

NORMATIVAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Análisis comparado de la legislación nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

AUTORES:

de Lellis, Martín; Fotia, Guillermo; Cuello, Marina; Pereyra, Gonzalo; Dieta, Tatiana;
Mancuso, Melisa; Lezaeta, Laura¹

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la historia, las personas con padecimientos mentales severos se hallaron expuestas a un alto grado de vulnerabilidad, proceso que se agravó en la medida que su tratamiento fue intramuros y que se convirtieron en *invisibles* para gran parte de la sociedad. Exclusión, estigmatización y discriminación han sido los procesos dominantes a medida que se ha incrementado la complejidad de las sociedades modernas, exponiendo a los sujetos en esta condición al “*riesgo cierto*” de que se violen sus derechos.

En nuestro país, y a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LSMN), existe legislación específica en la temática que sintetiza y aglutina en documentos de carácter normativo las bases para el abordaje de problemáticas asociadas a la salud mental. También existen normativas relevantes a nivel subnacional del mismo tenor, con algunas similitudes y diferencias que resulta interesante colocar bajo análisis².

La existencia de un marco normativo de carácter nacional y jurisdiccional constituye una base importante sobre la cual efectuar un abordaje sustentado en un paradigma innovador, donde el eje principal está sustentado en el trabajo con sujetos que cuentan con la capacidad de decidir y participar, los cuales pueden aprovechar las oportunidades de inclusión en la comunidad y así quebrar los muros del abandono y la soledad.

Son diversas las aproximaciones que pueden realizarse en torno a la normativa en salud. Por un lado se puede realizar una aproximación de corte estrictamente jurídico, analizando el cuerpo normativo en sus complementariedades, superposiciones, contradicciones y/o lagunas pero remitiéndose siempre al interior de la estructura que presenta el orden legal respecto de ciertas cuestiones como, por ejemplo, la protección de los derechos de la personas con discapacidad.

Habida cuenta de la relevancia que presenta este enfoque jurídico centrado en los derechos individuales, la legislación puede concebirse también como una herramienta que contribuye a la formulación e implementación de una política pública, la cual se inserta siempre en un campo de tensiones y disputas entre los actores sociales

¹ Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

² de Lellis, M; Sosa, S. (2011): Modelos de atención: un análisis comparado de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental. Ponencia presentada en la Facultad de Ciencias Sociales. IX Jornadas de Salud y Población. Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Junio de 2011.

involucrados. Al mismo tiempo, brinda oportunidades para la construcción de un discurso alternativo para los agentes de salud (ej.: profesionales y técnicos) comprometidos en el cumplimiento de esos derechos, los cuales pueden orientar y significar sus prácticas en las instituciones que componen el sistema de servicios de salud.

En este caso, y dado que las normativas encierran una visión ética, ideológica y política en torno a cuestiones socialmente problematizadas, cobra sentido detenernos en el análisis de su coherencia interna y/o en los fundamentos que animan la legislación en salud mental y adicciones.

El propósito de este trabajo es realizar un análisis comparado en torno al abordaje de la salud mental en diferentes marcos normativos como son el Nacional y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, incorporando diferentes categorías de análisis que son relevantes desde el punto de vista sanitario. Se incluyen en el análisis cinco leyes, dos de carácter nacional: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LSMN) y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 (PIACOP); otras tres pertenecientes al ámbito de la CABA: Ley de Salud Mental N° 448 (LSMC), la Ley Básica de Salud N° 153 (LBS) y Ley de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Otras Prácticas de Riesgo (LCSP).

Pese a ubicarse en diferentes niveles de decisión político-administrativa, tales leyes tienen impacto sobre el mismo territorio: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este caso, se trata de una jurisdicción recientemente autonomizada, que tiene legislación propia desde hace relativamente poco tiempo, y que presenta el problema de algunas funciones nacionales no han sido delegadas totalmente aún.

El objetivo del trabajo es contribuir a la formación de los alumnos dentro de la formación universitaria, intentando dar cumplimiento a las Recomendaciones elevadas por la CONISMA en cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental que, en su artículo 33° plantea que *“la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental”*³ y recoge, asimismo, lo planteado en los Lineamientos para la adecuación de la formación de carreras vinculadas con el área de la Salud Mental⁴.

Para el presente análisis normativo se consideraron seis dimensiones distintas: a) Conceptos Básicos; b) Derechos del Paciente; c) Desempeño del Sector Salud; d) Regulación y Organización; e) Financiamiento; e) Intersectorialidad. Cada una de las dimensiones posee categorías conceptuales para realizar un acercamiento a la ley que permita organizar, comparar y comprender su contenido.

³de Lellis, M; Pomares, L; Da Silva, N. (2016). de Lellis, M; Pomares, L; Da Silva, N. Recomendaciones y lineamientos para la formación en las universidades públicas y privadas: un abordaje interdisciplinario e intersectorial. En: Escalada, R. Ley de Salud Mental. De la letra a su implementación. La Universidad interpelada. Rosario. Febrero de 2016.

