre, 2014) Avances y Limites de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Topia*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/avances-y-limites-ley-nacional-salud-mental>

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. (2° Ed.), (J. J. Utrilla, Trad.) Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Paidós

- Galende, E. (1994) Modernidad, individuación y manicomios. En Saidón O. & Troianovsky P. (comp.) *Políticas en Salud Mental*, (pp. 57-85). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2015) *El conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gorbacz, L. (Agosto, 2013) Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias-Psicoanálisis y Salud Mental*, 1, 36-41. Recuperado de <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1470>
- Guevara, L. (22, noviembre, 2017) Psicólogos vs Psiquiatras por la Reforma de Salud Mental. *El Sol*. Recuperado de <https://www.elsol.com.ar/psicologos-vs-psiquiatras-por-la-reforma-de-la-ley-de-salud-mental>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Ley Nº 26.378. Ley Nacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, 09 de junio de 2008.
- Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 29 de mayo de 2013.
- Ley Nº 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. Boletín Oficial, Buenos Aires, 10 de octubre de 2014.
- Lonigro, S. (2015) Del paradigma manicomial al campo de la Salud Mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina. En Seoane Toimil, I. & Lonigro, S (Comp.), *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época*. (pp. 5-19). Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Maciel, M., Martínez, L. y Marenghi, M. (2011) *Discursos y prácticas en Salud Mental*. (Tesis de Licenciatura) Facultad de Trabajo Social, Universidad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. Recuperada de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/discursos_y_practicas_en_salud_mental_natalia_maciel_luciana_martinez_y_marta_marenghi.pdf

Mezzina, R. (Noviembre, 2017) Servicio Comunitario de Salud Mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. *Revista Topia*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/servicios-comunitarios-salud-mental-puertas-abiertas-y-restricciones-trieste-italia>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2007) *Salud Mental y Derechos Humanos*. Colección Derechos Humanos para todos. Serie: Normas y acciones en un Estado de Derecho. Buenos Aires, Argentina

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2014) *Código Civil y Comercial de la Nación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus

Ministerio de Salud (2004) Plan Federal de Salud. Recuperado de http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf

Ministerio de Salud (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Recuperado de: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-1029_plan-nacional-salud-mental.pdf

Ministerio Público Tutelar (Junio, 2012) Una herramienta para pensar el nuevo paradigma en Salud Mental. Recuperado de <http://mptutelar.gob.ar/content/una-herramienta-para-pensar-nuevo-paradigma-en-salud-mental.html>

Organización de las Naciones Unidas. (1991). La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [versión electrónica]. *Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas*. 9, pp. 188-192. Documentos Oficiales de la Asamblea General.

Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2001/es/>

Organización Mundial de la Salud (2006) Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS. Recuperado de

https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2017) Informe Argentina 2017. Recuperado de <http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/>

Organización Panamericana de la Salud (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2005) Principios de Brasilia. Conferencia Regional para la Reforma de Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2009) Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Resolución CD49.R17. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2010) Consenso de Panamá. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/consenso%20de%20panama.pdf>

Ottavino, M.L. (junio/julio, 2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología Política*, N°26. Recuperado de http://www.psicopol.unsl.edu.ar/agosto11_nota3.pdf

Paramo, M. A. (2012) Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza

Ponce, C., Treibel, M., Greif, V. & Menéndez, C. (Junio, 2017) Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Hacia un cambio de paradigma en políticas de Salud Mental. Comentario y controversias. *Medicina Infantil*, Vol. XXIV, N°2. Recuperado de http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_169.pdf

Resolución E900. Tipologías de Establecimientos de Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 17 de julio de 2017.

Resolución E715. Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de abril de 2019.

Revista Topía (Noviembre, 2016) Ante el ataque a la Ley Nacional de Salud Mental por la política neoliberal y el corporativismo psiquiátrico. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/ataque-ley-nacional-salud-mental-politica-neoliberal-y-corporativismo-psiquiatrico>

Revista Topía (Abril, 2018) Asamblea Multisectorial en Defensa de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/asamblea-multisectorial-defensa-ley-nacional-salud-mental>

Rojas, M. A., Santimaria, L, Fevre, M, & Santimaria, G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones*, 21(2), 131-137. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000200018&lng=es&tlng=es

Romero, N. (8, junio, 2019) El fin de los manicomios, la otra deuda. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/198942-el-fin-de-los-manicomios-la-otra-deuda>

