



FHyCS

Facultad de
Humanidades
y Ciencias Sociales

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Nº 26.657

PROMULGADA EN DICIEMBRE 2010
HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN SALUD Y DERECHOS HUMANOS



Lic. Elena Espíndola

PARADIGMAS EN PUGNA: LA SALUD MENTAL DESDE DISTINTOS ENFOQUES



- MODELO MEDICO MANICOMIAL
- MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL



MODELO MEDICO MANICOMIAL

Este modelo es dominante en psiquiatría y en medicina general.

Se centra únicamente en el sistema biológico de la persona. Se busca diagnosticar y adoptar medidas únicamente desde la psiquiatría

Abordaje:
Mediación, medidas de sujeción, salas de “contención.”
Se aborda desde la hegemonía de la psiquiatría y solamente desde el área de la salud

Manicomio como centro.
Objeto de cuidado: padeciente pasivo.
Concepción de capacidad.
Jerarquía verticalista

FINALIDAD EL CONTROL SOCIAL

LA HISTORIA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

- Siglo XIX, extendiéndose tanto en el ámbito público como privado el modelo psiquiátrico hegemónico, caracterizado por ser custodial y utilizar terapias físicas que llegaban a la coerción como así también el tratamiento moral.
 - En 1906, se promulga la Ley N° 4.953 de creación de Hospitales y Asilos Regionales
 - Se construyen instituciones asilares que se conforman como lugares superpoblados y de malas condiciones tanto edilicias como de higiene
 - Explotación de pacientes y sobremedicalización
-

- A finales del siglo XIX y principios del XX, tomó fuerza el movimiento higienista: propone la adopción de medidas profilácticas y preventivas, y el aislamiento de los sujetos
- Se comienza a dar un pasaje del paradigma heredodegenerativo a pensar en causales vinculadas a las condiciones ambientales donde el paciente se desarrolla como un factor para pensar la enfermedad
- Es un paradigma que se aleja de los modos de pensar y hacer de la psiquiatría hegemónica.

- Hacia la segunda mitad del siglo XX, un conjunto de normativas a nivel internacional vinculadas a los Derechos Humanos, producen un giro en el abordaje del padecimiento mental, garantizando un mayor grado de autonomía de los/as usuarios/as en salud mental.
- Se produce un debate público sobre la necesidad de repensar el modelo de atención psiquiátrica.
- La creación de la OMS (1948) y luego su definición de la salud, invisibiliza a la salud como un proceso. Sin embargo, introduce una visión que va más allá de lo biológico, ya que incluye las dimensiones mentales y sociales; de este modo, habilitó al campo de la Salud Mental (que sustituye el concepto de Higiene Mental)
- Esto llevó adelante la crítica a los tratamientos asilares, promoviendo dispositivos con base en la comunidad, tanto para el abordaje preventivo de las crisis como para la atención en externación

**CONOCER LOS ANTECEDENTES DE LA LEY DE SALUD MENTAL, NOS VA A PERMITIR
ENTENDER CÓMO SE GESTÓ LA NORMATIVA, CÓMO SE LA PENSÓ Y EN QUÉ PRINCIPIOS
HUNDE SUS RAÍCES.**

ANTECEDENTES DE LA LEY

Estos antecedentes dan cuenta de los años que lleva la lucha por un paradigma diferente al manicomial.

01

La Ley N° 180 de Desmanicomialización en Italia en 1978

02

En Argentina, en la provincia de Río Negro, se sancionó en 1991, la Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental

03

La aparición de nuevos actores sociales como organizaciones de derechos humanos y de familiares y usuarios/as, que desequilibraron la hegemonía del modelo de atención.

04

La visibilización de la situación de las personas internadas en Hospitales Neuropsiquiátricos

05

El informe publicado por el CELS (2007) documenta la violación a los DDHH de unas 25.000 personas internadas en instituciones psiquiátricas en Argentina

En estos antecedentes se pone en evidencia el fundamento político detrás de la institucionalización, el cual es una respuesta para quienes escapan del orden establecido, en una sociedad que no está dispuesta a convivir con la “sin-razón”.

