

INVISIBILIDAD Y DESAMPARO, EL CASTIGO DE LOS PACIENTES CON SUFRIMIENTO MENTAL

Contar con los datos del Primer Censo Nacional de Salud Mental tiene sentido sólo si la información permite generar políticas públicas eficaces; faltan controles para evitar las internaciones crónicas y una mejor administración de los recursos

Por Irene Contardo

Quisiera compartir con los lectores una mirada desde la psicología acerca de dos eventos ocurridos en este último tiempo, con el fin de reflexionar acerca de cómo se articulan (o no) los datos estadísticos con que contamos, con las políticas públicas en salud mental.

Uno se refiere a la presentación de los resultados del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, como respuesta a la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, reglamentada en 2013.

Habría que darle la bienvenida, pese a que la ley se demoró en forma excesiva, considerando que el cumplimiento del Art. 35 refiere que, a partir de su reglamentación en 2013, se debía realizar el primer censo a los 180 días corridos, reiterarse con una periodicidad máxima de dos años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización. Es decir, ya se tendrían que haber realizado al menos dos censos.


Y el otro acontecimiento que no debe pasar inadvertido es la firma de un “Acta acuerdo

sobre plan de refuncionalización de la Salud Mental en la C.A.B.A.” entre la ministra de Salud porteña, Ana María Pérez Bou, y el presidente de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), Jorge Gilardi, especialista en ginecología y obstetricia.

La internación como tratamiento

Las palabras que se usan nunca son ingenuas, portan un sentido, explícito y subyacente. En este caso, “refuncionalización”, implica desconocer la Ley Nacional de Salud Mental que plantea la desmanicomialización como núcleo central, es decir la “destrucción del manicomio” parafraseando a Franco Basaglia, como única posibilidad de no continuar sosteniendo lo instituido, y que surja algo diferente, reconociendo a los pacientes con sufrimiento mental, como sujetos de derechos.

Entiendo que estos acontecimientos no son azarosos, que responden a posiciones ideológicas que sostienen la invisibilización de las personas con sufrimiento mental y desestiman la importancia de lo comunitario.



Según el último censo hay 12.035 personas internadas por motivos de salud mental y el promedio de estadía es de 8,2 años, dividido entre 12,5 años en el sector público y 4,2 años en el sector privado

Respecto al presente censo se incluyeron instituciones monovalentes que responden al ámbito público y privado. El objetivo es obtener datos que dieran cuenta del estado de situación de las personas internadas por motivos de salud mental; lo que permitiría contar con la información necesaria para la implementación de políticas públicas en pos del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. Además, impulsar la producción de información en este campo en todos los niveles.

A partir de la información que se desprende con relación a los pacientes internados, la cantidad asciende a 12.035 personas, un número elevado, y el promedio de internación es de 8,2 años dividido, entre 12,5 años en el sector público y 4,2 años en el sector privado. Cabe preguntarse si estas internaciones cumplen con el Capítulo VII-Art.14° que considera la internación como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo”, que sólo puede llevarse

a cabo cuando sea considerado más beneficioso para el tratamiento de la persona que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

En cuanto a la duración del período de internación, debe ser lo más breve posible, obedeciendo a criterios terapéuticos interdisciplinarios. La evolución del paciente y las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse diariamente en la historia clínica. La internación no puede realizarse ni extenderse en función de la resolución de problemas sociales o de vivienda.

En este aspecto, el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. (art. 15°). ¡Es bastante difícil creer que la crisis de un paciente con sufrimiento mental continúa en estado agudo durante 8 años justificando la internación!

Acerca de la situación económica y de vivienda se desprende que el 68,8% de las personas

manifestó tener ingresos y, de este porcentaje, el 72% refirió no administrarlos. Resulta bastante llamativo que estas personas no tengan acceso a sus propios ingresos. ¿Quién se encarga de administrarlos? ¿Qué sucede con su casa (cuando hay vivienda)?

La ley es clara respecto de las condiciones de la continuidad de la internación según los artículos 16, 17 y 18, y en forma específica, en el Artículo 21, que dice que “la internación involuntaria debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez horas al juez con un máximo de cuarenta y ocho horas.” ¿Será que los pacientes que continúan internados no se encuentran dentro de esta norma?

Al analizar otro de los datos, insiste la pregunta sobre si estas personas internadas son castigadas por su padecimiento mental. Solamente el 41,6% pudo hacer llamadas telefónicas y el 40,4% no ha hecho salidas en el último mes.

Falta de control de los recursos

Respecto de la cobertura de salud de la población internada, el 53,6 % tiene obra social y de los datos promedio de internación, se desprende la ausencia de control por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud. El control adecuado de los recursos, podrían redundar en forma eficaz en derivaciones a tratamientos ambulatorios, de menor costo que una internación y a la reinserción socio-comunitaria de las personas.

Según la encuesta, el equipo tratante informó que sólo el 28,5% de las personas firmaron consentimiento informado, por lo tanto, se reitera el incumplimiento de los derechos del paciente.

Otro de los datos, el 36,4% de las personas continuaban internadas por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros; entonces insiste la interrogación sobre cómo es posible que el 64% continúa internada.

Este porcentaje corresponde a 7655 personas que no requieren internación y que podrían realizar su tratamiento terapéutico en forma ambulatoria, con propuestas inclusivas que le permitan continuar desarrollándose como

sujetos y con un menor costo en recursos que se podrían destinar a prevención y promoción de la salud mental.

Actualmente, continúa siendo un desafío cumplir con la Ley Nacional de Salud Mental y que la norma se traduzca en políticas públicas con capacidad de generar un cambio real en la vida de las personas con sufrimiento mental y sus familias.