⁴ Proyecto Lineamientos para la mejora de la formación de los profesionales de Salud Mental. Ministerio de Educación/Ministerio de Salud/Jefatura de Gabinete de Ministros. Noviembre de 2015.

CONCEPTOS BÁSICOS

Este apartado pretende abordar algunos conceptos básicos como *salud*, *salud mental* y otros términos utilizados frecuentemente en las legislaciones sometidas a análisis.

Respecto de la LSMN, esta no incluye una definición general de *salud* pero el decreto que reglamenta la misma (N° 603/2013) remite a la adoptada convencionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*”⁵

Si bien esta definición goza de difusión mundial por adoptar una visión más integral que incorpora la dimensión mental junto con las dimensiones física y social y, a su vez, concibe la salud en términos positivos (no sólo como “ausencia de enfermedad”), tal definición no ha estado exenta de críticas.

En relación a la elección de términos particulares relacionados con la dimensión mental en el campo de la salud se observa que en dicha ley se distinguen los conceptos de “*padecimiento mental*”, “*personas con uso problemático de drogas legales e ilegales*” y “*usuarios de los servicios de salud mental*”.

Por otra parte, la LSMC remite al Art. 3 de la LBS, la cual incorpora una visión más actualizada de *la salud* en torno a los determinantes sociales que impactan sobre la misma (DSS). Si bien no se diferencian explícitamente los niveles de interrelación de tales determinantes, esta definición resulta más compleja que la propuesta por la OMS. Este recurso de referir a una ley preexistente y de carácter más general se ve facilitado en la medida en que esta jurisdicción cuenta con una ley integral de salud previa al dictado de la ley específica de Salud Mental, hecho que no existe a nivel nacional.

A su vez, la LSMC alude a “*personas con padecimiento mental*” y a distintas posiciones de dicha persona en relación con el sistema de atención como “*internado*” y “*externado*”. En el Art. 9 se establece, para todos los efectores y servicios del sistema de salud, la denominación uniforme de “*Salud Mental*”.

En relación a la concepción de *salud mental*, se puede observar que ambas leyes abordan el tema de modo similar vinculándolo a los conceptos de proceso, determinantes sociales, construcción social y enfoque de derechos; así como relacionan la salud mental a un enfoque integral vinculado al desarrollo físico y social de la persona. Pero la LSMN considera más detenidamente la cuestión de los derechos, establece criterios restrictivos para la elaboración de diagnósticos en salud mental haciendo énfasis en la despatologización teniendo en cuenta la perspectiva de clase y de género, entre otras, y señala enfáticamente que se debe “*partir de la presunción de capacidad de todas las personas*”⁶.

También ha de señalarse que las únicas nosografías que figuran en ambas leyes son las adicciones y discapacidades, pero sin hacer mayores descripciones y precisiones de orden conceptual y operacional.

La LSMN menciona en su caracterización tanto los determinantes biológicos como los sociales y conciben a la Salud Mental como *un proceso*, pero al no definirla de manera explícita e inequívoca genera dos consecuencias:

⁵ Preámbulo de la Constitución de la OMS, (1946)

⁶ Ley 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial Republica Argentina, 32.041, Diciembre 3 de 2010. Art.3

a) Por un lado, es posible señalar que esta caracterización genera una ausencia de definición y que, al considerarla sólo como un “proceso”, sin mayor explicación, prolonga la problemática en torno a qué es y dónde radicaría la especificidad de lo mental. Si no se trata específicamente la diferenciación de lo mental y lo corporal, puede reforzarse la escisión y alejarnos aún más de una concepción en torno a *lo mental en la salud* (de Lellis, M. 2006).

b) Por otro lado, al concebirla de manera multideterminada y con enfoque multinivel (desde un nivel más general hasta uno individual, con diversos procesos que la atraviesan) las dos normativas se enmarcan en una mirada compleja de la salud mental, descartando corrientes reduccionistas y positivistas.⁷

En el caso de la LBS, la LCSP y el PIACOP, las mismas no presentan una definición de salud mental; sin embargo esta última sí menciona que “*los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental*”⁸ y remite a los derechos y garantías de la LSMN. Dos hipótesis pueden formularse al respecto: a) El carácter eminentemente operativo de tales normas; b) La compleja inclusión de las adicciones en el campo sanitario, ya que han sido definidas desde ejes rectores vinculados con las cuestiones de seguridad y penalización del delito.

⁷ Ver “A modo de discusión”, p.5 del presente trabajo

⁸ Ley IACOP, Art. 9 (2014)

Cuadro Comparativo N° 1

	Definición del concepto de salud	Definición del concepto de salud mental	Términos mayormente utilizados
LSMN Ley 26.657- Ley Nacional de Salud Mental	<i>“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁹</i>	<i>“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.”¹⁰</i>	<i>padecimiento mental, personas con uso problemático de drogas legales e ilegales y usuarios de los servicios de salud mental</i>
LSMC Ley 448- Ley de Salud Mental de CABA	Refiere a la LBSC.	<i>“un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”¹¹</i>	<i>personas con padecimiento mental, externado, internado. Salud mental.</i>
LBS Ley 153- Ley Básica de Salud de CABA	<i>“la concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente”¹²</i>	No presenta una definición	<i>salud integral , atención primaria de la salud, salud mental, asistidos</i>

⁹ Decreto 603/2013. Reglamentación Ley N° 26.657. Boletín oficial Republica Argentina 32649, Mayo 28 de 2013.

