

Aportes críticos sobre algunos elementos conceptuales de la Ley Nacional de Salud Mental a partir de la experiencia clínica en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Juan José Costa

*Médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil, Centro de Salud y Acción Social Comunitaria 24 (CeSAC 24),
Área programática del Hospital General de Agudos "Parmenio T. Piñero",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.
E-mail: juan.j.costa@gmail.com*

Resumen

En este artículo se analizan conceptos extraídos de la Ley Nacional de Salud Mental 22657 de la República Argentina, desde la perspectiva de la práctica clínica realizada en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), situado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se analizan las siguientes nociones: perspectiva de derechos en salud, accesibilidad, estigma asociado a consumos problemáticos de sustancias, interdisciplina e intersectorialidad. Se señala el escaso desarrollo relativo que tuvo en la norma la definición de nociones vinculadas a las prácticas comunitarias frente al extenso espacio que ocupó la regulación de las prácticas de internación.

Palabras clave: Salud mental – Derechos – Vulnerabilidad – Accesibilidad – Estigma – Interdisciplina – Intersectorialidad.

CRITICAL CONTRIBUTIONS ON SOME CONCEPTUAL ELEMENTS OF THE NATIONAL MENTAL HEALTH LAW BASED ON CLINICAL EXPERIENCE IN A CENTER FOR HEALTH AND COMMUNITY ACTION IN THE SOUTHERN AREA OF THE CITY OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

In this article, concepts extracted from the National Mental Health Law 22657 of the Argentine Republic are analyzed, from the perspective of the clinical practice carried out in a Center for Health and Community Action (CeSAC), located in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA). The following notions are analyzed: perspective of rights in health, accessibility, stigma associated with problematic consumption of substances, interdiscipline and intersectoriality. It is pointed out the scarce relative development that had in the norm the definition of notions linked to community practices in front of the extensive space occupied by the regulation of internment practices.

Key words: Mental health – Rights – Vulnerability – Accessibility – Stigma – Interdisciplinary – Intersectoriality.

Introducción

En el presente trabajo se realiza un análisis de aspectos conceptuales definidos en la Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina promulgada en el año 2010, que resultan relevantes desde la perspectiva de la práctica de la psiquiatría infanto-juvenil en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) situado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Dichos aspectos constituyen nociones vinculadas a la lógica que sostiene la propuesta de salud mental basada en la comunidad como modelo de los proyectos de reforma de la atención psiquiátrica (1).

En el primer Capítulo de la ley mencionada se define la salud mental y su promoción y protección dentro de un conjunto de instrumentos normativos internacionales que se han venido produciendo en las últimas décadas. Se puede considerar a la perspectiva de derechos aplicada a la salud en general, y a la salud mental (2) en particular, como una propuesta que procura inducir la formulación de ciertas y determinadas políticas públicas, expresadas en lógicas discursivas y de intervención, marcos reglamentarios, ordenamientos institucionales y asignación de recursos, orientados a resolver problemas de salud mental de personas en situación de fragilidad, vulnerables y vulneradas, restringidas o imposibilitadas para el ejercicio de una serie de derechos consagrados en los mencionados instrumentos legales. Con esa enunciación de derechos de las personas que viven en condiciones de pobreza y desigualdad, que deben sortear barreras sociales y culturales para acceder a servicios de salud, que reciben una oferta insuficiente de recursos provistos por el Estado y que han sido objeto históricamente de prácticas abusivas, se busca generar condiciones para amortiguar y/o revertir esas situaciones. No obstante, los procesos sociales, en su complejidad, se desenvuelven sometidos a diversos vectores de fuerza que permiten con menor o mayor facilidad la efectivización de los marcos legales vigentes.

El CeSAC 24 es uno de los once Centros de Salud y Acción Comunitaria dependientes del Hospital "Parmenio T. Piñero" de la CABA.

La existencia de estos Centros responde a una lógica favorecedora de la accesibilidad enmarcada en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, que tiene puntos en común con las propuestas de Salud Mental Comunitaria y con las perspectivas de derechos en salud.