Este análisis, no es para desmerecer la realización del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, sino en función de considerar rigurosamente estos datos para generar políticas públicas que se orienten en la toma de decisiones de gestión imprescindibles para intervenciones eficaces. No podemos quedarnos solamente con estos números, como si alcanzase el haber cumplido con uno de los requerimientos. Así es como, por un lado, se plasma en números el incumplimiento de una ley que es resistida, quizás porque siguen estando en juego intereses que no son los de los usuarios, se diluyen los derechos de los pacientes y con intencionalidad se los continúan invisibilizando.

Retomando, nos encontramos ante la firma de un Acta de Acuerdo, entre la ministra de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el presidente de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), en el que no participaron los profesionales de la Salud Mental.

Desde la comisión directiva de la Asociación de Psicólogos de CABA, emitieron un comunicado en el cual rechazan el acta, denuncian no haber sido convocados y plantean que “una reformulación de la salud mental de tal magnitud como la plasmada en el acta requiere de la participación de toda la comunidad científica” y, por lo tanto, se reclama la convocatoria al Consejo General de Salud Mental establecido por la Ley 448.

Acuerdo sin consenso

Este acuerdo se sostiene en un discurso biologicista, neurogenético, que desconoce la subjetividad del paciente con sufrimiento mental, para permanecer, sin cambios rea-

Solamente el 41,6% de los pacientes internados pudo hacer llamadas telefónicas y el 40,4% no ha hecho salidas en el último mes

les en el sistema manicomial. Los hospitales neuropsiquiátricos de la Ciudad (Borda, Tobar García, Moyano, Alvear) serían “refuncionalizados” “argumentando que es el modo de responder a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El documento afirma que hay cuatro áreas de la salud mental y las neurociencias que van a ocupar la atención durante los próximos 50 años:

1. Influencias ambientales y hormonales en el ser humano: en rigor por ser humano se entiende “nuestro cerebro” y por influencias ambientales, los “compuestos químicos que nos bombardean de todos lados” (sic). La clave es “desentrañar la arquitectura cerebral y el funcionamiento de las diversas áreas cerebrales”.
2. Vejez y enfermedades neurodegenerativas.
3. Bases moleculares de la conducta y las enfermedades mentales: a partir de la afirmación de que “en los últimos años, se ha encontrado que la arquitectura genética de un individuo tiene profunda influencia en el desarrollo de enfermedades mentales”.
4. Terapia génica del sistema nervioso: “cómo lograr acceso al cerebro desde la periferia” y va a permitir –afirma el Acta– “reparar funciones cerebrales defectuosas”.

Esto es planteado, “dando respuesta al marco jurídico de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657”, establece cuatro “etapas” a seguir. La primera sería la habilitación de dispositivos intermedios (casas de medio camino, etc.) “en cantidad y calidad” para permitir la externación de los pacientes. ¿Por qué se haría esto ahora? Si no se hizo hasta este momento ¿Con qué presupuesto se podrían habilitar estos dispositivos?

Nuevamente nos encontramos ante una formalidad para eludir las críticas de usuarios y trabajadores que vienen demandando la creación de estos dispositivos. “Refuncionalización de los hospitales monovalentes transformándolos en Hospitales polivalentes especializados en salud mental, psiquiatría y neurociencias a través de un proceso de re-

El acuerdo entre la ministra de Salud porteña y la Asociación de Médicos Municipales se sostiene en un discurso biologicista, neurogenético, que desconoce la subjetividad del paciente con sufrimiento mental

formulación edilicia, renovación tecnológica y de recursos humanos”.

Quizás sería interesante recurrir a la experiencia realizada en los años 90 por el doctor Jorge Luis Pellegrini desarrollada en el Hospital de San Luis, donde tenía entre 100 y 120 camas, con un 100% de ocupación y un tiempo promedio de internación de siete años y medio. En 1998 había 11 camas, con un 65% de ocupación y un tiempo promedio de internación de ocho días. Hace 20 años atrás, no se planteaba la “refuncionalización con tecnología de punta”, sino dispositivos menos onerosos: asambleas de profesionales de la salud, de pacientes, diagnósticos apropiados y una salida a la comunidad.

En qué laberinto discursivo quedaron perdidos los pacientes con sufrimiento mental y los profesionales de la salud mental que no fuimos convocados a la firma del acuerdo que intenta obnubilar con la panacea de la atención, y la salvación “milagrosa” de las neurociencias.

Durante de mi ejercicio profesional, hace tiempo ya, primero como fonoaudióloga y luego como psicóloga, nunca encontré un paciente que llegase a la atención clínica con el cerebro en sus manos o el sistema hormonal, o el mapa genético y allí se plantease que tenía miedo, o que no podía hablar, que escuchaba voces o que le dolía la angustia. ¿No es posible separar el cuerpo biológico del psíquico? Ante la insistencia de determinados acuerdos, sólo me surge el interrogante sobre: ¿a qué intereses responden? ¿Cómo es posible que se siga insistiendo en que las personas no somos sólo un cuerpo biológico? ¿Acaso es posible subjetivarnos sin el otro, sin deseo? Respecto de la viabilidad de la desinstitucionalización en nuestro país, que debería cumplirse para el próximo 2020 sin manicomios, creo, en sintonía con Ernestina Rosendo, que es fundamental, por un lado, avanzar con la participación de la comunidad en las cuestiones referentes a la salud mental y por otro, analizar criteriosamente cuáles son las posibilidades y los límites reales de la contención social de los pacientes y del establecimiento de redes sociales, entre otros aspectos. 