Rosendo, E. (2009) La historia olvidada: la reinención perpetua de las ideas progresistas en el campo de la Salud Mental. Presentado en *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-020/528.pdf>

Rosendo, E. (2013) Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental. *Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, 32, 130-144

Rotelli, F.; De Leonardis, O. & Mauri, D. (1987) Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista de la Asociación*

Española de Neuropsiquiatría, 7 (21). Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14927>

Sacristán, C. (Enero-Abril, 2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16 (45). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/351/35112428008.pdf>

Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de salud comunitaria. *Revista IT*, 1 (1), 7-19. Recuperado de <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>

Saidón, O. (1994) La salud mental en los tiempos de ajuste. En Saidón O. & Troianovsky P. (comp.) *Políticas en Salud Mental*, (pp. 13-23). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Salaverry, O. (Marzo, 2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la Salud Mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143-148. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>

Sampayo, A. R. (2005) *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>

Semprini, C. (2015). *La deconstrucción del modelo biomédico y el desarrollo del modelo biopsicosocial en la Política de Salud Mental de Río Negro*. Presentado en las XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Solitario, R. & Stolkiner, A. (2008). Algunas articulaciones entre las legislaciones en Salud Mental y los procesos de reforma en los modelos de atención. *Presentado en XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1994) Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental. En Saidón O. & Troianovsky P. (comp.) *Políticas en Salud Mental*, (pp. 25-53). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tisera, A., Pauleau, C., Siquier, G. y Lorenzetti, V. (2005). *El equipo de salud mental en el hospital*. Presentado en XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Vegh Weis, Valeria (2011). *Salud mental y adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Presentando en VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de

Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Vincens, E. (Septiembre, 2015) Hacia una Desmanicomialización Posible. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/hacia-una-desmanicomializacion-posible>

Yaccar, M.A. (15, octubre, 2013) "Los manicomios son campos de concentración". *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-65369-2013-10-15.html>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I: Técnica de recolección de datos

Entrevista semiestructurada

Se presentan los ejes temáticos a tratar en la entrevista, cada uno de ellos posee un objetivo y se sugieren preguntas orientadoras para conseguir información pertinente a los mismos.

EJE 1: Información

Objetivo: Obtener información básica sobre los participantes entrevistados y los servicios en los que se encuentran

Preguntas:

¿Cuál es su profesión?

¿Qué lugar ocupa dentro del servicio?

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el hospital?

Respecto al servicio. ¿Cuál es la denominación? ¿Siempre se ha llamado de esa manera?

¿Cómo se compone el servicio?

¿Cuáles son las practicas que se realizan en el servicio? ¿Qué dispositivos dependen del mismo?

EJE 2: Conocimiento y Valoración sobre la Ley 26.657/10

Objetivo: Identificar los diferentes saberes sobre la Ley 26.657/10 que poseen los trabajadores que se desempeñan en los servicios de Salud Mental

Preguntas:

¿Qué conocimientos tiene sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

¿De dónde obtuvo la información? ¿Fue capacitado sobre el tema?

¿Cuál es la visión que tiene sobre la ley?

EJE 3: Modalidades de atención y dispositivos de Salud Mental

Objetivo: Describir las modalidades de atención y los dispositivos de Salud Mental con los que cuentan los hospitales polivalentes y explorar si se llevan adelante internaciones.

Preguntas:

¿Qué cambios se han dado en los hospitales polivalentes en materia de Salud Mental a partir de la implementación de la Ley 26.657?

¿Se han modificado las prácticas de los profesionales a partir de la Ley? ¿De qué manera?

¿Con qué dispositivos de Salud Mental cuentan el hospital?

¿Se realizan internaciones en Salud Mental? ¿Cuáles son los criterios de internación y externación?

¿Cuál es la duración de las internaciones? ¿Cuántas camas hay? ¿Cuál es la infraestructura?

El resto del personal del hospital ¿tiene formación al respecto?

En cuanto a las urgencias. ¿Hay guardia en salud mental?

En cuanto a los recursos. ¿Son suficientes? ¿Adecuados?

¿Se realizan actividades de promoción y prevención?

¿Se trabaja interdisciplinariamente? ¿Cómo es el trabajo?

Acciones en Red. Intercambio intersectoriales/interinstitucionales. ¿Cuales?