El Área Programática del Hospital "Parmenio T. Piñero" es la que cuenta con mayor número de CeSACs en la CABA debido a la necesidad de favorecer la accesibilidad al sistema de salud, teniendo en cuenta que alrededor de un tercio de la población que habita las áreas comunales próximas al Hospital, desde donde proviene el mayor número de consultantes al mismo, vive en Villas (3).

Es importante destacar que en los últimos años, se proveyeron cargos rentados de profesionales de la Salud Mental -psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales,

terapeutas ocupacionales y médicos generalistas, entre otros- en varios de estos centros.

Sin embargo, esta mayor existencia de Centros de Salud, con tal conformación de sus plantillas profesionales, no resulta suficiente para garantizar una adecuada respuesta sanitaria a esta población, que en gran medida solo cuenta con los servicios públicos de salud como única opción para su atención.

Esa insuficiencia tiene que ver con la complejidad socio-sanitaria que caracteriza a esa población, condicionante que sigue siendo subestimado, tanto a nivel local como internacional (4) en relación al impacto que produce sobre la salud de los colectivos humanos.

En lo referente a la salud mental, si bien se ha mejorado la oferta de recursos de atención a través de la ampliación de la red de CeSACs, y de profesionales orientados al trabajo con esta problemática, no se han desarrollado políticas específicas adecuadas que provean la organización de las llamadas instituciones intermedias con orientación específica, ni la suficiente articulación entre niveles de complejidad y sectores del Estado, a fin de atender de manera integral los cuadros más severos, como, por ejemplo, los trastornos psicóticos o las conductas de adicción graves, en las distintas manifestaciones que componen estos serios padecimientos.

Alcances y límites de la prescriptiva legal a la luz de la experiencia clínica

a) Las adicciones

El segundo capítulo de la ley 26657 plasma en sus artículos tres a cinco la complejidad en la definición de los problemas de salud mental y alude a la prevención del estigma asociado a los diagnósticos en general y a las adicciones en particular.

Respecto de este último punto, en contextos sociales de por sí estigmatizados como las "Villas" de la zona sur de la CABA, es notable como la representación social de "adicto" carga con una cuota extra de negatividad. Las personas con esos padecimientos, que son denominados popularmente como "fisura", suelen evocar al interior de la población representaciones sociales de peligrosidad, de inmodificabilidad de sus conductas y hasta de regodeo con las dramáticas situaciones que viven. Cito, para el caso, el comentario de una vecina de uno de los barrios sobre los que el CeSAC 24 tiene su área de influencia, al ver salir del consultorio tras una consulta a una paciente que sin dudas era portadora de ese estigma: "Si dejan entrar fisuras, revisen sus pertenencias cuando se van". No pretendemos negar la posible relación entre robo y consumo; la práctica nos puso en contacto con personas con cuadros severos de adicción que cometieron robos para conseguir sustancias de consumo y también con personas reincidentes en el delito como forma de acceso a diversos consumos de sustancias, en especial benzodiazepinas, a fin de desinhibirse antes de salir a robar, sino que lo que queremos subrayar es la forma en

la que ese rasgo impregna al sujeto en cuestión en los diversos contextos sociales en los que interactúa en sus encuentros con otros, generando la hetero y la autoexclusión que estas personas padecen (5).

Al interior de nuestra institución, los consumos problemáticos de sustancias representan un campo de intervención, y de discusión y reflexión de importancia. Se realizan actividades de sensibilización en distintos ámbitos comunitarios respecto de la cuestión, y se implementan los abordajes que el contexto institucional permite llevar adelante. Por otro lado, ésta es una problemática en torno a la cual han ido ensayándose respuestas desde diversos niveles de la gestión pública como, por ejemplo, el Área de Desarrollo Social del gobierno de la CABA, desde donde se habilitaron una serie de efectores orientados a este tema; así como han surgido otros recursos no gubernamentales como los aportados fundamentalmente por la Iglesia Católica a través de un programa llamado "Hogares de Cristo".

No obstante, la complejidad de los casos en sus dimensiones familiares, sociales, psicopatológicas y sanitarias generales, que se expresan en la irrupción de consumos masivos (por ejemplo de pasta base de cocaína) ponen a los sujetos que los sufren en una condición de especial gravedad.