¹⁰ Ley 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial Republica Argentina, 32.041, Diciembre 3 de 2010. Art. 3.

¹¹ Ley 448 Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial GCABA, 1.022, septiembre 7 de 2000.

¹² Ley 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma Buenos Aires. Boletín Oficial GCBA, 703, mayo 28 de 1999.

Los términos relacionados con los consumos problemáticos que son utilizados en la LCSP son los siguientes: “*consumidores de sustancias psicoactivas*”, “*personas afectadas por el consumo/abuso/dependencia a sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo*”, “*trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo*”, y “*trastornos por abuso de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo*”. Estos últimos dos términos son utilizados en el texto de la ley sin una clara precisión terminológica, por lo que se supone que su significación será inmediatamente clara para el análisis.

Cabe señalar por otro lado que la elección del concepto de “trastorno” remite al ámbito de la Psiquiatría, planteando categorías descriptivas estandarizadas o rígidas que omite concebir la salud mental como un conjunto de problemáticas complejas que exceden los sistemas clasificatorios convencionales del tipo DSM IV o similares. A su vez, es posible observar que esta ley se halla más centrada en el consumo de *sustancias psicoactivas*, aún cuando se hace referencia también a otras prácticas de riesgo adictivo.

Respecto de la temática de las adicciones, se observa que la LBS y LSMC, las dos leyes de CABA, no incluyen acciones ni hacen referencia al consumo problemático de sustancias. Esto se presenta únicamente en la LCSP, en la cual se diferencian y definen el consumo, las prácticas de riesgo adictivo, la dependencia y el abuso de sustancias¹³. Asimismo la ley contempla principios que rigen su aplicación afirmando primeramente que la problemática se constituye en un problema sociosanitario y que el consumo de un individuo está condicionado por las dimensiones biológica, psicológica y/ socio-cultural.

Se hace mención de los siguientes términos relacionados: “*consumos problemáticos*”, “*sujetos afectados por algún consumo problemático*” y “*sectores vulnerables*”. Es posible establecer diferencias con respecto a la legislación de adicciones de CABA. En esta última se utiliza la expresión “*consumidores*” remitiendo a una acción propiamente del sujeto hacia la sustancia psicoactiva mientras que en la legislación de Nación se ponderan los efectos del consumo sobre la persona, siendo ésta *afectada* por el mismo. Otra diferencia a destacar es que en la Ley IACOP se destaca específicamente la importancia del contexto social.

Además se hace mención de diferentes colectivos sociales con menores o mayores niveles de vulnerabilidad, en los cuales se encuentran inmersos los sujetos con consumos problemáticos. Teniendo en cuenta, de manera compleja y no lineal, factores ambientales y los posibles múltiples efectos del contexto social. En el Art.2 de dicha normativa figura una definición que resultaría más exhaustiva que la propuesta por la normativa de CABA. Su enfoque, que gira alrededor del concepto de Consumos Problemáticos, también hace mención a la incorporación del Modelo de Reducción de Daños (Art. 10 Inc. D)

¹³ Ley 2318 Ley Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo Adictivo CABA. Boletín Oficial de GCBA, 2702 . Mayo 3 de 2007. Art. 2

Cuadro Comparativo N° 2

	Definición de consumo utilizada	Términos mayormente utilizados
PIACOP Ley 26934 Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos	<i>“(…) aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”</i> ¹⁴	<i>“consumos problemáticos”</i> (Art. 2) <i>“sujetos afectados por algún consumo problemático”</i> (Art. 3 Inc. B) <i>“sectores vulnerables”</i> (Art. 5)
LCSP Ley 2318 Ley de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo Adictivo.	<i>“Sustancias psicoactivas: cualquier sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.</i> <i>Consumo de sustancias: cualquier forma de auto administración de una sustancia psicoactiva, y se usa en vez de abuso de sustancias, como expresión más amplia que abarca todos los grados de consumo, desde el ocasional hasta el prolongado.</i> <i>Práctica de riesgo adictivo: acción reiterada, que es resistida sin éxito, produciendo malestar o interfiriendo el funcionamiento normal de las personas.</i> <i>Dependencia a sustancias: presencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican la continuidad del consumo a pesar de problemas significativos relacionados con ese consumo. Se hace con un patrón reiterado y desadaptativo que conlleva malestar y deterioro de la persona y a menudo tolerancia, abstinencia e ingesta compulsiva, con deterioro de la vida social, laboral o recreativa por ese consumo y mucho tiempo invertido en la obtención, el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.</i> <i>Abuso de sustancias: patrón reiterado y desadaptativo que conlleva malestar y deterioro de la persona con incumplimiento de obligaciones laborales, en la escuela o en casa. Asociado a situaciones de peligrosidad física, problemas legales, sociales y/o interpersonales, relacionados con los efectos de la sustancia.”</i> ¹⁵	<i>“consumidores de sustancias psicoactivas”</i> (Art.4 Inc. b.3.7.a) <i>“personas afectadas por el consumo/abuso/dependencia a sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo”</i> (Art.4 Inc. b.4) <i>“trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo”</i> (Art.4 Inc. b.1.2) <i>“trastornos por abuso de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo”</i> (Art.4 Inc. b.3.4).