Hay participación de la Dirección de Salud Mental? Existen lineamientos concretos respecto a la ley?

En cuanto a las problemáticas de consumo ¿Como las abordan?

Atención con base en la comunidad

¿En que practicas cree que se ve reflejado el paradigma de salud comunitaria que refleja la ley?

Actualmente ¿cuales son las principales demandas/problemáticas?

¿Reconoce que existe predominio del modelo medico en las prácticas?

EJE 4: Facilitadores y obstáculos de la implementación de la Ley 26.657/10 en los hospitales generales

Objetivo: Visualizar los facilitadores y obstáculos que se encuentran ante la implementación de la Ley 26.657 en los hospitales generales.

Preguntas:

¿Cuáles piensa que son los facilitadores y obstáculos para la aplicación de la Ley en los hospitales generales?

¿Qué cosas tendrían que cambiar o ser distintas para llevar a cabo la Ley?

ANEXO II: Consentimiento informado para participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer confidencialidad a los participantes de la investigación **“La implementación de la Ley 26.657 en hospitales generales de Mendoza y su implicancia en las prácticas en Salud Mental.”**

La presente es conducida por Victoria Lopez Iannizzotto, tesista de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. La meta de este estudio conocer la situación actual de la implementación de la Ley de Salud Mental en distintos hospitales generales en Mendoza

Si usted accede a participar en esta investigación, se realizará una entrevista semiestructurada en la cual el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados.

La participación en este estudio es voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista resulta incómoda tiene usted el derecho de informarlo y de no responder.

Al finalizar el estudio se realizará una devolución de los resultados obtenidos en la investigación.

Desde ya se agradece su participación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Contacto:

ANEXO III: Bitácora de Campo

24/01/2019

Comencé a buscar las instituciones donde empezar a realizar el trabajo de campo. Fui al Hospital Central, me dijeron que tenía que ir al Comité de investigación que queda en el 6to piso. Se encontraba en ese momento un miembro del Comité, quien me dijo que me dirigiera a hablar con una persona de Recursos Humanos en el 3er piso. En el 3er piso me mandaron al primero. En el primer piso encontré a una persona que me pudo contactar con la persona a quien yo buscaba. Lo que me dijeron en ese momento es que tenía que llevar un convenio de la Universidad con el hospital actualizado, seguro, nota y proyecto.

19/02/2019

Voy al DPP a preguntar por lo que me habían dicho en el Hospital Central y por cómo manejarme con el resto de los hospitales. En el DPP me dicen que la relación con el Hospital Central es complicada y que mejor “desista”, al igual que con el Lagomaggiore.

Me dicen que hay convenios actualizados con el Hospital Lencinas, el Perrupato y el Scaravelli y me mandan los archivos de los mismos, en los cuales la única información que tienen son los aspectos formales del convenio entre las instituciones. Por esa razón, envié posteriormente un mail al DPP consultando por algún dato de profesionales o docentes de campo que se desempeñen en esas instituciones que me pudieran facilitar el contacto. Me envían los contactos de los profesionales del hospital Lencinas, con los cuales me comunico y acuerdo para ir.

De los otros dos hospitales me dicen que me comunique directamente con los servicios de Salud Mental.

07/03/2019

Hospital Lencinas

11hs

Llegué al hospital por primera vez, luego de haber acordado con la Lic. L un encuentro con el equipo de Salud Mental donde se le explicaría el tema de Tesis y lo propuesto en la misma.

Al llegar al hospital se visualizó un cartel con indicaciones para llegar a los distintos sectores del hospital, en el cual no decía Salud Mental, por lo que procedí a preguntar en el lugar.

Primero pregunte a personal de limpieza, quienes no supieron indicarme con certeza, pero me dieron algunas indicaciones. Luego consulte en una oficina administrativa, donde una señora me dijo que “a veces atienden en los *consultorios externos* y sino en el sector de la *facultad*”. Me acerqué al primer lugar que me indico y no encontré a nadie ni tampoco ningún cartel. Había una puerta abierta por la cual observé y había un grupo en lo que yo interpreté era un taller.

Al seguir sin encontrar el “Servicio de Salud Mental” volví a preguntar para que me indicaran donde era el “pabellón de la facultad”. Este pabellón que pertenece a la Universidad del Aconcagua se encuentra al final del hospital.

