

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2014

Una mirada analítica a la implementación de la nueva Ley de Salud Mental

Lezano, Ariel

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/106>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

***“Una mirada analítica a la implementación de la Nueva
Ley de Salud Mental”***

Tesis de Grado

Mar del Plata: Diciembre de 2013

Directora:

Lic. Sandra Larrumbide

Co- directora:

Lic. Nancy Larussi

Autores:

Lezano, Ariel

Llusá, María

Ochoa, Maximiliano

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a los directores de la presente investigación, quienes desde su función no solo aportaron aspectos metodológicos a la presente, sino que también contribuyeron y a la finalización de este trabajo.

A la Lic. Mónica Molina que no solo desde su profesión sino también desde su valioso aporte personal me transmitió motivación en el encantador mundo del Trabajo Social y la Salud Mental.

Al enorme y constante sacrificio que realizaron mi papá y mamá que desde algún lado me guía, para que, como profesional, me pueda desarrollar en este mundo.

A mis hermanos por su constante estimulación, a los amigos que incondicionalmente acompañan todos mis proyectos y a mi amor Juliana que cada día me enseña el valor de la vida y es el motor de mi existir.

Y por último... Es para mí un orgullo haber tenido la posibilidad de realizar el presente trabajo con dos personas que me ayudaron mucho en este momento tan especial, sin ellos no hubiera sido posible concretar tal valioso

objetivo, académico y personal. Inmensamente agradecido a Maxi y Mery que los adoro con el corazón.

Lezano Ariel

Agradezco a los directores de tesis que, sin ellas no hubiéramos podido finalizar la misma, por su guía, comprensión y, sobre todo, empuje.

A mi familia, mis papás, hermanos y tíos que me apoyaron desde el inicio de mi carrera hasta el final; en especial a mis abuelos que, seguramente, desde donde estén se sienten orgullosos...

A mi pilar, Robert, que sin él no hubiera podido terminar; por sus consejos, su perseverancia, y, fundamentalmente, su amor y apoyo.

A mis amigas, otro apoyo imprescindible a lo largo de mi carrera, y de ésta etapa: mis compañeras de profesión y amigas, Caro, Espe y Ernes; en especial a Lu porque gracias a su consejo y dedicación elegí esta carrera.

Y, finalmente, a mis compañeros de tesis que no solo son compañeros, sino también amigos Tito y Maxi.

María Llusá

Cuando inicié la carrera vivía con mis padres y hermanos, mamá apoyó todos mis proyectos desde siempre, papá y hermanos, con su esfuerzo y contención posibilitaron el sostenimiento de los seis años de cursada. Gracias por aguantarme y apoyarme en este sueño.

Agradezco haber cursado cada una de las materias y a la gran cantidad de amigos con los que compartí tan hermosa etapa, las rondas de mates en clase y los inolvidables viajes a congresos. Tito (Ariel Lezano) y Chino (Diego Ibañez) mis fieles e incondicionales sostenes. Meri mi compañera de tesis en quien descubrí una amiga y excelente persona.

Gracias a mi mujer y compañera de vida por contenerme en los momentos difíciles y siempre levantarme cuando me caigo. Por aguantarme en la última etapa de la carrera y la parte más complicada y mostrarme con su ejemplo que lo que desee se puede cumplir, con sacrificio y dedicación. La vida la puso en mi camino junto con su hija, ahora mía, Agostina, quien lleno de amor y fuerza mi vida.

Y por último agradezco a Dios todos los días el haberme regalado a mi hijo Pedrito por el cual vivo, respiro y pienso cada movimiento de mi vida

futura. Amo a todos los nombrados y les estoy eternamente agradecido a todos los que me enviaron buenas energías.

Maximiliano Ochoa

INDICE

<u>Introducción</u>	Página
• La elección del tema abordado y el escenario.....	11
• Objetivo General.....	12
• Objetivo específico.....	12
 <u>Primera Parte: Marco Teórico</u>	
 <u>Capítulo I: Trabajo Social</u>	
• Especificidad Profesional y Derechos Humanos.....	16
 <u>Capítulo II: Salud. Salud Mental</u>	
• Salud. Enfermedad. Salud Mental.....	22
• La Salud Mental a Través del tiempo.....	25
 <u>Capítulo III: Trabajo Social en el campo de la Salud</u>	
• Trabajo Social en el campo de la Salud.....	32
• Acerca de la cuestión social en la Sociedad Argentina.....	34
 <u>Capítulo IV: Trabajo Social y Justicia</u>	
• Trabajo Social y Justicia	41
• La intervención del Trabajo Social en el ámbito judicial.....	49

- **Salud mental, Trabajo Social y Justicia 50**

Capítulo V: Nueva Ley de Salud Mental Nº 26.657

- **Alcances..... 54**
- **Implementación y recursos..... 55**
- **Descentralización 58**

Segunda Parte: Aspectos Metodológicos

- **Metodología cualitativa..... 61**
- **Acceso al Campo..... 62**
- **Población y Muestra..... 63**
- **Técnica de recolección de datos..... 65**
- **Métodos utilizados para el análisis e interpretación de los datos..... 66**

Tercera Parte: Presentación de los Resultados

- **Análisis e Interpretación de los datos..... 68**
- **Entrevistas con profesionales que intervienen en tratamientos de pacientes con patologías mentales..... 73**

- Síntesis de los datos relevantes obtenidos en las entrevistas..... 80
- Conclusiones..... 83
- Propuestas..... 87

Anexos

- Guía de Entrevistas a los profesionales de la Salud..... 93
- Guía de Entrevistas con concurrentes a los Servicios Investigados 96
- Ley Nacional 26.657..... 98
- Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental 124
- Bibliografía General**..... 132

INTRODUCCIÓN

La elección del tema y el escenario de la investigación

La presente investigación surge del interés que despierta en nosotros la implementación de la Nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en diciembre del 2010.

El abordaje de la ley en cuestión se realizará desde el trabajo desarrollado por los profesionales, dentro del Equipo Técnico de la Defensoría Civil N° 1 y N°6 y del Centro de Salud Mental Municipal de Mar del Plata en el año 2013.

Se llevará a cabo la relación de la presente ley con los derechos humanos con todo lo que ello implica; y, por lo tanto, con los postulados y principios básicos del trabajo social.

Se reflexionará acerca de cómo fue evolucionando el concepto de salud mental a lo largo de la historia ya que, según la época y la cultura que atravesaba, se adjudicaba la causa del padecimiento a distintos fenómenos, y, por tal motivo, eran diferentes los tratamientos. También se tratará la relación con el trabajo social y la Justicia. Se intentarán definir los roles de los profesionales intervinientes, la importancia del trabajo en equipo y el trabajo en red con otras instituciones.