Ante estos cuadros, es claro que las acciones mencionadas anteriormente no alcanzan a funcionar como políticas integrales y articuladas de abordaje; sino que suponen, en muchas situaciones, una mera superposición de esfuerzos con mayor o menor grado de integración frente a un caso puntual determinado, pero no insertas en una planificación estratégica, una jerarquización de propuestas de intervención, y carentes de articulación fluida con otras áreas del Estado como son las de vivienda, educación y/o trabajo, organizadas en programas específicos.

Por otro lado, frente a circunstancias particulares en la clínica de los consumos, no se cuenta a nivel territorial, con ámbitos de internación que ofrezcan un medio acorde para acompañar y modular síntomas psíquicos, conductuales y físicos de abstinencia, propiciar una atenuación en la compulsión al consumo y favorecer una recuperación de pautas mínimas de higiene, alimentación y descanso que luego faciliten avanzar en el diseño y armado de proyectos más amplios de recuperación.

En consecuencia, se vuelve insoslayable abrir una discusión profunda, que trascienda las confrontaciones corporativas y las posiciones ideológicas extremas, respecto de la viabilidad de internaciones involuntarias en la actualidad. La práctica muestra que la condición de involuntaria es casi inaplicable porque difícilmente logran sostenerse sin suscitar algún grado de compromiso del sujeto en cuestión. Esta tarea se vuelve en muchos casos graves un objetivo de trabajo de los equipos territoriales. También se requiere una decisión institucional, infrecuente si no inexistente en la actualidad, que se traduzca en propuestas de intervención concretas, que impliquen la posibilidad de alojar y contener, excluyen-

do, por supuesto, el uso excesivo o cruel de cualquier forma de fuerza, a personas que atraviesan momentos de gran desorganización psíquica y conductual. Aquí cabe recuperar la noción de cuidados balanceados que proponen autores dedicados al estudio de modelos de reforma en la atención en psiquiatría y salud mental (1). Esto es, que lo extra hospitalario no excluye al hospital; sino que plantea en términos teóricos y prácticos, una relación de dependencia y complementariedad recíproca entre distintos niveles de atención.

Más adelante, en el Capítulo cinco de la mencionada ley, el cual especifica las modalidades de abordaje, se establece que éstos sean interdisciplinarios, intersectoriales, y siempre que sea posible, por fuera del ámbito de las internaciones. Es evidente, en nuestra opinión, que estas indicaciones se orientan al abordaje de la patología grave.

b) Los Trastornos del desarrollo

Los trastornos severos del desarrollo infantil son un ejemplo interesante para el análisis de algunos aspectos de la necesidad de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales que normativiza la ley 26657.

La explosión de diagnósticos de los llamados Trastornos del Espectro Autista ha puesto a estos constructos en un primer lugar de importancia para quienes trabajamos con la población infanto-juvenil. Si para un colega que trabaja en los EE. UU., cerca de la mitad de sus consultas de preadolescentes serán merecedoras de un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (6), para buena parte de nosotros, por distintos factores que inciden en nuestra forma de aproximación clínica, tal categoría no tiene tanta pregnancia epidemiológica, mientras que sí vemos cómo se repiten una tras otra las consultas por niños y niñas que inician su asistencia a Jardines de Infantes y presentan rasgos más o menos pronunciados del llamado Espectro Autista (7). En este terreno se viene insistiendo, cuestión no exenta de debates, en la importancia de la detección e intervención tempranas (8, 9, 10), por medio de abordajes interdisciplinarios (11, 12, 13).

Los ámbitos desde los que se producen la mayor parte de las derivaciones de estos casos son los llamados Centros de Primera Infancia, creados a partir de organizaciones sociales barriales por el área social del gobierno de la CABA, actual Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano.