En la puerta una señora me preguntó a qué iba y me dijo que esperara ya que la Licenciada estaba atendiendo. Me senté en la sala de espera.

11.15 hs

En la sala de espera hay personas esperando a la psiquiatra que preguntaron a qué hora llegaba y les respondieron que a las 11.30hs.

Dos mujeres que esperan hablan sobre un “taller de memoria”.

El pabellón de la UDA es un edificio nuevo muy diferente al resto del hospital (muy viejo y descuidado).

Hay pacientes con turno a un psiquiatra que no está. La señora que atiende a la gente que va llegando, la misma que me atendió a mi cuando llegué, les dice que el doctor no va a ir porque tiene una reunión, pero que les dejo recetas. Uno de los que esperaba dice “pero no es solo para los medicamentos, yo le quiero decir otras cosas”, le responde que para eso vuelva el lunes.

11.35hs

Me recibió la Lic. L escucho sobre mi proyecto y me contó algunos detalles sobre el hospital, el equipo de salud mental y su metodología de trabajo.

13/03/2019

10.30hs.

ENTREVISTAS DE ADMISIÓN

Presenció y observó una entrevista de admisión.

Los miércoles se realizan entrevistas de admisión. Realizan 5 admisiones por semana. Para las primeras se habían dividido entre los profesionales. Luego se encuentran los profesionales en la cocina, es allí donde se reúnen y deciden como seguir. Plantean cuales son las próximas entrevistas a realizar.

Antes de comenzar las entrevistas y de llamar para que ingresen las personas, hacen un repaso de la historia clínica, ya que el primer caso se trataba de una readmisión. Antes de que ingrese se dividen entre los profesionales las tareas a realizar, como quien va a hacer las preguntas y quien va a anotar en la historia clínica.

En la primera entrevista que presencie, son las dos psicólogas las que hacen las preguntas, una es la que anota y lleva el hilo de la entrevista.

Preguntan por el motivo de consulta, por el ultimo tratamiento que realizó ahí, y siguen una estructura de admisión de la historia clínica.

Hacen hincapié en cómo se había sentido en el tratamiento anterior

Al finalizar lo hacen salir, le dicen que lo volverán a llamar en unos minutos y discuten el caso, plantean lo que cada uno percibió y a partir de esto analizan como es conveniente seguir.

Luego lo hacen pasar nuevamente y le explican lo discutido y decidido y le remarcan que “es su derecho elegir”.

El diagnóstico lo estipulan de acuerdo con el CIE-10.

27/03/2019

10.30hs. ENTREVISTAS HOSPITAL LENCINAS

Se realizan las entrevistas semiestructuradas para la investigación. El psiquiatra y la psicóloga me piden si pueden hacerla juntos así cuando se desocupan siguen con una admisión que les queda.

La primera entrevista se realiza en la cocina del pabellón, que es el lugar de encuentro de los profesionales.

Comentan sobre una nota que deben firmar para que les habiliten un nuevo lugar para usar de consultorio, que queda en otro pabellón ya que en ese el espacio es acotado.

La entrevista a la otra psicóloga se realizó en uno de los consultorios.

09/04/2019

Me comunico con el jefe de residentes del Hospital El Carmen y acordamos un día para un encuentro

17/04/2019

Fui al hospital El Carmen, pregunté a penas entre en una ventanilla de información por el Servicio de Salud Mental y me explicaron que tenía que salir de ese edificio y dirigirme a un sector de "Rehabilitación". Al llegar a este lugar no veo ninguna indicación sobre Salud Mental y le pregunto a la secretaria por el jefe de residentes a lo que me responde "No sé quién es", y me dice que "no hay nadie de salud mental a esta hora, todavía no llegan".

Me comunique telefónicamente con el jefe de residentes, quien me dijo que esperara un momento que ya iba para donde yo estaba. Pasan unos minutos y llega, pasamos a un consultorio y mientras estamos ahí entra y sale gente todo el tiempo a buscar cosas que hay guardadas ahí en un armario.

Le expliqué el tema de la investigación y acordamos que una vez que me dieran la autorización desde Salud Mental de OSEP podía ir a realizar las entrevistas y a hacer observaciones. Me pidió que llevara una nota dirigida al jefe del servicio de Salud Mental del Hospital y otra documentación a la Dirección de Salud Mental de OSEP.