La motivación que impulsa nuestra investigación interpela el grado de efectividad, las limitaciones y debilidades de esta nueva ley. Los alcances y fortalezas, pero, sobre todo, la importancia que tiene para los actores sociales e institucionales que la implementan en su cotidianeidad, entre ellos los trabajadores sociales. Para aproximarnos a tales interrogantes consideramos la opinión del total de profesionales involucrados en dicho proyecto, utilizando como herramienta principal para este objetivo la entrevista semiestructurada.

Objetivo General:

- Abordar desde la mirada del trabajo social la implementación de la ley N° 26.657 en el campo de salud y justicia en la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos Específicos:

1. Reflexionar sobre la implementación de la nueva Ley de Salud Mental, a partir de los lineamientos teóricos metodológicos del Trabajador Social.
2. Conocer las prestaciones sanitarias y los recursos médico asistenciales del Centro de Salud Mental Municipal de Mar del Plata en relación con la Nueva Ley de Salud Mental.

3. Analizar las medidas legales que se implementan a partir de la Nueva Ley en la Defensoría Civil N° 1 y N° 6 de Mar del Plata.
4. Identificar las características sociodemográficas de los sectores de la población que utilizan los Servicios Públicos de las defensorías civiles y del Centro de Salud Mental Municipal de Mar del Plata.
5. Analizar la implementación de la ley, según los actores profesionales, en las distintas áreas involucradas.
6. Conocer el impacto de la ley y las modificaciones desde la percepción de los usuarios de los servicios analizados.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO:

TRABAJO SOCIAL

Especificidad profesional y Derechos Humanos

La dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias constituye, sin duda, el objeto específico de intervención del Trabajo Social, es decir, “la unidad conciente y actuante del ser persona”¹.

La metodología de forma específica, mediante la cual el Trabajo Social se relaciona con su objeto, es la de la *Comunicación Racional*. Esta es la única vía adecuada para comprender al semejante, sus circunstancias, y al mundo que compartimos con él. La comunicación racional es el nervio metodológico central del Trabajo Social, el medio utilizado para lograr las transformaciones deseables.

No se trata de buscar un vínculo afectivo con los sujetos, sino de establecer una *comunicación humana racional* para comprender juntos la realidad. La distancia necesaria con el objeto para el conocimiento objetivo, no se establece respecto de los afectos sino que se relaciona con el desarrollo del proceso de abstracción de la realidad, a través de la cual se realiza el análisis y la síntesis.

¹ DI CARLO, E. y Equipo EIEM, “La Comprensión como fundamento de la intervención profesional”. Editorial Humanitas, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Página 62

El Trabajo Social no se detiene en la comprensión inicial de la situación; ésta acompaña, con modificaciones a todo proceso en su realización práctica, ya que la meta final es la de transformar la situación social encarada. “Esta actividad práctica transformadora es realizada desde el método profesional razonando con el sujeto involucrado”²

El trabajo social y los derechos humanos tienen lazos profundos de índole histórica, ético-política y científica.

Los Derechos Humanos “son los derechos inherentes a nuestra naturaleza y sin los cuales no podemos vivir como seres humanos. Los derechos humanos y libertades fundamentales nos permiten desarrollar y emplear cabalmente nuestras cualidades humanas, nuestra inteligencia, nuestro talento y nuestra conciencia y satisfacer nuestras necesidades”³

Los trabajadores sociales se consagran a fomentar el bienestar del ser humano y a potenciar sus realizaciones, además de desarrollar y aplicar con disciplina, tanto los conocimientos científicos relativos a las actividades humano-sociales como los recursos destinados a satisfacer las necesidades y las aspiraciones de individuos y grupos nacionales e internacionales, y al logro de la justicia social.

² DI CARLO, E y equipo op cita, pagina 37

³ EROLES, C. “Los Derechos Humanos. Compromiso ético del Trabajo Social”. Pag. 120. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1996

Para el desempeño de dicha labor, los Trabajadores Sociales han establecido una serie de Postulados y Principios, encargados de guiar su intervención.

Los **Postulados**, entendidos como presupuestos éticos para la acción profesional, son los siguientes:

- Dignidad
- Perfectibilidad
- Sociabilidad

Los **Principios de actuación**, entendidos como normas para el desarrollo del Trabajo Social son los siguientes:⁴

- a) Reconocer el valor del ser humano como individuo, cualesquiera sean sus circunstancias, condición, raza, religión, opinión política o conducta, y hacer lo posible por fomentar en el individuo un sentido de dignidad y de respeto propio.
- b) Respetar las diferencias entre los individuos, grupos y comunidades, tratando al mismo tiempo de conciliarlas con el bienestar común.

⁴ NACIONES UNIDAS: III Estudio Internacional sobre Formación para el Servicio Social, 1958. Citado en ANDER EGG E., Diccionario de trabajo social, Ed. Lumen, Bs. As, 1995.

- c) Fomentar el propio esfuerzo como medio de desarrollar en el individuo sentimientos de confianza en sí mismo y su capacidad para afrontar responsabilidades.
- d) Promover oportunidades para una vida más satisfactoria en las circunstancias particulares en que se encuentran los individuos, los grupos o las comunidades.
- e) Aceptar el deber profesional de trabajar en pos de la aplicación de medidas sociales compatibles con los principios y los conocimientos de servicio social respecto de los anhelos y necesidades humanas, con el objeto de brindar a toda persona la posibilidad de hacer el mejor uso posible de su medio y de sus propias aptitudes.
- f) Respetar la índole confidencial de la relación profesional.
- g) Utilizar esta relación para ayudar a sus clientes (individuos, grupos o comunidades) a alcanzar un grado mayor de libertad y de confianza en sí mismos, y no tratar de conducirlos para que se adapten a un sistema preconcebido.
- h) Hacer un uso responsable de la relación profesional con miras a promover, lo más objetivamente posible, el mayor bien para el individuo y los mejores intereses de la sociedad.

- i) El Trabajo Social sustenta una direccionalidad hacia la búsqueda de caminos democráticos de transformación social, en un marco de justicia social y de una ética de la solidaridad, que geste una cultura fundada en el respeto a los Derechos Humanos.
- j) Por lo tanto, los Derechos Humanos son inseparables de la teoría, los valores, la ética y la práctica del trabajo social.

CAPÍTULO SEGUNDO:

SALUD. ENFERMEDAD. SALUD MENTAL

Salud - Enfermedad

Definimos al concepto de Salud como el “máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad”⁵.

Los factores sociales, políticos, económicos y culturales influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal, y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios; éstos constituyen la esencia de la salud mental. De allí que la salud mental se encuentra incluida en el concepto de salud, y expresa la comprensión del hombre desde la perspectiva de la integralidad.

Históricamente pueden formularse tres grandes teorías explicativas acerca de la noción de enfermedad mental⁶:

⁵ Amico, Lucía del Carmen (2005); La institucionalización de la Locura; Ed. Espacio. Buenos Aires.

⁶ Becerra, Rosa Maria; Kennel, Beatriz Liliana (2008): “Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental” Ed. Espacio.