Estos Centros reciben niños y niñas de entre cuarenta y cinco días y tres años de edad, y allí se les ofrece acompañamiento y cuidado en jornadas que pueden ser de hasta ocho horas de duración. Los mismos cuentan con equipos técnicos compuestos por trabajadores sociales, psicopedagogas y otros profesionales que supervisan y orientan a las responsables del cuidado directo de los niños y niñas a su cargo. Por otro lado, también recibimos consultas de Jardines de Infantes, relacionadas con problemas del desarrollo, entre otros motivos.

Desde el CeSAC 24, como expresión rizomática de los fundamentos que, se entiende, están planteados en esta parte de la ley, se organizó un programa, que actualmente denominamos *Interdisciplinario de desarrollo*, que cuenta con un equipo compuesto por un psiquiatra infantojuvenil, una pediatra, una psicóloga, una fonoaudióloga, dos trabajadoras sociales, una kinesióloga y una terapeuta ocupacional. Además colaboran con el programa, en forma estable desde hace alrededor de tres años, un equipo de psicomotricistas que concurren semanalmente *ad honorem* y un equipo de musicoterapeutas nucleados en una organización no gubernamental. Es este programa, en el marco institucional del CeSAC 24, que no es especializado y por esto no está orientado exclusivamente a estas problemáticas, desde donde ofrecemos un abordaje posible y acompañamiento a los niños y niñas y sus familias o referentes de cuidado que nos consultan. Parte de la composición del programa fue viable por la generación de cargos profesionales rentados que se inició hace siete años como forma de expansión del Programa de Atención Comunitaria a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos, que funcionaba en el Centro de Salud Mental No 1 de la CABA desde el año 2006. Con esta aclaración pretendemos explicitar que algo de la lógica de esta parte del instrumento normativo de la ley 26657 no fue producto de novedosísimas ideas de los legisladores o sus asesores, sino que hunde sus raíces en experiencias y desarrollos teóricos llevados adelante por décadas en nuestro país, y en otros países, y que muestra, aplicando una metáfora botánica, el desarrollo de sus ramas visibles en diversas modalidades.

En el mismo Capítulo V de la ley también se hace lugar a la cuestión del trabajo intersectorial. En el terreno de los Trastornos del desarrollo, esos diálogos se dan, en el momento de las intervenciones tempranas, fundamentalmente entre las áreas de Educación y Salud. Sin embargo, hay todavía, a éste respecto, un muy largo camino a transitar en una dirección distinta a la de los actuales intercambios teñidos de des-implicaciones recíprocas.

Parte de este conflicto puede expresarse como la expectativa del sector de Educación Inicial de que algún proceso de abordaje técnico, especializado, desde el sector Salud, convierta a ese niño o niña con determinadas particularidades, en alguien más decodificable en lo comunicacional o vincular, y desde el sector Salud, que los Jardines y los Centros de Primera Infancia (CPIs), asuman la obligación de incluir a niños y niñas con procesos de desarrollo particulares y proponerles recorridos de educación inicial adecuados a esas modalidades de desarrollo. Paralelamente a estos desencuentros y tensiones, en algunos casos más superables que en otros, se dan experiencias entre instituciones en las que logramos articular la necesidad de sostenernos en un acompañamiento mutuo y en las que a lo largo del tiempo se puedan ir delimitando aspectos específicos de intervención desde las disciplinas e instituciones implicadas.

Esto se pone a la vista en esos casos en determinados recorridos lúdicos, de enseñanza y aprendizaje, por un lado, y un alivio o resolución de síntomas por el otro.

El trabajo con estos niños y niñas, en sus vínculos con sus otros y en su desarrollo evolutivo, produce en algunos de ellos, marcadas moderaciones sintomáticas, incluso algo que podríamos llamar una salida del autismo. Esto permite a posteriori revisar y relativizar criterios diagnósticos que pudieron avizorarse inicialmente y cobra especial importancia para desarmar anticipaciones estigmatizantes.

Otros casos, quizás los más emparentados con las descripciones típicas del Autismo, requerirán de apoyos e intervenciones amplias por períodos de tiempo extensos, donde es necesario un importante trabajo de articulación de actores y abordajes, imposible de protocolizar dadas las variadas propuestas de abordaje actuales, y donde los y las pacientes y sus entornos afectivos, con sus posibilidades y obstáculos, irán marcando el *tempo* y el estilo.