22/04/2019

Lleve nota al jefe del servicio del Hospital El Carmen

23/04/2019

Comunicación con la Jefa del Servicio de Salud Mental del Hospital Central

Comunicación con Noelia Rey, de recursos humanos del Hospital Paroissien.

29/04/2019

Reunión con Jefa de Servicio Hospital Central.

10.00hs

El servicio de Salud Mental se encuentra en el primer piso Ala Este. Al ingresar al hospital antes de las escalares hay personal de guardia, quienes te indican si es necesario como llegar. En el primer piso se puede observar un cartel viejo que dice "Psicopatología". Hay que caminar unos metros por un pasillo, hasta llegar a otro en él se encontraba oftalmología y Salud Mental, este último se señalizaba con un cartel que se veía mucho más nuevo que el visto anteriormente. Tuve que esperar 45 minutos del horario pactado porque estaban en una capacitación.

El espacio donde se encuentra el servicio es un lugar con 4 consultorios, afuera hay una sala de espera compartida con oftalmología. En el pasillo hay una ventanilla donde dan los turnos e información, pero mientras estuve en la sala de espera solo escuché gente que asistía por oftalmología.

Acordamos un encuentro para realizar la entrevista el día viernes 10/5 a las 11.30hs.

14hs

Llevé la documentación requerida a la Dirección de Salud Mental de OSEP, estando ahí se comunicaron con el Comité de Investigación y me dijeron que enviara la misma documentación que había entregado en formato papel de manera digital por mail.

09/05/2019

Me escribe la jefa del servicio para reprogramar el encuentro.

15/05/2019

Reunión con Noelia Rey en la que se explica el proyecto y las actividades.

16/05/2019

Asisto al hospital a la hora pactada. Estoy un momento en la sala de espera, luego me hace pasar y observa la entrevista una alumna practicante de la facultad de psicología. Antes de comenzar

con la entrevista se entrega una nota que había sido solicitada en el encuentro anterior junto con el proyecto.

18/05/2019

Acuerdo con el jefe de residentes del Hospital El Carmen comenzar a realizar las entrevistas este día, pero me avisa el día anterior que lo pasáramos para la próxima semana porque participaban en un congreso.

20/05/2019

14hs

Asisto al hospital El Carmen a realizar las entrevistas. Había acordado con el jefe de residentes este día.

Al llegar me comunico con él y me dirijo al sector de "Rehabilitación" donde me recibe. Es él quien estipula a quien entrevistar, me dice que "me va a mandar" a una persona de cada disciplina que "no esté ocupada". Me dice que puedo usar el consultorio ya que no lo van a ocupar. Me pregunta si he tenido alguna noticia para poder ir a hacer las observaciones cuando me aprueben por parte del comité.

24/05/2019

Al no tener respuesta del comité de Investigación para poder realizar las observaciones en el Hospital El Carmen me sugieren desde la Dirección de Salud Mental de OSEP que reenvíe el mail.

27/05/2019

Llevo al hospital Paroissien seguro, nota y proyecto que había sido solicitados para poder realizar el trabajo de campo.

28/05/2019

Me responden desde el Comité de Investigación de OSEP que está aprobado el pedido y que puedo realizar el trabajo de campo en el hospital.

03/06/2019

Observaciones en Hospital El Carmen

8hs

Se reúnen los residentes para hacer el pase de sala en un SUM del hospital. Estando ahí ya acomodados entra una psicóloga de planta que refiere que ese espacio lo utiliza ella en ese horario por lo que deben irse y acomodarse en el comedor, en el cual había otras personas y bastante ruido.

En el pase se encontraban Residentes de psicología y psiquiatría (R1 y R2), los dos jefes de residentes, psicólogo y psiquiatra y algunos médicos psiquiatras que se sumaron posteriormente.

Presentaron los pacientes que había para interconsulta, los cuales se encontraban en una lista que contaba con los siguientes datos:

- Paciente: datos personales del paciente, numero de afiliado
- Unidad: la unidad de hospital en la que se encuentra (UTI, Unidad de Terapia Intensiva; UCO, Unidad Coronaria)
- Origen: desde donde ingresa a internación
- Diagnostico
- Detalle: quien solicita la interconsulta hace una breve descripción de porque lo pide y todo esto queda asentado en la historia clínica.

A partir de la cantidad de pacientes que haya para interconsulta y de la particularidad de cada caso es que se dividen en equipos que cuenten con algún profesional de cada disciplina para ir a realizar las interconsultas.