¹⁴ Ley 26934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Boletín Oficial República Argentina. 32894, Mayo 28 de 2014. Art. 2

¹⁵ Ley 2318 Ley de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo Adictivo. Boletín Oficial GCBA, 2702, Mayo 3 de 2007. Art. 2.

DERECHOS DEL PACIENTE

A partir del año 2010, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental se produjo un cambio en el paradigma asilar- tutelar que regía la concepción de la salud mental en Argentina, ya que la presente ley instaló un modelo centrado en la promoción de los derechos humanos, con lo cual se dejó de concebir a los sujetos con padecimientos mentales como objetos de tutela para reconocerlos como sujetos de derecho. Esto, tal como se establece en el artículo 1º de la presente ley, implica 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. Asimismo, se establece en el artículo 7º el reconocimiento por parte del Estado de los siguientes elementos: atención sanitaria integral y humanizada, acceso gratuito, igualitario y equitativo, preservación de su identidad y grupos de pertenencia, derecho a recibir un tratamiento que no restrinja sus derechos, promoviendo la integración familiar y comunitaria y otras cuestiones que fundamentalmente centran al “paciente mental” como un sujeto activo de derechos.

Es necesario señalar que uno de los principios fundamentales en los que se basa esta ley es el empoderamiento de las personas con padecimiento mental, ya que poseen el derecho a la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Desde esta perspectiva, resulta de suma importancia que en la práctica de profesionales e instituciones de la salud haya un reconocimiento de las necesidades del otro, y se expliciten las medidas que deben adoptarse para el cuidado de su salud. De este modo, las decisiones que atañen a la salud de dichas personas no recaerán solamente en la responsabilidad del equipo profesional a cargo sino que también se tendrán en cuenta las preferencias subjetivas de las personas con padecimientos mentales referentes a la posibilidad de consultar la historia clínica personal, al acceso de información, o bien aceptar o rehusar la internación u otro tipo de intervenciones.

En lo que respecta a la LSMC, la atención en materia de salud de las personas con padecimiento mental se sustenta también en un enfoque basado en los derechos humanos, cuya modalidad de abordaje se caracteriza por ser interdisciplinario e intersectorial. En el artículo 3º de la presente ley establece derechos de los sujetos en su relación con el sistema de salud mental, que en su esencia garantiza lo mismo que luego garantizará, a partir de su sanción, la Ley Nacional de Salud Mental.

El PIACOP no incluye de manera explícita los derechos de los sujetos que contempla pero en el artículo 9º se referencia en la Ley Nacional de Salud Mental por lo que las garantías de derechos allí establecidas se toman como sustento para esta norma. A su vez, el artículo 10º de la norma establece que la asistencia de los sujetos debe respetar su autonomía y subjetividad, como así la garantía de proteger sus derechos humanos.

Por el contrario, la LCSP no hace ninguna referencia a los derechos de las personas que

ORGANIZACIÓN Y DESEMPEÑO DEL SECTOR SALUD

Analizando los niveles de atención y las acciones propuestas en las normativas sujetas a comparación se puede observar que contienen, en mayor o menor medida, propuestas de prevención en salud mental, lo cual da cuenta del consenso social existente en la necesidad de reforzar el primer nivel de atención en salud para que, mediante

intervenciones oportunas, se logre evitar la consulta innecesaria a servicios que atienden situaciones de mayor complejidad. También aparece, en la mayoría de las normativas, la propuesta de propiciar la participación comunitaria en relación con el desempeño de los distintos dispositivos del primer nivel.

Al revisar en primer lugar la ley cuya sanción data de mayor tiempo, puede observarse que la LBS, al establecer las acciones correspondientes al primer, segundo y tercer nivel del sistema público de salud propone un progresivo aumento en la complejidad de la atención. Respecto de la salud mental, se halla un pequeño apartado en el Art. 48, donde hace mención de la desinstitucionalización progresiva que se debe desarrollar, a partir de los recursos humanos y la infraestructura existente. A tal fin plantea que se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día, pero no explicita dónde, cómo o quiénes los van a llevar adelante; y tampoco propone modificaciones sobre los dispositivos ya existentes.

Más adelante, en el año 2000, se promulgó la LSMC que vendría a regular con mayor precisión lo que la LBS no abarcó en su articulado. El art. 14° de esta ley enumera una variedad de nuevos dispositivos tales como hospitales de día y de noche, residencias protegidas, casas de medio camino, centros de capacitación socio laboral, talleres protegidos, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, dispositivos de atención e intervención domiciliaria y áreas de atención e internación controlada en hospitales generales.