Una concepción de sujeto que sostiene el paradigma positivista, como determinados biológicamente, por lo tanto, su padecimiento será inmodificable, y el encierro se convierte en la única medida posible.

Lxs sujetxs que son encerrados en estas instituciones se encuentran en una situación de vulnerabilidad psicosocial que las hace susceptibles de ser captadas por estas modalidades de control social, profundizando su situación de vulnerabilidad.



**LA SANCIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL COMO SU DECRETO
REGLAMENTARIO DIERON LUGAR A UN CAMPO DE TENSIONES Y PUJAS QUE AL
DÍA DE HOY NO TERMINAN...**

PARADIGMAS EN PUGNA: LA SALUD MENTAL DESDE DISTINTOS ENFOQUES



- MODELO MEDICO MANICOMIAL
- MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL

MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL EN SALUD MENTAL

Este modelo parte de una concepción de salud como proceso, multicausal, histórica, cultural, económica y política. Se construyen relaciones democráticas-horizontales. Participación en los tratamientos, servicios y políticas.

Abordaje: grupales, comunitarios, basados en la restitución de derechos, medicación, etc. En estos abordajes intervienen diferentes sectores como el sistema de salud, educación, vivienda, trabajo.

Sistema sanitario: Atención Primaria de la Salud, con base en la comunidad. Concepción de sujeto: Sujetos de derecho, protagonistas y activos. Se parte de una presunción de capacidad y de redes de apoyo.

FINALIDAD INTEGRACIÓN COMUNITARIA

La Ley de Salud Mental asegura el derecho de todxs lxs habitantes del suelo argentino a la protección en salud mental y establece puntualmente los derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos subjetivos en relación al sistema de salud, tanto en el sector público como privado.

La salud mental es un derecho fundamental, la cual no debe ser atendida desde un paradigma que privilegie el encierro indiscriminado o sin fundamento terapéutico, ya que resulta iatrogénico.

Esto supone un cambio, una transformación de paradigma a nivel de la salud, pero fundamentalmente a nivel social y cultural en el cual se necesita a la comunidad toda.



Según la Ley de Salud Mental se reconoce a la **salud mental como un proceso determinado, por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.**

La ley considera que para comprender un **padecimiento subjetivo** es importante entenderlo no sólo desde lo individual, sino también desde los componentes sociales que influyen en cada uno de nosotros.

USUARIXS

Se considera a las personas como usuarixs de los servicios de salud mental.

Desde una concepción integral de lxs sujetxs se debe tener en cuenta las condiciones estructurales tales como la vivienda, el trabajo, la educación, entre otras.

PADECIMIENTOS SUBJETIVOS

Se modifica la concepción de “enfermedad mental” por padecimientos subjetivos. Este padecer adquiere una valoración singular atendiendo a las condiciones concretas de existencia de las personas.

CONCEPCIONES QUE TRANSFORMA LA LEY DE SALUD MENTAL

INTERSECCIONALIDAD

La atención no se centra sólo en lo hospitalario, sino que se trabaja desde la APS con base en la comunidad donde vive la persona. Se trabaja con diferentes enfoques disciplinarios: trabajo social, acompañantes terapéuticos, psicología, etc.

HOSPITALES POLIVALENTES

Se atienden diferentes especialidades, se incorpora a la salud mental dentro de estos hospitales, modificando los hospitales monovalentes (una atención especializada para la salud mental). Se inicia un proceso de DESMANICOMIALIZACION.

QUÉ ES LA DESMANICOMIALIZACIÓN

Es un proceso que implica llevar a cabo una transformación del sistema de salud pública, un cambio de modelo (del manicomio al comunitario). Implica ampliar los dispositivos que permitan a las personas estar en su comunidad y atender sus padecimientos subjetivos y que esto no implique estar encerradxs y sometidxs a prácticas que violan los derechos humanos.

Muchas veces en defensa de los manicomios se escuchan argumentos como: “si cierran el manicomio no tendrá dónde vivir”. Este tipo de argumento da cuenta de la necesidad de pensar la salud pública de forma integral y tratar otros aspectos como la necesidad de vivienda.