Aquí, como respecto de la problemática de las adicciones analizada previamente, no parecen haberse organizado las instancias de abordajes enunciadas en el citado Artículo 11 de la ley (ver nota 6), en cantidad, calidad y forma accesible a poblaciones vulnerables. En el caso de los problemas del desarrollo infantil más profundos, la vía de la cobertura nacional de la discapacidad o de las coberturas que ofrecen las Obras Sociales implican un serio desafío a la determinación y a la constancia de las familias y quienes acompañamos estos procesos. En los últimos meses, especialmente amenazados por la supresión parcial o total de políticas de inclusión social y de ampliación de las coberturas sanitarias.

Conclusiones

Hasta aquí se intentó articular aspectos significativos de la práctica con la prescriptiva enunciada en el texto de la Ley. Para ello se comentaron las implicancias legales de los primeros cinco Capítulos que representan menos de un cuarto de la extensión total de la Ley 26657; esto es, solamente los primeros once Artículos de un total de cuarenta y seis.

Se puede vislumbrar así que el énfasis de la Ley está puesto en la regulación de las prácticas de internación, que ocupa buena parte del articulado posterior, no analizado en este texto.

Por otro lado, es pertinente señalar que en esta Ley se formalizaron interesantes criterios que orientan a disminuir ciertas concepciones reduccionistas para conceptualizar a las problemáticas en cuestión y, muy especialmente, ubicar a las internaciones en el contexto de propuestas de abordaje con orientación comunitaria desde una perspectiva de cuidado de los derechos de las personas con cuadros de mayor gravedad. Sin embargo, en todos estos aspectos restan muchos esfuerzos por realizar para otorgar viabilidad real a estos enunciados legales. ■

Referencias bibliográficas

1. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9: 67-77.
2. Sobredo, L. El caso Ximenes Lopes vs Brasil. La psiquiatría y el derecho internacional de los derechos humanos en la vida real. *Vertex, Rev. Arg de Psiquiat.* 2016, Vol XXVII; 191-196.
3. Dirección General de Estadísticas y Censos, CABA. Resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 en la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
4. Stringhini, S y otros. Socioeconomic status and the 25 ×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet.* Vol 389. March 25, 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
5. Vazquez A, Romani O. *Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires.* Facultad de Psicología –UBA- / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones / Volumen XIX.
6. Rapaport, J. Pediatric psychopharmacology: too much or too little? *World Psychiatry* 2013;12:118–123.
7. Rapin, I. The Autistic Spectrum Disorders. *N Engl J Med*, Vol. 347, No. 5. August 1, 2002.
8. Al-Qabandi, M; Jan Willem Gorter, JW; Rosenbaum, P. Early Autism Detection: Are We Ready for Routine Screening? *Pediatrics* 2011 Jul;128(1):e211-7. DOI: 10.1542/peds.2010-1881.
9. Armus, M; Oliver, M; Duhalde, C; Woscoboinik, N. Desarrollo emocional, clave para la primera infancia, de 0 a 3. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_Oa3_simples.pdf
10. Plevak, A; Schelotto, M; Bonifacino, N; Mussetti, D. Consulta pediátrica en la primera infancia: una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional. Experiencia de tamizaje e intervención temprana. *Archivos de Pediatría del Uruguay* 2012; 83 (2)80-86.
11. Jansson, BS; Miniscalco, C; Westerlund, J; Kantzer, AK; Fernell, E; Gillberg, C. Children who screen positive for autism at 2.5 years and receive early intervention: a prospective naturalistic 2-year outcome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016:2255-2263.
12. Dawson, G; Rogers, S; Munson, J; Smith, M; Winter, J; Greenson, J; Donaldson, A; Varley, J. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics.* January 2010; 125(1).
13. Fernell, E; Hedvall, A; Westerlund, J; Carlsson, LH; Eriksson, M; Olsson, MB; Holm, A; Norrelgen, F; Kjellmer, L; Gillberg, C. Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study. *Research in Developmental Disabilities* 32 (2011) 2092–2101.