Con respecto a las internaciones indica que solamente deberán adoptarse como modalidad de atención cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios y que las mismas podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un mes. Cuando se trate de plazos cortos podrá brindarse la atención en hospitales generales y monovalentes de Salud mental, mientras que la internación prolongada debería ser en hospitales monovalentes de salud mental, hospitales generales pediátricos y hospitales específicos de salud mental. En este punto se puede ver una incoherencia interna dentro de la ley, que pretende un cambio en el sistema de salud mental, orientado a la interdisciplina y la intersectorialidad, al tratamiento ambulatorio manteniendo los lazos comunitarios, pero propone esta iniciativa sin modificar las instituciones que históricamente han representado el modelo de atención asilar-tutelar y que han sostenido graves vulneraciones de derechos de las personas asistidos.

A su vez, también esto presenta un conflicto con lo que posteriormente se planteó en la LSMN, que además de proponer la ampliación de las opciones para el primer nivel de atención, como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (art 11), determina que se debe cumplir con el cierre de los hospitales monovalentes para el año 2020.

Mientras que las leyes de CABA plantean a los hospitales monovalentes como parte integrante de la Red de Salud Mental y el ámbito por excelencia para efectivizar las internaciones, la ley nacional, en sus artículos 27° y 28° determina que queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente y que las internaciones de salud mental deben realizarse exclusivamente en hospitales generales.

La Ley Nacional de Salud Mental se presenta como punta de lanza de un nuevo modelo de atención, en la medida en que la misma plantea en el Art. 9° que *“El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario en el marco de*

*un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”.*¹⁶

Basado en antecedentes tales como los suscritos en Naciones Unidas¹⁷, refiere a la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo (art. 14º) que debe ser lo más breve posible, siempre en función de los criterios terapéuticos e interdisciplinarios, y que bajo ningún caso puede ser indicada para resolver problemas sociales o de vivienda (art. 15º).

En esta línea de trabajo se inserta el PIACOP, que enfoca la atención de los consumos problemáticos dentro del campo de la salud y en los dos primeros niveles de atención. Dentro del primer nivel se plantea prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial y para ello se propone la creación de Centros Comunitarios de Consumos Problemáticos. El segundo nivel de atención comprende la asistencia integral, priorizando los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y se promueve que se realice en hospitales generales polivalentes (art 10º).

Al considerar la internación como recurso terapéutico de carácter restrictivo que solamente debe llevarse adelante cuando aporte mayores beneficios, y que la misma se debe realizar en los hospitales generales, estos deben garantizar la disponibilidad de camas para los casos que requieran internación por consumos problemáticos.

Por otro lado, está la LCSP que también propone desarrollar estrategias preventivas, para lo cual impulsa el desarrollo de Unidades Locales de Prevención y Atención a nivel de comunas, que funcionen como Centros de Referencia e integren a miembros de la familia, de la comunidad educativa, de los centros de salud y de las organizaciones sociales. Añadiendo a estas consideraciones, se hace referencia a la puesta en funcionamiento de dispositivos de inclusión social y laboral, atención y rehabilitación externa.

Respecto de ambas leyes sobre consumo de sustancias (CABA y Nación), puede observarse que ambas promueven la creación de centros comunitarios para la prevención pero podría decirse que el PIACOP, en tanto remite en su Art. 9º a la Ley 26.657, posiciona al consumidor como un sujeto de derechos, cuestión totalmente ausente en la normativa de CABA. En este desplazamiento del enfoque, el consumidor deja de ser el primer eslabón de la cadena del narcotráfico para pasar a ser un sujeto con padecimiento en su salud mental y el Estado aparece investido en su rol como garante de ese derecho.

REGULACIÓN Y GESTION

Este apartado refiere a la organización y gestión del sistema de salud establecida por las leyes antes mencionadas.

En el caso de las leyes nacionales, como la LSMN y el PICP, se presenta una mayor complejidad dado que es necesaria la articulación con las distintas jurisdicciones que

¹⁶ Ley 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial Republica Argentina, 32.041, Diciembre 3 de 2010.

¹⁷ ONU. Principios para la protección de las personas con trastornos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

componen el país. Siendo que Argentina tiene una organización federal, cada una de las jurisdicciones presenta autonomía (ya que la atención de la salud no es una facultad delegada al ámbito nacional) y, si se quiere impulsar la efectiva implementación de una ley nacional, resulta necesario coordinar las acciones que las mismas impulsan. En estas dos leyes, la coordinación y cooperación aparece bajo la modalidad de convenios, los cuales de manera resumida establecen la colaboración voluntaria entre dos partes para perseguir un fin común, como la protección de la salud mental o abordar la situación de consumos problemáticos de la población.