- 1) Entenderla como la posesión demoníaca en donde la etiología se ubica afuera del sujeto, con una des-implicancia histórica-subjetiva.
- 2) Como algo resultante de una casualidad endógena ligada a factores de tipo físico-biológico y la alteración de los componentes propios de dichos factores.
- 3) Una concepción en la que no hay influencias internas ni externas, sino que la enfermedad mental surge de la interacción de los individuos entre sí, con la familia y la sociedad.

La categoría de Salud Mental es de difícil definición, ya que se trata de un término cuyo contenido es en gran medida valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones; éste hecho demuestra la importancia de los valores

sociales. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que emerge⁷.

Es decir, que la Salud Mental es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar bienestar y calidad de vida. “Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.”⁸

Por tanto, las concepciones de salud se sustentan en una determinada concepción del mundo y del sujeto. “Se entiende al sujeto como ser en el mundo, construyéndose y construyéndolo; un mundo que nunca es natural sino que está entretejido de vínculos y de relaciones sociales, desde la idea que el psiquismo es un sistema no clausurado, sino un sistema abierto y que,

⁷ Becerra, Rosa Maria; Kennel, Beatriz Liliana (2008): “Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental” Ed. Espacio.

⁸ <http://www.wikipedia.com>. (2009). Julio, 11.

por esa relación fundante sujeto-mundo, de interdependencia y de diferenciación, está en permanente transformación recíproca.”⁹

En el sistema de representaciones sociales se encuentran inscriptas concepciones o criterios de salud mental, en forma explícita o implícita, que incluso pueden ser perceptiblemente contradictorias. Este sistema de representaciones sociales opera desde la interioridad de los sujetos y orienta las expectativas respecto del mismo sujeto y de los otros.

La salud mental a través del tiempo

Para poder realizar un análisis de la Salud Mental desde un abordaje social, es importante estudiar los aspectos sociológicos, económicos, políticos u ecológicos; y también el modo en que las enfermedades mentales han sido conceptualizadas y estigmatizadas, a lo largo de la historia.

Michel Foucault¹⁰ relata, en su historia de la locura, que hasta el Siglo XV los locos vivían de una manera errante, expulsados de las ciudades a

⁹ ARITO, Sandra (2001) *“Cuestión Social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional”* Boletín Electrónico Surá. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, en <http://www.ts.ucr.ac.cr>

campos apartados, o confinados a la “nave de los locos”, junto con mendigos y otros seres incurables y rechazados, y obligados a navegar a la deriva por los ríos y canales.

En la Edad Media la locura era considerada parte de los vicios del alma humana; la magia y la brujería surgen como modo de permitir al hombre desarrollar una teoría, para explicar la causa de enfermedades, desgracias, calamidades, y buscar el método para enfrentarlos.

En el Renacimiento los locos eran separados de lo sobrenatural; se relacionaban con el aspecto de la maldad de cada hombre. Es en ésta época en pleno siglo XVII, que aparece la institución psiquiátrica para proteger a la sociedad de ese peligro; en una Europa afectada por el desempleo, la disminución de los salarios, la escasez de la moneda, las personas eran encerradas, no para recibir atención médica, sino para proteger a la sociedad y a las instituciones inmersas en ella.

Por esto, después de la Revolución francesa, los individuos asociales, las prostitutas, los enfermos mentales y los delincuentes eran recluidos en una misma institución.

¹⁰ Foucault, Michel (1964) Historia de la época clásica, Fondo de Cultura Económica, Mexico.)

Es lo que se llamó la “Primera Revolución Psiquiátrica”, o como lo dice Foucault, *“el encierro a gran escala de los dementes”*.¹¹ La creación de las grandes instituciones psiquiátricas produce el aislamiento y la marginalización de la locura.

En el siglo XIX se dejó de lado la magia y la religión; la locura entró en el campo del saber psiquiátrico. Predominan las explicaciones somáticas de la enfermedad mental; objeto de estudio médico, los desórdenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral según los principios establecidos por Pinel¹².

La “Segunda Revolución Psiquiátrica” será provocada por Sigmund Freud, con el descubrimiento del inconsciente y la aceptación de que hay causas desconocidas que motivan la conducta en los hombres. El psicoanálisis nació para escuchar los sufrimientos de los enfermos.

Entre 1955 y 1975, en la mayoría de los países donde evolucionaban la psiquiatría y el psicoanálisis, surgió un movimiento político de impugnación radical al saber psiquiátrico. La llamada antipsiquiatría apuntó a suprimir el

¹¹ Foucault, Michel (1964) Historia de la época clásica, Fondo de Cultura Económica, Mexico.)

¹² Pinel (1775 - 1826)

asilo y eliminar la noción de enfermedad mental como se entendía hasta ese momento.

Desde 1960, cuando se generalizó la farmacología en el tratamiento de las enfermedades mentales, se tiende peligrosamente a reemplazar el encierro carcelario por un chaleco de fuerza químico. El tratamiento de la locura, a comienzos del siglo XXI, se asienta cada vez más en lo organicista.

“En nuestro país, el psicoanálisis fue aceptado en los años 60 como símbolo de modernidad. Se abrieron instituciones intelectuales estatales y privadas, y en el ámbito universitario se intensificó el interés por carreras como Sociología y Psicología. En 1960 comienza la etapa de desinstitucionalización. Esta postura sostiene que la naturaleza autoritaria y jerárquica de los hospitales de salud mental colaboró en la creación de condiciones que se atribuían al paciente. Comenzaron a hablar de sus derechos, que no habían sido contemplados hasta el momento.”¹³

En 1957 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental. La reforma contenida en el plan Kennedy es retomada por M. Goldemberg en la

¹³ RODRIGUEZ, Silvia (2006) *“Reflexiones desde la práctica social sobre la salud mental infanto-juvenil”* Monografía final. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital “Dr. Carlos Pereyra”. Mendoza.

dirección del servicio de salud mental del Hospital de Lanús. Con Goldemberg también, se crean los centros de Salud mental y los Servicios de Psicopatología en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires; se logra consolidar la internación psiquiátrica en el Hospital General, y la prevención pasa a ser relevante en la resolución de los prejuicios respecto del enfermo mental y su internación en loqueros. La creación del servicio de psicopatología como forma organizacional, insertado en el ámbito del hospital general, significa un gran cambio que marca una nueva etapa en las políticas de salud mental; como hecho primario, deja sentada la internación psiquiátrica en hospitales polivalentes.

A partir de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657, desde el Trabajo Social, es importante re-crear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, el aislamiento del portador de trastorno mental con respecto a su ambiente social, como así también, en el caso del paciente con alta judicial, deconstruir aquello que institucionalmente fue elaborado, procurar en el paciente externado la adquisición de la autonomía necesaria para mitigar las huellas profundas que deja la institucionalización.