Si una persona vive en la calle y es encerrada en un manicomio lo que se está haciendo es medicalizar un conflicto social.



PROMOVER LA DESMANICOMIALIZACIÓN ES TERMINAR CON LAS PRÁCTICAS DE ENCIERRO Y AISLAMIENTO.

ENTONCES NO SE TRATA DE NEGAR LAS INTERNACIONES, SINO DE QUE LAS MISMAS NO SE REALICEN EN MANICOMIOS DONDE LAS PERSONAS SON CONVERTIDAS EN OBJETOS, HUMILLADAS, PRIVADAS DE DERECHOS COMO A LA SEXUALIDAD, LA PROVACIDAD, A LA INFORMACIÓN Y LA DIGNIDAD.

Sin MANICOMIOS significa:

- Personas como usuarixs dentro del sistema de salud integral y de su comunidad
- Transformación en las prácticas de salud
- Cambiar las formas de comprender el PSEAC
- Trabajar desde y con diferentes disciplinas
- Emplear enfoques participativos, comunitarios y con perspectiva de género

¿QUÉ DICE LA LEY DE SALUD MENTAL N° 26.657?



Esta normativa tiene por objeto construir una política pública de salud mental desmanicomializadora, planteada desde la Atención Primaria de la Salud y garantizar el acceso a la salud mental, en todo el territorio nacional.

¿QUÉ DICE SOBRE LOS HOSPITALES MONOVALENTES?

Queda prohibida la creación de hospitales monovalentes. Las personas con padecimientos subjetivos deben ser tratadas en hospitales comunes y no en instituciones psiquiátricas. La internación debe ser breve y notificada a un/a juez/a.

¿A QUIÉN PROTEGE ESTA LEY?

A las personas con padecimientos subjetivos. También se encuentran incluidas en esta ley las personas con usos problemáticos de sustancias.

SI UNA PERSONA CON PADECIMIENTO SUBJETIVO NECESITA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?

Tiene derecho:

- A ser atendidx en un hospital general. Si el hospital rechaza la atención por el sólo hecho de tratarse de un problema de salud mental, comete un acto discriminatorio.
- A recibir la alternativa terapéutica más conveniente que no limite sus derechos y libertades y que colabore para la integración laboral, familiar y comunitaria.
- A ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por algún referente familiar o comunitario.
- A tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento dentro de sus posibilidades.
- A que nunca consideren su padecimiento subjetivo como un estado que no se puede modificar.

¿CUÁNDO SE DECIDE LA INTERNACIÓN DE UNA PERSONA CON PADECIMIENTO SUBJETIVO?

Sólo puede indicarse la internación cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizadas en el entorno comunitario. La internación debe ser lo más breve posible.

¿DÓNDE DEBE SER INTERNADA LA PERSONA?

En hospitales generales.

¿UNA PERSONA CON PADECIMIENTO SUBJETIVO PUEDE SER INTERNADA EN CONTRA DE SU VOLUNTAD?

NO. La internación contra la voluntad de la persona sólo puede hacerse cuando el equipo de salud determina que hay una situación de riesgo cierto y cercano para la persona o para terceros. También es necesario que en esa situación no haya otra posibilidad más eficaz para el tratamiento de la persona. La internación debe notificarse en un plazo de diez horas al juez/a y al órgano de revisión.

LA PERSONA INTERNADA INVOLUNTARIAMENTE

SI. Tiene derecho a elegir un/a abogado/a. Si no lo hace, el Estado debe darle uno/a.

¿ALGUIEN CONTROLA LA INTERNACIÓN INVOLUNTARIA?

SI. Lxs jueces deben pedir informes cada treinta días como máximo.

¿SE LE PUEDE IMPEDIR A LA PERSONA INTERNADA QUE TENGA VISITAS?

NO. Toda limitación de las visitas debe ser excepcional y debidamente fundada por el equipo interdisciplinario que la atiende. La limitación de las visitas debe ser informada al/la juez/a. Nunca se puede restringir la visita a su abogado/a defensor/a. NO son admitidas las salas de aislamiento en ningún caso.