En el caso de la LSMN nos encontramos con otra instancia pública involucrada que se denomina Órgano de Revisión (Cap. 10° de la Ley), el cual tiene entre sus competencias la revisión, el control y las recomendaciones sobre las prácticas en el área de salud mental. Este órgano, de acuerdo al art. 39°, debe ser constituido de forma multidisciplinaria y hallarse integrado por diversas instituciones que representen a sectores tales como salud, educación y derechos humanos. Pero si bien la composición de este órgano de revisión no es muy llamativa, ya que responde a una lógica similar a la de los demás consejos creados por las otras leyes: (ej: el Consejo General de Salud de la LBS, el Consejo General de Salud Mental de la LSMC o el Consejo Asesor de la LCSP), la principal diferencia reside en sus competencias, porque estos consejos ya no son meramente vinculantes (es decir, únicamente con funciones de asesoramiento), sino que comprenden las funciones de revisión, control y recomendación otorgándole un mayor grado de poder e influencia sobre las instituciones.

Por otra parte, la adecuación que plantean las leyes comprende a los establecimientos públicos, a los privados y de la seguridad social. Todas las leyes antes mencionadas prevén el ejercicio de la regulación sobre los tres subsectores (público, semipúblico, privado), con excepción de la LCSP que no hace una mención explícita a esta cuestión. Sin embargo, varía la referencia que se hace a estos sectores y también la articulación que se propone entre los mismos.

Por ejemplo, la LSMN se aplica tanto al sector público como privado pero no señala explícitamente la relación entre ambos; a su vez, promueve la creación de nuevos dispositivos dentro de la red pública, fortaleciendo el primer nivel de atención, pero no explicita como se relacionan estos dentro de las redes de atención.

La LSMC también establece particular énfasis en la red pública, señalando sus lineamientos, dispositivos y acciones; las relaciones entre los distintos niveles no figuran pero este aspecto está cubierto en la LBS a la cual hace referencia. Dicha ley establece las bases para la organización del subsector estatal en la CABA, estableciendo las definiciones de los tres niveles de atención y la propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia entre los mismos.

En el caso de las leyes sobre consumo se observa que la ley nacional, PIACOP, abarca todos los subsectores y efectores pero pone especial énfasis en el sector público, proponiendo la creación de los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, dispositivos especiales de integración, y el tratamiento en los hospitales generales. Sin embargo, la articulación entre los distintos dispositivos no se aborda en la ley, tampoco en relación a los dispositivos preexistentes dentro del sistema de salud. En lo que respecta a los sectores privado y de seguridad social dicha ley solamente refiere a la creación de un Registro Nacional de Efectores que trabajen con esta temática. Respecto de la LCSP, debe señalarse que crea el Registro de Organizaciones pero no explicita qué sectores del sistema de salud procura regular y, pese a designar la

existencia de una Red Integral de Prevención y Atención a las Adicciones incorporando las redes existentes, no indica con claridad cuáles son o cómo operarían entre ellas.

Resumiendo, las características de red se hacen presentes en todas las leyes pero resta ver cómo se conforman los distintos niveles y cómo se articulan los mismos. La relación entre el sector público y los dos sectores restantes esta poco presente, posiblemente como dos circuitos diferenciados, pero deben seguirse las mismas normas y principios para respetar los derechos de los usuarios del sistema de salud.

FINANCIAMIENTO

En relación al financiamiento, la LSMN especifica de forma taxativa que el 10% del presupuesto nacional en salud debe ser destinado al cumplimiento de lo propuesto en su articulado en relación a la salud mental. Esta proporción hace referencia sólo al presupuesto nacional, no a los presupuestos de las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ni tampoco a los municipios, aunque promueve la adopción del mismo criterio en esas instancias de gobierno llevando adelante una política similar. En este incremento hasta llegar al 10% del presupuesto en salud, destinado exclusivamente a salud mental, se puede observar que se establece una relación rígida y relativa al presupuesto general de salud con varias críticas posibles: a) La primera refiere a que el establecimiento de un porcentaje fijo no da cuenta de la suficiencia, o insuficiencia, del dinero destinado, al carecer de programación para tal fin; b) Por otro lado no considera la cantidad de financiamiento necesario en los distintos momentos de la implementación de la ley, ya sea refiriéndose a la adecuación de los hospitales generales, la capacitación o recapacitación de los recursos humanos existentes o bien la creación progresiva de nuevos dispositivos de atención; c) No establece un mínimo de inversión en salud mental, ya que ésta se encuentra en función de la concepción ideológica de quien diseña en presupuesto y la importancia que le asigne a invertir en salud, y por ende en salud mental.

En relación con la ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (LSMC), en su Artículo 5°, inciso I, establece que la Autoridad de Aplicación debe elaborar anualmente el presupuesto operativo en salud mental, previendo que los fondos sean suficientes para la readecuación de los servicios. A su vez, en el Artº. 14º establece que se deben incorporar los recursos necesarios para llevar adelante las reformas propuestas en la ley comprendiendo los recursos humanos, financieros, infraestructurales y de gestión.