En particular este día, los residentes de primero estaban comenzando por lo que acompañaban a un residente de segundo en todas sus actividades.

En un momento se suma el Jefe del Servicio, pero solo a hablar unos minutos con los jefes de residentes, no interactúa con el resto de las personas que están en la mesa.

Me sumé a un equipo de trabajo que estaba compuesto por una R2 de psiquiatría, una R1 y una R2 de psicología.

Antes de comenzar con el recorrido por la sala de internación, todos los profesionales dejan sus cosas en un armario de un consultorio pequeño ubicado en el sector de rehabilitación. Vale

destacar que el hospital no cuenta con ningún espacio o sala para los residentes ni tampoco un sector específico de salud mental.

Habían sido asignadas 3 personas para realizar la interconsulta. En primer lugar, se dirigen a una sala de clínica médica, la cual se ubica cerca de las habitaciones de internación. En la misma se puede notar que cuentan con muchas comodidades y es muy amplia, a diferencia de lo antes mencionado con respecto a salud mental.

En una pizarra se pueden observar los datos de los distintos pacientes internados y de quienes son los/as médicos/as que los atienden. El equipo se acerca para ver esa información y saber a qué médicos/as contactar.

Las residentes comentan que no todos los profesionales son accesibles y abiertos con las interconsultas de salud mental. “Hay algunos más complicados que otros, uno los va conociendo y hay que ser estratégico para saber con quién hablar (...) hay que hacerse amigo de los residentes que ellos son los que tienen más contacto con los pacientes y siempre tienen más información”.

La R2 de psicología explica que hay 3 tipos de interconsultas: pedidas por los propios pacientes, pedido por los profesionales o por la familia.

Uno de los casos de ese día, no se realizó la interconsulta ya que la médica clínica comentó que no estaba en “situación evaluable, que su cuadro clínico había empeorado”. El equipo de salud mental respecto lo comentado por la médica y dejó constancia eso.

En el segundo caso, antes de ingresar a la sala se le pregunta a la paciente si le molesta que ingresen todas a la habitación, lo cual ella menciona “la verdad que me siento un poco incomoda” y el equipo decide dividirse y quedarse 2 personas a realizar la entrevista. Posterior a la entrevista con ella, se realiza una entrevista con el padre que era quien se encontraba acompañándola en ese momento.

Comentan entre el equipo que estaría bueno que pudiera ir la trabajadora social a ver el caso. Explican que dentro del equipo trabaja una sola trabajadora social que no está todo el tiempo y ella se encarga de los ingresos por salud mental, y que para el resto de los casos se encarga el servicio de trabajo social que funciona aparte.

En un momento, en un encuentro con una residente médica que venía de la unidad de Terapia Intensiva, le preguntan por una paciente, que mencionan ha tenido varios ingresos por salud

mental, la residente comenta la situación de la misma y refiere que tiene una bacteria intrahospitalaria y agrega al respecto: “esto es lo que pasa con esto de querer poner a todos juntos, se agarra algo que un lugar de salud mental no le hubiera pasado”.

Al último paciente que se entrevista también se le pregunta si está de acuerdo con que ingrese todo el equipo, a lo que acepta y después se tiene una breve charla con la esposa.

En todos los casos se hace hincapié en que cualquier duda o necesidad el servicio de salud mental está disponible que le soliciten al equipo médico que los llamen, como así también que durante el resto del día hasta las 22 hay equipo de salud mental en la guardia por cualquier cosa que necesiten.

Se le hace una autorización a uno de los pacientes internados por salud mental para que pueda salir ese día del hospital ya que tenía que realizar un trámite en el banco, en ese momento se encuentran algunos profesionales en un pasillo, entre ellos el jefe del servicio.

Los pacientes internados se encuentran en habitaciones compartidas, tanto quien ha ingresado por salud mental como quien lo ha hecho por alguna razón clínica. se encuentran en la cama, y las habitaciones cuentan con un asiento para los acompañantes, televisor y un baño. Hay ventana. Las habitaciones se encuentran todas en planta baja.

Al finalizar las interconsultas, se dirigen nuevamente al consultorio donde se habían dejado las pertenencias. Ahí hay una computadora en la cual tienen que “evolucionar” las interconsultas que ya hayan hecho en la historia clínica digital. Todos los profesionales tienen acceso al sistema y pueden ver las historias clínicas de todos los pacientes, en las mismas ven los diagnósticos y evoluciones que han hecho profesionales anteriormente como también las indicaciones farmacológicas y los consumos que realizan en la farmacia.