LA PERSONA INTERNADA VOLUNTARIAMENTE, ¿PUEDE DECIDIR EN CUALQUIER MOMENTO ABANDONAR LA INSTITUCIÓN ?

SI. Sólo puede limitarse la salida de la persona si existe una situación de riesgo cierto y cercano.

ENTONCES



DESMANICOMIALIZAR:

- NO ES EL CIERRE DEL HOSPITAL PÚBLICO
- NO ES DEJAR A LXS INTERNXS EN LA CALLE
- NO ES DEJAR A LXS TRABAJADORXS DE LA SALUD SIN SUS PUESTOS DE TRABAJO
- NO ES PRIVATIZAR LA ATENCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
- NO ES SOBREMEDICACIÓN
- NO ES ENCIERRO
- NO ES SEGREGACIÓN
- NO ES VIOLENCIA FÍSICA, PSÍQUICA Y QUÍMICA
- NO ES DEPÓSITO DE LAS PERSONAS
- NO ES ABANDONO NI DESAMPARO
- NO ES JUDICIALIZACIÓN DE LA INTERNACIÓN

DESMANICOMIALIZAR:

- ES LA ATENCIÓN DIGNA DE LA SALUD MENTAL
- ES TRANSFORMAR EL VÍNCULO ENTRE PROFESIONAL Y USUARIIX
- ES INTERNACIÓN CORTA EN HOSPITALES GENERALES O CENTROS DE SALUD MENTAL
- ES DIGNIFICAR EL TRABAJO DE LXS ENFERMERXS
- ES ATENCIÓN AMBULATORIA, DOMICILIARIA: EL/LA PROFESIONAL VA HACIA EL USUARIIX Y/O EL USUARIIX VA HACIA EL PROFESIONAL
- ES RECUPERAR LOS LAZOS FAMILIARES Y SOCIALES DE LES USUARIIXS
- ES GARANTIZAR LA VIVIENDA (PROPIA Y/O FAMILIAR; O A TRAVÉS DE HOGARES SUSTITUTOS, CASAS DE MEDIO CAMINO, ETC.)
- ES GARANTIZAR EL TRABAJO DE LXS USUARIIXS (MANTENIMIENTO DE LA RELACIÓN LABORAL, CREACIÓN DE COOPERATIVAS, DE BOLSAS DE TRABAJO; MICRO EMPRENDIMIENTOS Y OTROS.)
- ES UNA MEJOR UTILIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS.
- ES BRINDAR MÁS INFORMACIÓN, APOYO Y CONTENCIÓN A LAS FAMILIAS O A LXS REFERENTES DE CUIDADOS
- ES CONVERTIR AL "MANICOMIO" EN UN HOSPITAL GENERAL CON UN ÁREA DE SALUD MENTAL
- ES LA BÚSQUEDA DE NUEVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.

¿Cuáles son los Ejes de las Políticas Públicas en Salud Mental?

- Cercanía
- Continuidad
- Articulación
- Participación comunitaria
- Respeto a identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras
- Integración de equipos de atención primaria en el territorio
- adaptación de programas de trabajos, educación, cultura, arte, deporte, vivienda, etc.

¿QUÉ DISPOSITIVOS INTEGRAN LA RED DE SERVICIOS CON BASE EN LA COMUNIDAD?

- CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
- SERVICIOS DE SM CON INTERNACIÓN EN HOSPITALES GENERALES (LOS PRIVADOS TAMBIÉN ESTÁN OBLIGADOS)
- SISTEMAS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
- CENTROS DE REHABILITACIÓN DIURNOS Y NOCTURNOS
- DISPOSITIVOS HABITACIONALES Y LABORALES CON DISTINTOS NIVELES DE APOYO
- ATENCIÓN AMBULATORIA
- ATENCIÓN DOMICILIARIA
- OTROS
- OBSERVACIONES: LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS CON ALOJAMIENTO NO DEBEN SER USADOS PARA PERSONAS CON PROBLEMÁTICA EXCLUSIVA DE VIVIENDA