En muchos aspectos la LSMC remite a la LBS y, específicamente, en lo relativo al presupuesto mantiene esta relación. En esta última, en el art. 3º, se ubican como principio dos cuestiones relevantes relacionadas con el financiamiento en salud. El primer principio es la garantía de la gratuidad en salud, prohibiendo cualquier forma de pago directo por parte de los ciudadanos usuarios del sistema –inciso g- y además establece que el gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Ambos principios están profundamente relacionados con el financiamiento en salud, el primero por la asunción del gasto por parte del estado y el segundo atendiendo a una definición política que otorga relevancia a la salud en general entendiéndola como *inversión* ya no como gasto.

El capítulo 3º de la LBS refiere exclusivamente a financiación, allí todo su articulado desarrolla los diferentes aspectos que atañen al presupuesto, los recursos y

procedimientos de regulación. En el artículo 32° afirma que el funcionamiento y desarrollo del subsector estatal se garantiza por medio de la asignación de recursos por presupuesto en salud. En relación a salud mental, tanto esta ley como la LSMC establecen los lineamientos que deben permanecer y cuáles deben ser modificados conformes la nueva forma de comprender la salud mental. Siendo esto así y considerando la garantía de financiamiento de la Ley Básica de Salud es que puede comprenderse cómo se garantiza el aporte presupuestario de las políticas de salud mental.

En cuanto a los recursos del presupuesto –Artículo 33°, es decir el origen de los fondos, establece que serán los siguientes: Presupuesto asignado para cada ejercicio anual, recaudación por servicios y ventas a otros subsectores estatales, por convenios de docencia e investigación, aportes del Gobierno Nacional, préstamos y donaciones. También menciona la existencia de dos fuentes más de ingresos de distinto origen pero con características similares que son: a) el pago de la atención a subsector estatal por parte de los adherentes del subsector privado, artículo 43°, b) los beneficiarios de la seguridad social –obras sociales-.

A su vez, y considerando lo relativo a la construcción del presupuesto como inversión social y su prohibición de gasto directo, en el artículo 48° de la LBS en relación a la salud mental en su inciso c, punto 3, habla de la desinstitucionalización progresiva, contemplando la creación de *“modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día”*. Con todo ello se puede entender que la normativa contempla financiar la inversión en salud mental como punto específico.

Por otra parte, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la LCSP asume el objetivo de *“garantizar una política integral y sistemática”* sobre la problemática del consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo adictivo. Así, para cumplir con este fin, en su artículo 4° establece la implementación de un plan integral permanente con acciones de promoción, regulación, monitoreo, apoyo de instancias de trabajo existentes y creación de nuevas instancias, e incluso impulsa la creación de una Red Integral de Prevención y Atención de las Adicciones en la CABA. Para llevar adelante un plan de esa magnitud (detallado en otros puntos de este informe) es necesario destinar una partida presupuestaria que permita su éxito, es por ello que en el artículo 9° de dicha norma especifica que *“se destinará una partida específica del Presupuesto General de Gastos y Recursos”* de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a tal fin. Por todo ello podemos aseverar que la ley prevé un financiamiento definido a través de un presupuesto que debe ser calculado antes de ser destinado para poder cubrir las necesidades del plan.

En relación a la LSMN, el PIACOP cuenta con un presupuesto específico que permite su financiamiento. Aunque no es muy específico, si establece que debe ser incorporado el Plan descrito en la ley de presupuesto Nacional.

INTERSECTORIALIDAD

A lo largo del análisis que realizamos en torno a las leyes abordadas se pudo observar que las estrategias propuestas involucran diversas instancias de trabajo (o dispositivos) que no dependen del sector salud.

La LSMN logra establecer un cambio de primordial importancia en relación a cuestiones que resultaban poco claras o no establecidas en materia de protección de la Salud Mental. Por un lado, incorpora en su planeamiento la constitución de órganos de revisión que puedan velar por los Derechos Humanos de las personas en relación a su salud mental, abordando sus objetivos de manera *interdisciplinaria e intersectorial*. Por el otro, y como parte de un mismo propósito, incorpora y hace partícipe a diversos sectores, ya que en su Art. 11° involucra áreas de educación, desarrollo social y trabajo con el fin de implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en Salud Mental comunitaria. Compromete también a la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Ministerio Público de la Defensa, asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud y ONGs de defensa de los Derechos Humanos.

Por su parte, la LBS, que no hace referencia a la cuestión de la intersectorialidad, sólo menciona sectores de investigación y docencia en una articulación intersectorial que podríamos juzgar exigua, teniendo en cuenta su elaborada y compleja definición de Salud.

La LSMC involucra en su Art. 6°, mediante la creación de un Consejo General de Salud Mental, a representantes de trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal, asociaciones de asistidos y familiares, organizaciones sindicales o gremiales e Instituciones de formación y, en su Art. 10° propone la articulación con los Poderes Legislativo y Judicial y con los sectores de Promoción social, Trabajo, Educación para trabajar sobre la reinserción social de aquellos con un padecimiento mental. Además, el Art 12° propone la coordinación intersectorial e interinstitucional con las áreas y sectores de promoción social, trabajo, educación, Poder Judicial, instituciones religiosas, policía, voluntariados, ONGs y organizaciones barriales.