En la evolución deben poner si o si un diagnóstico, dentro de una lista ya cargada en el sistema con algunos diagnósticos del CIE 10, otros según el DSM y otros “inventados por OSEP”. Luego hacen una descripción semiológica siguiendo un orden ya establecido de las funciones psíquicas.

Se puede también ingresar al sistema desde una aplicación para el celular, por lo que una de las residentes comenta: “yo puedo estar en mi casa y ver la historia clínica del paciente”. Frente a eso comentan que cada persona que entra al sistema queda registrado.

Luego de cargar los datos se imprimen las evoluciones, que a pesar de que queden guardados en el sistema deben tenerlo en papel para poder firmarlos ya que si no lo hacen no tiene validez legal.

Guardia 12.30hs

Comentan que muchas veces no hay camas para ocupar para salud mental, ya que la prioridad la tienen los pacientes con padecimientos clínicos. Por lo que en esos casos los pacientes quedan internados en guardia hasta que se desocupa alguna cama en sala.

Por otro lado, mencionan que las internaciones de salud mental intentan que sean lo más breves posibles, “como mucho 1 semana, ha habido casos muy puntuales que han estado más tiempo, pero no es lo más común”.

A las 8 am me presentan a dos residentes de psiquiatría que son quienes están de guardia, me dicen que me avisan cuando llegue alguien de salud mental a la guardia.

Recién a las 12.30 me llaman porque llega una chica de 15 años.

Antes de llamarla para que entre se ponen a buscar algún espacio donde poder hacer la evaluación. No es tan sencillo ya que hay mucha gente dando vueltas y hay algunos sectores en obra. Encuentran un consultorio que posee una silla y dos camillas. Hacen pasar a la adolescente quien se sienta en la silla y las profesionales en la camilla. Entrevistan primero a la chica y luego a la madre. Durante las entrevistas continuamente abren y cierran la puerta distintas personas de la guardia. Se demoran aproximadamente una hora y media entre las dos. Luego les piden salir y discuten sobre el caso. Evalúan que no cumple con los criterios de internación de riesgo inminente y deciden derivarla a psiquiatría del programa de adolescencia de OSEP y le dan un turno para seguimiento en 4 días ahí mismo en la guardia.

Se comunican con la persona que va a recibirla en el programa.

06/06/2019

8hs Guardia

Espero a la residente afuera de la guardia, cuando llega entramos y están realizando el “pase de guardia”, la jefa de la guardia dice “empezamos temprano porque algunos se tienen que ir”. Hay

3 personas internadas en guardia por SM, en la pizarra en donde anotan todos los pacientes indican un diagnóstico.

Se encuentra un chico de 14 años que “lo mandan del Fleming porque ahí no lo pueden contener, es grande de contextura y puede llegar a ser de riesgo para el resto de los niños”. Un hombre de 41 años con “problemática de consumo, cocaína”, se indica en la pizarra. Y una mujer que “no es puramente de salud mental” y que han anotado en la pizarra “convulsión vs conversión”.

Luego de presenciar el pase, quienes están de guardia que es una residente de psicología y un residente de psiquiatría se dirigen al “pase de sala”. Allí comentan sobre los pacientes de guardia y discuten sobre las intervenciones a realizar. “vayan con Rech a verlo”. Mencionan que está el jefe del servicio y que pueden ir con él a ver a algunos pacientes.

Se reúnen con el jefe del servicio y van a ver a los pacientes que están en la guardia. Van a donde está el chico de 14 años, dialogan con la madre primero afuera, ella refiere que lo ve mejor, que ha estado mucho más tranquilo. Al ingresar a hablar con él, el paciente está bastante somnoliento, responde lo que le preguntan, pero no con mucho entusiasmo, le preguntan, “¿quierés que volvamos?” responde que sí. Al salir el jefe le dice al residente que le bajen un poco la medicación, y menciona “lo queremos despierto para que pueda hablar”. Mencionan que necesita el pase a sala y que requiere de una “habitación bloqueada”, me comentan que en ciertos casos deciden que estén solos en las habitaciones de la sala y acondicionan el lugar, sacando elementos de peligro, bloqueando las ventanas, etc.