El Trabajo social aparece como el vector correlacionante entre el adentro y el afuera institucional. Es integrado en el Equipo Interdisciplinario para construir con el resto de las disciplinas el proceso dialéctico sano-enfermo que permita brindar un espacio terapéutico a la problemática de salud mental.

La inserción del Servicio Social en el momento de la admisión de un paciente o posterior a ella, permite reunir elementos para determinar la incumbencia y visualizar qué tipo de contexto se abre a consideración (laboral, familiar, legal, habitacional, etc.)

Desde esta perspectiva, la génesis de las enfermedades o trastornos mentales debe buscarse no sólo en cuestiones biológicas o genéticas, sino también en factores sociales, económicos, políticos, culturales, concibiendo al sujeto como un ser bio- psico- socio- cultural.

CAPÍTULO TERCERO:

TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Trabajo Social y Salud Mental:

El Trabajo Social surge y se desarrolla simultáneamente a la presencia del manicomio en América Latina. En el contexto de constitución del estado-Nación surge una significativa preocupación por la cuestión social. En éste contexto, y siguiendo los pasos de los médicos higienistas, se produce en las primeras décadas del siglo XX la institucionalización del Trabajo social.

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental se tornó una especialización particular de la profesión: el Trabajo Social Psiquiátrico. Este posicionamiento demandó para el desarrollo profesional la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología, la sociología y la psiquiatría; de esta manera se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y/o patologizar las relaciones sociofamiliares de las personas con trastorno mental.

La demanda principal se caracteriza por la responsabilidad de contactar a los familiares de los pacientes al momento de la internación, durante la misma y al momento del alta hospitalaria.

El Trabajo social actúa como intermediario de la relación entre el paciente y su familia y/o el paciente y el mundo externo del hospital, y también de la relación familia-médico-institución. Entre sus funciones se

destacan la realización de seguimientos, historias clínicas, gestiones sociales, movilización de recursos materiales y financieros.

La intervención debe justificarse desde un marco teórico referencial y sostenerse en una perspectiva teórico-metodológica crítica, basada en la investigación, el análisis, en leer lo social como una construcción subjetiva, histórica, cultural, desde la identidad, considerando los intercambios y reciprocidades en la vida cotidiana, atravesada por lo macrosocial, comprender y explicar lo social desde la singularidad y lo simbólico.

Históricamente, la intervención social en salud mental forma parte del entramado de la cuestión social. Las cuestiones relativas a la salud/enfermedad mental están estrechamente asociadas a las condiciones sociales de vida; entonces, Trabajo Social y Salud Mental se relacionan con la vida cotidiana de las personas, con las manifestaciones de la cuestión social actual.

El Trabajo Social debe movilizar los recursos personales y grupales; para poder hacerlo, debe identificarse e involucrarse con el proceso de defensa de los derechos sociales. Cada profesional debe conocer el tipo de relación y las formas de intervención a fin de poder contar con los medios

necesarios para afrontar los conflictos que se susciten, y en esos casos, tener un criterio profesional formado.

Al hablar de salud mental nos referimos a una serie de aspectos en lo preventivo, educativo y cultural; un delicado equilibrio que puede romperse y pasar así de la salud a la enfermedad. El trabajador social como integrante indispensable del equipo de salud mental, juega su importante papel al profundizar en los aspectos sociales que intervienen en la etiología multifactorial de las enfermedades psiquiátricas.

Acerca de la cuestión social en la sociedad argentina:

El Paradigma de la Protección Integral se inscribe en nuestro país en el marco de la actual cuestión social que se manifiesta a partir de la implementación de las políticas de flexibilidad adoptadas por el Estado desde la última dictadura militar.

Siguiendo a Margarita Rozas, “partimos de situar que la “cuestión social” se expresa con mayor claridad en el marco de constitución del sistema capitalista. A partir de él, la cuestión social se entiende como la expresión de la relación contradictoria entre capital-trabajo. Esta relación constituye el

núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social y política que afecta a los sectores trabajadores en su proceso de reproducción biológica y social, así como a los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo.”¹⁴

Sin desconocer el proceso de configuración histórica de la cuestión social, es necesario precisar que en la actualidad ésta se expresa en un creciente proceso de precarización del trabajo, quiebre de la protección social y cambios generados en la subjetividad de los individuos.

El proceso de reforma que se genera en nuestro país obedeciendo las medidas dictadas por el Consenso de Washington en el año 1989, provoca un cambio en el papel y la dimensión del Estado nacional, lo que significa la transferencia de sus funciones hacia el mercado, los niveles subnacionales de gobierno, o las redes solidarias. Se implementan medidas de privatización, descentralización, desregulación y tercerización, provocando un desmantelamiento del Estado nacional.

Estas medidas provocan un crecimiento importante del desempleo, el empleo informal y precarizado, y las condiciones de pobreza y vulnerabilidad se extienden hacia amplios sectores de la sociedad.

¹⁴ ROZAS PAGAÑA, Margarita (1998) *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”*. Espacio Editorial. Pag.45.

En este contexto “diferentes acontecimientos se inscriben en nuestra memoria colectiva generando incertidumbre, desazón, desencanto, pero, especialmente, nuevas formas de padecer, de sufrir, que van desde la aplicación sistemática del terrorismo de estado hasta el temor que implica la posibilidad de caída en los oscuros espacios de la exclusión social.”¹⁵

En un país signado por el culto a un “dios” denominado mercado, se fortalece el discurso único que afirma la necesidad de adaptarse al orden neoliberal como único orden posible. “Las nuevas víctimas del disciplinamiento del mercado comienzan a ver en las inscripciones de sus cuerpos el recorte de sus ciudadanías.”¹⁶

Surgen nuevas formas de demanda relacionadas con la salud mental, entendida ésta como padecimiento subjetivo. Nuevos actores recorren las instituciones de salud mental, sujetos, algunos, provenientes de la pobreza estructural; pero otros, los llamados nuevos pobres, que se encuentran en una situación de caída: la clase media empobrecida caracterizada por el desempleo, la falta de cobertura social y de lazos sociales fuertes.

¹⁵ CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel (2004) “*La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo*” Revista Margen. Edición nº 35.

¹⁶ Idem.

“En la actualidad se registra un aumento de enfermedades mentales entre trabajadores atribuible a las presiones de las fábricas o empresas, los bajos salarios y el alto costo de vida, la necesidad de sostener dos o tres ocupaciones para poder mantener al grupo familiar, el temor a la pérdida del empleo, la privatización de empresas, que produce cambios en la planta, y la introducción de adelantos tecnológicos que sustituyen mano de obra especializada. Muchos de estos casos de enfermedad mental van acompañados de alcoholismo, adicciones y/o violencia, como expresión de marginalidad.”¹⁷

Esta cuestión social genera también “cambios en la esfera de la cultura en cuanto construcción, comprensión y explicación de la vida cotidiana.”¹⁸ La precarización de la vida cotidiana se visualiza en la aparición de las nuevas formas de pobreza antes descritas y que desarrollan Fitussi y Rosanvallon¹⁹, y en nuevas modalidades de relación social, de vínculos de pareja, de amistad, filiales, que incluyen en su funcionamiento nuevos discursos sociales.