Desde su lugar, la LCSP, involucra en su Art. 4° al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con el fin de disminuir su exposición a situaciones que promueven el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo. Responsabiliza también al ámbito educativo, con el objetivo de desarrollar metodologías preventivas vinculadas con el fortalecimiento de habilidades cognitivas, afectivas y sociales; así como el apoyo a la formación de los docentes. Además, implica al ámbito laboral, promoviendo el diseño y desarrollo de programas de prevención. Por otro lado, en el Art. 5° se garantiza la participación de los siguientes Ministerios: Educación, Derechos Humanos y Sociales, Salud, Gestión, Participación y Descentralización, Gobierno y Producción.

Por último, el PIACOP designa en el Art 1° como principal responsable al Poder Ejecutivo Nacional. Por otro lado, y como parte de un planeamiento destinado sobre todo a jerarquizar las acciones de prevención; involucra en el Art 5° al Sistema Universitario Nacional, el Servicio Penitenciario Federal (y los de las diferentes jurisdicciones), al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, Organismos estatales de las provincias y C.A.B.A, organizaciones de la sociedad civil.

Resulta importante destacar que los diversos sectores mencionados se reiteran una y otra vez entre las diferentes normativas, sin importar que estas sean del orden Nacional o Provincial. Las áreas de educación, trabajo, derechos humanos y desarrollo social se presentan como aquellos sectores capaces de respaldar los principales ejes que organizan la propuesta enmarcada en la Ley Nacional de Salud Mental, a saber: garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental.

CONCLUSIÓN

La Salud es una realidad dinámica, cuya conceptualización se ha ido transformando de acuerdo a los distintos procesos histórico-políticos configurados para dar respuesta (o no) a las necesidades poblacionales. Este proceso impacta, como es de esperar, en las definiciones normativas que intentan regular el desempeño de los distintos actores que conforman el campo sanitario.

Se podría señalar que tanto las definiciones de salud como las de salud mental que figuran en las normativas n° 26.657, 153, 448 y el IACOP proponen una ruptura con respecto al modelo biomédico patológico y a la lógica cartesiana (escisión mente-cuerpo), pero ello aún no se ve, mayoritariamente reflejado en la formación ni en la práctica de los futuros/actuales trabajadores/as de la salud.

Un denominador común que podemos rescatar de todas las leyes analizadas es que todas ellas convergen en priorizar la atención externa desde un modelo sustentado en el enfoque comunitario, y por lo tanto proponen la creación de nuevos dispositivos que respondan a estas características. Sin embargo, se presenta una gran contradicción entre las normativas de CABA y Nación, en tanto las primeras sostienen que la atención ambulatoria sea la prioridad pero no proponen ningún cambio sobre las instituciones que operan contra esta lógica, es decir, los hospitales monovalentes. Al contrario, las leyes nacionales reconocen la necesidad de modificar el sistema de salud proponiendo la readecuación de los hospitales neuropsiquiátricos (ej: mediante la polivalentización), y promover que, cualquiera fuese la modalidad y circunstancia desencadenante, las internaciones sean sujetas a un mayor control y se realicen en hospitales generales.

Desde el plano de la gestión político-institucional, se puede señalar que todas estas leyes prevén instituir una autoridad de aplicación, principal responsable de implementar los cambios que se plantean. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se define con precisión cual es esta autoridad, ya que en algunos casos- LSMN, LSMC, LBS- se determina que la misma será algún área del Poder Ejecutivo referente a salud o salud mental y, en otros casos, como las leyes referentes a consumo problemático, queda completamente a definir por el Poder Ejecutivo.

Entonces, dependiendo de la ley, compete al poder Ejecutivo Nacional o de CABA llevar adelante lo planteado en estas leyes mediante políticas públicas, en el área salud o en otra con la que necesite articularse, como educación o trabajo. Si bien de acuerdo al tenor del cambio a implementar se presenta como principal responsable al Poder Ejecutivo, en alguno de sus niveles, las propuestas requieren una diversidad de articulaciones para poder llevarse adelante. Ya sea entre los poderes estatales de Nación y de las jurisdicciones; o bien entre el área de salud con otras áreas que están directamente relacionadas; o entre la conducción política de una jurisdicción y los actores sociales que operan en el territorio.

Los cambios que impulsan estas leyes incluyen pero no se limitan a un cambio ideológico, sino requieren acciones concretas para modificar los modelos de atención del sistema de salud en todos sus subsectores y niveles, reforzando esta estrategia mediante acciones que exceden al área de salud y requieren un tratamiento intersectorial.

Por último, cabe remarcar nuevamente que ninguna de estas iniciativas podrá prosperar si no se encaran profundas innovaciones en materia de formación de los recursos humanos que, en calidad de técnicos y/o profesionales de la salud, se integrarán a los

servicios de salud. Reiteramos que ha sido esta y no otra la motivación fundamental que ha incitado a la redacción del presente trabajo.