Después van a ver al hombre de 41 años, quien dice “yo no me quiero ir, hasta que esté mejor”, le preguntan quién lo trajo al hospital y responde “yo me interné”, cuenta que vive con una amiga que es la que le da plata para consumir y que ella también consume. En ese momento no se encuentra acompañado, dice que va a venir la madre a la tarde. En la historia clínica expresan que este paciente ya ha ingresado anteriormente por lo mismo, que ha estado en una comunidad terapéutica de la que se ha escapado y que tiene una orden de restricción con la madre por lo que no podría ir a su casa al momento del alta.

Al salir mencionan que el paciente ya está de alta, que lleva 3 días y esta desintoxicado, pero que tienen que ver a donde se va, con la madre no puede irse y con está amiga tampoco, lo ideal sería una comunidad, pero ya ha estado y no le ha servido, llega la madre y comenta sobre un grupo de gente de “narcóticos anónimos” que van a ir a hablar al hospital y que “ellos le van a dar techo y comida”, les pasa un número de contacto de su otro hijo que “es quien sabe de ese tema”. Posteriormente intentan comunicarse con ese número.

Agregan “en estos casos tienen que ir a una comunidad, a un lugar que no pueda salir, yo creo que en estos casos hay que ser más duros, sino es siempre lo mismo” (Jefe del Servicio).

Refieren que “en estos casos de adicciones es complicado trabajar en el marco de la ley, son pacientes super difíciles, y en muchos casos pasa esto de que no tienen a donde ir, porque el consumo les genera conflictos con todo el mundo, entonces los tenés más tiempo internados cuando ya no cumplen criterio de internación, porque por ejemplo en este caso el riesgo ya no es inminente, y eso también, el tema del riesgo inminente y el riesgo potencial, la línea es muy fina, hay que ir viendo” (Residente psicología).

Pregunto por los psicólogos de planta, ya que las veces que he ido solo he visto a residentes en los distintos dispositivos. “los de planta solo hace consultorio externo algunos días a la tarde”, “todo lo que es sala y guardia lo hacemos los residentes”, “yo superviso con una psicóloga que es de planta, pero sino también vienen de afuera a supervisarnos”

En un momento viene un médico cirujano a pedir una interconsulta para una mujer a la que tal vez tengan que sacarle el útero en la cirugía. A partir de esto expresan: “esto antes no pasaba, ahora algunos médicos están mucho más sensibilizados, cuando se dan cuenta de algo piden la interconsulta”, “un cirujano pidiendo interconsulta, nunca antes visto”.

Me llama la atención como el psiquiatra antes de ver a los pacientes ya está pensando en la medicación, y hace todo el tiempo comentarios al respecto, aun de pacientes que recién ingresan y todavía no ha visto.

Durante la mañana se producen varios ingresos, una adolescente que se clavó un cuchillo en la ingle, pero no se hizo daño y no queda internada porque no presenta criterio de internación, una mujer a la que trasladan desde su trabajo, una escuela en la cual es celadora, porque “se alteró, empezó a gritar y a quererle pegar a una compañera de trabajo y nadie la podía controlar”. Sobre esta mujer el jefe del servicio y el residente psiquiatra hacen distintos comentarios como “uh si viene de una escuela ya sabemos que quieren”.

Derivan a una joven desde el Pereyra por algo clínico, comentan que “la mandan sola en una ambulancia sin ninguna derivación, ningún papel” y expresan que eso lo van a notificar.

01/07/19

12hs

Me reúno con la jefa del servicio de Salud Mental del Hospital Paroissien. El servicio de salud mental se ubica en una casa en la misma cuadra del hospital.

Al entrar hay una pequeña sala de espera donde se encuentran algunas personas esperando, hay un escritorio a modo de recepción que cuando ingreso no hay nadie. Después de unos minutos viene una mujer, llama a una de las personas que está esperando y le entrega un formulario, luego de hacerle unas preguntas y terminar de llenarlo.

Me pregunta si estoy atendida, le comento y me dice que ella es la jefa del servicio y me hace pasar.

Le explico el tema de la investigación y de que tratan las entrevistas, acordamos un día y hora para que pueda asistir a realizarlas en donde los profesionales tengan mayor disponibilidad. Me comenta también que ese día tienen reunión de equipo por lo que estarán todos presentes.