¹⁷ RODRIGUEZ, Silvia (2006) Op. Cit.

¹⁸ CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel, DOMINGUEZ, Marisa (1998) *“El impacto de la nueva cuestión social en las emergencias psiquiátricas, un estudio de casos”* Trabajo Presentado en el “Fifth World Congress Psychiatric Emergencies in a Changin World” Bruselas. Revista Margen.

¹⁹ FITUSSI, Jean P, ROSANVALLON, Pierre. (1997) *“La nueva era de las desigualdades”* Edit. Manatial. Bs. As.

“Estos cambios en los modos de ser se acompañan, como es obvio, de cambios en los modos de enfermar. Está claro que hablamos de rasgos subjetivos nuevos, dominantes en un número creciente de sujetos, pero no en todos los sujetos y en todos los sectores. De todos modos, desde su aparición en los últimos años se observa su despliegue en las conductas individuales y es conveniente conocerlos para entender los nuevos síntomas que ellos producen. Lo que algunos llaman nuevas patologías, en verdad nuevos modos de manifestarse los sufrimientos de la existencia, mantienen una curiosa identidad con rasgos dominantes de la nueva cultura, que podríamos denominar como verdaderos “paradigmas de lo social”.²⁰

Surgen nuevas problemáticas de sufrimiento mental: las adicciones como una forma patológica de consumo, crecimiento de los problemas de violencia, patologías ligadas a la alimentación, las vinculadas al estrés, dificultades de identidad en los adolescentes, entre otras.

Por otro lado, el impacto de la crisis económica y de la cuestión social también se observa en las instituciones de salud, que en algunos aspectos son descritas como burocráticas y con problemas para dar respuestas operativas.

²⁰ BARG, Liliana (2009) Op. Cit., pág. 115.

En este contexto, surge para los profesionales del campo de la salud mental el cuestionamiento de cómo construir ciudadanía interviniendo desde una política social de carácter asistencial.

CAPÍTULO CUARTO:

TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA

Trabajo Social y Justicia:

El Trabajo Social ha surgido imbuido de una función normatizadora, moralizadora de las clases sociales marginales y carenciadas. Se fue profesionalizando manteniendo, al inicio, su focalización recortada en el individuo y la familia.

Esto fue cuestionado y superado propiciando una lectura distinta y consecuentemente, una intervención que tenía en cuenta el contexto social y político. El trabajador social tiene la posibilidad de retroalimentar, en la medida de lo posible, a los miembros concretos de la institución con su visión crítica y sus saberes específicos.

Puntualizando en el sistema judicial como institución, el mismo en Argentina, se halla modelado en el Derecho Romano que es tomado por el iluminismo e impregnó muchos de los códigos vigentes en Occidente.

Los operadores del sistema judicial (entre los que se incluye al trabajador social), están integrados fundamentalmente, por abogados quienes, por las cuestiones inherentes a la especialización y al reconocimiento de aportes de diferentes disciplinas, han ido convocando a “su” espacio a operadores de otras ciencias; primeramente los de las ciencias

médicas (incluidos aquí los de las ciencias “psi”) y luego a los trabajadores sociales.

El campo de justicia se ha convertido desde hace algunas décadas en un espacio de relevante trascendencia para la inserción ocupacional de los Trabajadores Sociales.

En el ámbito judicial civil, en el año 1989 se incorporaron Juzgados civiles, incluyendo en los mismos un trabajador social, siendo ésta la primera vez que un profesional diferente del abogado se insertaba dentro de un juzgado civil.

En un principio la intervención profesional estaba vinculada al “control” de los regímenes de visitas que se establecían dentro de los procesos judiciales. Era meramente un rol de naturaleza implícitamente autoritario. Con el correr del tiempo y tras la necesidad de contar con juzgados especializados en cuestiones de familia, la figura del trabajador social comenzó a posicionarse desde otra perspectiva, como una pieza fundamental para poder resolver los crecientes conflictos jurídicos a los que se enfrentaban los distintos fueros que conforman el poder judicial.

Estos profesionales, quienes, generalmente, habían interactuado con el sistema judicial desde el margen, iniciaban un camino con otros profesionales y miembros del Tribunal que asumían el desafío de dar respuesta a problemáticas (familiares e individuales) que se recortaban en ese momento de otras, luego de reconocerse la particularidad y necesidad de tal recorte.

En el interjuego que pasó a establecerse entre el juez y los empleados del Tribunal, por un lado, y los trabajadores sociales por otro, fue surgiendo un enriquecimiento. Los trabajadores sociales pudieron conocer los vericuetos de los expedientes relacionados con aspectos procesales y trámites administrativos que realizaba el Juzgado. Ello permitió visualizar que los tiempos procesales son distintos a los tiempos de la vida, que la función de los empleados y los trabajadores sociales era hacer coincidir ambos y ponerlos al servicio de la resolución o atenuación de los problemas de las familias.

El Trabajador Social ejerce un valioso rol complementario de jueces y abogados, en procura de fortalecer los derechos sociales y humanos de los actores sociales junto a quienes interviene. Hay autores que refieren que prefieren hablar del Trabajador Social ya no como una disciplina auxiliar, sino

como una disciplina complementaria intentando alejar de la imagen de subalternidad que inspira la palabra auxiliar, tan propia de los inicios de la profesión y de la identidad atribuida a los trabajadores sociales. En este caso, los magistrados pueden hallar otros aportes teóricos que le permitan ampliar y enriquecer su accionar jurídico, facilitando así una mayor profundización epistemológica acerca de la conducta humana y de los procesos que se desarrollan en el contexto social, que impactan y conforman la subjetividad.

“El abordaje de las problemáticas, a través de un equipo interdisciplinario, permite observar la dinámica de la familia en crisis, descubrir el origen de los conflictos, y desde la Ley, brindar una orientación a sus componentes para que adecuen sus conductas con el fin de lograr una reorganización familiar funcional, entendiendo ésta como aquella que permite un desarrollo emocional armónico de cada uno de sus miembros.”²¹

Partiendo de reconocer que la inclusión de los trabajadores sociales en el ámbito de la Justicia Civil, tuvo como objetivo brindar una administración de justicia que diera respuesta eficaz a los problemas que traían las familias,

²¹ Aon, Lucas; Claviño de Frezza, Adriana; Alday, Ma. Angélica. “Juzgados de familia. Un nuevo enfoque de intervención”. Trabajo Presentado en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Buenos Aires 1997.

la construcción del espacio profesional fue posible a partir de un accionar comprometido y responsable que se fundó en los propios saberes de la disciplina.

Ese espacio de ejercicio profesional definido inicialmente como centrado en el diagnóstico social de situaciones individuales y familiares, paulativamente fue recuperando o asumiendo, ante la ausencia, imposibilidad o inconveniencia de otras alternativas, la intervención en algunas situaciones que llegaban hasta ellos.

Los trabajadores sociales reconocieron y asumieron que “diagnosticar” es intervenir y que a partir de la convocatoria a “diagnosticar” una situación individual y familiar se toma contacto con personas y familias, y ese contacto no es inocuo, genera expectativas y modificaciones en las personas (los usuarios, los operadores). Implica, por tanto, intervenir.

Esto se hizo posible y se sostuvo por la capacitación intra y extra institucional. Capacitación y reflexión que, en su recorrido, fue buscando responder a los nuevos desafíos que presentaban las nuevas demandas derivadas de problemas que llegaban a la institución y, a su vez, de las

modificaciones propias del contexto socio-económico-laboral donde se inserta la institución.

Como concreto, los Trabajadores Sociales aportan al Tribunal en general una mirada del sujeto y de la familia no ingenua sino técnica y, a su vez, asumen una intervención con esos sujetos y esas familias de acompañamiento en el desarrollo de la crisis o coyuntura que los acerca al Tribunal, propiciando, para favorecer a su superación, la más adecuada articulación interinstitucional.

La visión del trabajador social y su consecuente recomendación respecto de la orientación e instrumentación de la intervención no solo es un aporte novedoso en el ámbito judicial, sino también que lo distingue de otros miembros del tribunal: su deconstrucción de la situación problemática y su propuesta de reconstrucción se plasma en un informe que rubrica y pasa a formar parte del expediente judicial constituyendo una valiosa comunicación para los actores involucrados (miembros de la familia, abogados, jueces, defensores de menores, etc).

El trabajador social en el ámbito judicial debe deconstruir la situación que llevó a la intervención de dicho ámbito, aportando todos los elementos

posibles que permiten comprender la situación de crisis por la que atraviesan las familias, trabajando las relaciones vinculares dentro de esa familia y hacia el contexto social que la rodea, construyendo redes sociales facilitadoras para lograr la superación de las crisis a la que se enfrentan.

Margarita Rozas Pagaza²² nos habla del objeto de intervención, el “sobre qué” interviene en Trabajo Social, abarca el problema, y sus relaciones y conexiones con las distintas dimensiones que hacen a la vida social de los sujetos y, particularmente, a aquellas mediante las cuales dichos sujetos buscan la satisfacción de sus necesidades.

El “sobre qué” se interviene, se presenta a nosotros como problema o situación que afronta una persona o grupo de personas en las múltiples relaciones que establecen en su vida cotidiana; cotidianidad en la que permanentemente surgen necesidades por satisfacer que, a su vez, motorizan cambios en las relaciones.

El “sobre qué” de la intervención del trabajador social es siempre expresión de problemáticas sociales, es decir, que mantiene nexos y relaciones más o menos significantes con la cuestión social; el trabajador

²² Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social.”

social se inserta en la institución judicial y el problema se le presenta protagonizado por actores concretos que expresan en mayor medida sufrimiento, enojo, molestia o simplemente, desconcierto por la intervención del Tribunal y, por ende, del profesional.

La inserción así planteada se despliega en una relación de extrema cercanía con los sujetos; es decir, que se inserta en la vida cotidiana de esas personas.

El concepto de “saber cotidiano” alude a una objetivación de procesos subjetivos por medio de los cuales cada individuo construye el mundo intersubjetivo del sentido común y ello es un aprendizaje no reflexivo, o sea, que no se sustenta en reflexiones que fueron puestas en tela de juicio y luego corroboradas o rechazadas conforme a los argumentos presentados.

Como lo señala Margarita Rozas Pagaza es un instrumental pues “... le permite desenvolverse en su medio, saber qué se hace y cómo se hace de acuerdo con la época y las circunstancias particulares.”²³

El concepto teórico de “saber cotidiano” debe ser aplicado por el trabajador social al análisis de la situación concreta de consulta, en cuanto a

²³ Rozas Pagaza, Margarita. Ob. cit.

que hay, seguramente, en la misma, saberes cotidianos que venían resultando operativos, pero dejaron de serlo. En relación con el objeto de intervención, es importante citar a Estela Grassi cuando refiere que “son situaciones puntuales en las que están involucrados actores diversos, éstos se enmarcan en lo que – en un plano más abstracto – una sociedad (o un sector de ella con capacidad de hacer hegemónico su criterio) define como problemas sociales.”²⁴

La intervención del Trabajo Social en el ámbito judicial:

Cuando se solicita la intervención del sistema judicial en un caso, los trabajadores sociales se enfrentan con el desafío de que las personas ya han pasado por diversos servicios de los sistemas de salud, educativo, de asistencia a la infancia, a la víctima, de organizaciones no gubernamentales, etc.

Cuando llega a la instancia judicial la situación familiar se ha cristalizado lo que torna más difícil el logro de cambios beneficiosos.

²⁴ Grassi, Estela. “La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social.” Pág. 32

Generalmente el trabajador social toma el primer contacto con la situación problemática a través del expediente “sobre protección de persona”. Habrá que clarificar cuál es el problema a fin de elucidar las acciones a seguir estableciendo prioridades. Se enmarcará la situación problemática valorando el contexto de la familia y de sus redes formales e informales.

El trabajador social debe evaluar hasta qué punto es una situación peligrosa, y preocuparse por proteger a los miembros más débiles de la familia y evitar una tragedia incipiente.

Uno de los objetivos de la intervención del trabajador social será lograr la participación de la familia en la solución del problema pero cuidando de no avasallar, o imponer soluciones que no sean compatibles idiosincráticamente para la familia, y limitar las conductas de “control” a aquellas prescindibles.

Salud Mental, Trabajo Social y Justicia

En lo concreto, el trabajo social con personas que padecen enfermedades mentales en el ámbito judicial conlleva tres puntos

significativos que, interrelacionados, pueden resultar adecuados para el paciente psiquiátrico: un saber terapéutico, indispensable para la construcción de una nueva visión; una normativa adecuada que sea rápida y eficiente; una política confiable de resocialización que aporte los elementos indispensables para mitigar el dolor de los más frágiles sin provocar por ello una mayor discriminación.

El trabajador social opera como nexo favoreciendo la circulación de información y, a su vez, decodificando a los miembros de la familia, o, inclusive, a miembros de otras instituciones los alcances o implicaciones de la intervención judicial.

Al inicio de la intervención, el trabajador social aporta información sobre la génesis del conflicto, cuáles son los vínculos familiares, cuál es el desempeño laboral y social del individuo, cómo incide la problemática denunciada en el medio familiar y en otras áreas del individuo, qué grado de colaboración puede brindar a la familia, detección de otros miembros de la red que pueden colaborar con la superación de la crisis (en visitas, salidas, económicamente, etc), áreas afectadas y áreas preservadas del individuo.

La función del trabajador social es aportar informes que junto con la evaluación que hagan los peritos médicos y otros operadores del sistema de salud, conformarán las visiones complementarias que dan cuenta de una misma persona y su entorno.

En cuanto al contenido de los informes, además de la génesis del problema, red familiar y social, áreas organizadas y comprometidas, resulta importante lo referido a la situación patrimonial; cobertura social, personas idóneas para ejercer la curatela (de corresponder), de fundamental importancia en los juicios donde se evalúa la capacidad de las personas.

CAPÍTULO QUINTO:

NUEVA LEY DE SALUD MENTAL Nº 26.657.

Alcances

La nueva Ley de Salud Mental 26.657 representa un cambio de paradigma que se coloca en sintonía con los Derechos humanos respetuosos y garantes de las personas con padecimientos psíquicos en igualdad de condiciones con las demás.

Su objeto conforme con el art. 1º, consiste en asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.

En tanto que la garantía comprende a las personas que se encuentran en el territorio de la Nación, alcanzando por igual tanto a nacionales como extranjeros. Y dado que la norma no efectúa ninguna distinción; abarca a los extranjeros que hayan ingresado al país en forma regular así como también a quienes ingresaron de forma “ilegal” o cuya permanencia se tornó irregular.

De este modo, la ley recoge, en primer lugar, los principios rectores enunciados en el Preámbulo de la Constitución argentina que incluyen a “todos los hombres del mundo que quieran habitar en el suelo argentino...”,

y se hacen eco de los derechos mencionados en los arts. 14 y 20 de la Ley Fundamental.

También sigue los lineamientos de la Ley de Migraciones 25.871, la que admite como categoría migratoria la de irregular, a la cual se le otorgan derechos. Entre ellos, el derecho a la salud como un bien fundamental que le cabe a toda persona por el solo hecho de serlo.

Por otro lado, la Autoridad de Aplicación (Ministerio de Salud, a través del área específica que designe o cree a tal efecto), en su coordinación con la Superintendencia de Servicios de la Salud, tiene la obligación de promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la ley.

Implementación y Recursos:

Se conceptúa en el marco de la ley el tratamiento a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En otras palabras, se aparta de un enfoque aislado del individuo centrado puntualmente en su patología psiquiátrica, la que hasta el presente se diagnosticaba en general a partir de parámetros y clasificaciones abstractas que desatienden las particularidades del paciente y su interacción con el entorno familiar y social.

En ese orden, la ley, reforzando las previsiones de los arts. 52 y 140 del Código Civil, es categórica en que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

Por lo demás, bajo ningún concepto la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad, el que solo puede derivarse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación peculiar en un momento determinado.

Finalmente, se establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, reconociéndoles a las personas con uso problemático de drogas (legales o ilegales) todos los derechos y garantías determinados en la ley en su relación con los servicios de salud.

La nueva ley de salud mental resulta adecuada a un enfoque de Derechos Humanos porque plantea una intervención interdisciplinaria que contempla una perspectiva integral de la persona y busca establecer mecanismos de control, a fin de garantizar el derecho a la salud mental en equilibrio con los restantes derechos de las personas y, especialmente, la regulación de las internaciones, reconociéndolas como SUJETO DE DERECHO.

El abordaje debe ser interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (art.9).

Obliga al Estado a desarrollar y supervisar la implementación de otros recursos de atención y contención de las personas con padecimiento mental, tanto en los servicios de salud estatales como los privados.

En la Ley, se hace referencia en varios capítulos a los recursos que debería proveer el órgano de aplicación y las diferentes instituciones que garantizan la atención de los pacientes.

El capítulo V denominado “modalidad de abordaje”, caracteriza en sus artículos 8º, 9º, 10º, 11º y 12º los aspectos centrales que deben ser tomados en cuenta en relación con la transformación en el modelo de atención, pues aboga por los siguientes aspectos: interdisciplinarietà, fortalecimiento de las acciones de base comunitaria y que propendan a la promoción de redes y

lazos sociales, apertura de dispositivos asistenciales sustitutivos tales como las consultas ambulatorias, atención domiciliaria supervisada, servicios para la promoción, la prevención y la habilitación de prestaciones a través de instituciones de pequeña escala tales como los centros de día, centros de capacitación laboral, microemprendimientos sociales y los hogares a cargo de familias sustitutas.

Establece mecanismos de control: Juez, Órgano de Revisión y Abogado del paciente. Art. 22

Ahora, basándonos en los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas por los tesisistas a los profesionales que se desempeñan en la rama de la salud mental, podemos entender, en cuanto a la implementación, que se trata de una ley en pleno proceso de aplicación y conocimiento por parte de profesionales y pacientes, con lo que aún no se encuentra implementada en su totalidad y en todos sus artículos. De todos modos se ampliará el tema en las conclusiones.

Descentralización:

La Declaración de Caracas de 1990 (OMS/OPS), relacionada fundamentalmente con la reestructuración de la atención psiquiátrica en

Latinoamérica, insta a los países firmantes a descentralizar la atención en los grandes manicomios, reemplazándola por una atención en Sistemas Locales de Salud, produciendo a su vez modificaciones en las currículas de formación de los profesionales, y favoreciendo la inserción social de los enfermos, evitando o, al menos, disminuyendo lo más posible, el deterioro social que inevitablemente se produce en los grandes hospicios. Quince años después, en una nueva reunión a fin de evaluar los progresos obtenidos desde la declaración de Caracas en los distintos países, se redactan los Principios de Brasilia, reafirmandose el compromiso de reestructuración.

La nueva ley de salud mental toma, entonces, todos estos antecedentes y se propone implementar una reforma en la atención en el área de salud mental, que fundamentalmente, se caracteriza por pasar a ser interdisciplinaria y descentralizada, es decir comunitaria. A diferencia de otras leyes como la ley 448 de la ciudad de Buenos Aires, propone disminuir paulatinamente los establecimientos monovalentes, hasta su sustitución definitiva, y este es uno de los puntos quizás más controvertidos, ya que existiría un número de pacientes, la minoría, que por su gravedad, no podrían beneficiarse de la atención ambulatoria.

SEGUNDA PARTE

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Metodología Cualitativa:

El presente trabajo de investigación responde a una Metodología Cualitativa, que nos permitió conocer los recursos existentes para la implementación de la Nueva Ley de Salud Mental.

“La *metodología cualitativa*, es la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”.²⁵

Si bien existen publicaciones acerca del rol del trabajador social en el área de la salud, la intención de la presente investigación, suscitada del interés de los investigadores, es avanzar desde la perspectiva del Trabajo Social en el conocimiento del tema específico estudiado; conocer cuáles son sus alcances y limitaciones en la implementación de la nueva ley. El tipo de estudio utilizado es el Exploratorio-Descriptivo.

“Las investigaciones exploratorias están destinadas a producir nuevas ideas o nuevos procedimientos de medición; a conseguir una familiarización con especies de hechos desconocidos o aún no comprendidos; las

²⁵ TAYLOR, S.J; BOGDAN, R. “Introducción a los métodos cualitativos de la investigación”. Ed. Piados. Barcelona. 1992. Pag 19-20.

investigaciones descriptivas, buscan establecer las características generales de una población a partir de lo que se encuentra en una muestra”.²⁶

Acceso al campo:

Los primeros acercamientos al campo se dieron por contactos con la trabajadora social de la defensoría N°1, Licenciada Carolina Giromini, con quien los pre profesionales mantuvieron una entrevista abierta luego de explicar el tema en cuestión, para profundizar su conocimiento acerca de cuáles eran las instituciones a las que podrían acudir para lograr más información, y en qué lugares se atendía la mayor parte de la población con este tipo de problemáticas. Incorporada dicha información, los tesisistas acudieron a la defensoría N° 6 por mediación de la licenciada Larrumbide, donde entrevistaron a varios abogados y secretarios letrados, y se conectaron también con las defensorías de juicio.

En el CEMA hicieron contacto con la doctora en sociología María Teresa Martínez, quien les facilitó los permisos para ingresar a las instituciones municipales donde realizarían las entrevistas a profesionales y

²⁶SAMAJA, J. “Epistemología y metodología”. Ed. Eudeba. 3° edición. Bs. As. 2001, pag 271

pacientes, y les propició más información relacionada con el tema y con la parte informática de la elaboración de la investigación.

Población y Muestra:

La ciudad de Mar del Plata cuenta con 2 Hospitales Públicos: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil y Hospital Interzonal General de Agudos. Los mismos dependen del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. A su vez, se encuentran funcionando 29 Unidades Sanitarias y 10 Postas Sanitarias, las cuales están a cargo de la Municipalidad de General Pueyrredón. Éstas últimas están abocadas a la atención primaria de la salud y están ubicadas estratégicamente a lo largo de toda la ciudad de Mar del Plata.

La muestra fue llevada a cabo en tres instituciones, La Defensoría Pública Oficial de Pobres y Ausentes en lo Civil y Comercial, el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de la Municipalidad de General Pueyrredon y el Hospital de la ciudad de Villa Gesell. Se optó por agregar esta última institución por una cuestión operativa, ya que uno de los tesistas reside allí, y para aumentar la muestra, tras concluir que las entrevistas obtenidas en las dos anteriores no se consideraron suficientes para lograr un muestreo

realista y amplio de la situación. Con el mismo objetivo se agregaron, también, entrevistas y opiniones de trabajadores de la salud del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Allende.

La Defensoría Pública Oficial se encuentra ubicada en el macro centro de la ciudad de Mar del Plata, en la calle San Martín Nº 3421, no tienen un radio de cobertura específico.

El Centro de Salud Mental Municipal está ubicado al noroeste de la ciudad de Mar del Plata, en la avenida Jara Nº 1661.

El Hospital de Villa Gesell se encuentra situado en la calle 8 y Paseo 123, en la zona céntrica de la ciudad con acceso a transportes varios. El mismo cuenta con una complejidad de segundo grado con dieciséis consultorios externos, una guardia de emergencia clínica, ginecológica, cardiológica y pediátrica, unidad de terapia intensiva, servicio de salud mental y tomógrafo. No cuenta con neonatología por lo que las urgencias deben ser derivadas al HIEMI de Mar del Plata e HIGA, y en cuanto a la salud mental la institución de referencia es el Hospital Neuropsiquiátrico Taraborelli de Necochea.

El tipo de muestra utilizado para el desarrollo de la presente investigación es el de intencional-opinático, siguiendo los lineamientos de la

investigación cualitativa. En este tipo de muestra, se seleccionan los informantes con un criterio estratégico personal, que no responde al azar, al cálculo ni a leyes de probabilidad, sino al método que permite investigar y recoger la información más relevante para su estudio.²⁷

Se realizaron un total de treinta entrevistas semi-estructuradas, quince a profesionales que desempeñan su labor en el ámbito de la salud mental y quince a pacientes en tratamiento, o dados de alta recientemente, de alguna de las instituciones antes mencionadas.

Técnicas de Recolección de datos:

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la recopilación documental (Lectura de archivos, informes, investigaciones previas, entre otros) y las entrevistas semi-estructuradas a trabajadores sociales, médicos, abogados y a pacientes con padecimientos mentales o trastornos psiquiátricos. En éste último tipo de técnica, se establece una lista de temas en los que se focaliza la entrevista, derivados de los objetivos planteados que se pretenden investigar. Posee como característica principal

²⁷ OLABUENAGA, J.I; “Metodología de la investigación cualitativa”. Ed. Eudeba. 3° edición. Bs. As. 2001.

la no estandarización formal de las preguntas, lo cual deja la posibilidad a los investigadores de realizar modificaciones en el transcurso de las entrevistas.

Todas las entrevistas se realizaron durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 2013. El tiempo de las mismas osciló entre los 30 y 40 minutos, y fueron realizadas por los pre-profesionales en las sedes nombradas con anterioridad.

Métodos utilizados para el análisis e interpretación de datos:

El análisis de datos, se llevó a cabo, básicamente, a través de una descripción densa, que tiene como rasgo característico la interpretación; la cual surge a partir del flujo del discurso social obtenido a través de las diferentes entrevistas realizadas.

La comparación constante es el método que se utilizó para analizar e interpretar los datos. El mismo consiste, simultáneamente, en la maximización y minimización tanto de las diferencias como de las similitudes que se encuentran en los datos recabados.

TERCERA PARTE

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Análisis e Interpretación de datos:

A continuación, se presenta el análisis e interpretación de los datos obtenidos, durante las entrevistas realizadas a los profesionales relacionados con los tratamientos en salud mental, utilizando como ejes fundamentales: el rol que desempeñan a lo largo de los tratamientos y el trabajo interdisciplinario para el desarrollo de dicha intervención.

a) Rol del trabajador social ante la solicitud de atención de una persona con patologías psiquiátricas

El **trabajo social** se define según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) como la profesión "que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar". Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.

El trabajo social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello, los y las profesionales en trabajo social, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados.

La Unidad Funcional de Defensa Nº 6 es creada por Resolución de la Dra. Boeri Margarita, Defensora General en junio de 2012. Se crean las Defensorías Civiles temáticas: R.A.C (resolución alternativa de conflicto), Salud Mental y Violencia Familiar.

Las Defensorías Nº 1 y 6 abocadas al área de Salud Mental.

Esta última constituida por la Defensora Oficial Dra. Carolina G. Cédola, un Secretario, un Auxiliar Letrado y el Equipo Técnico constituido por un Perito Psicólogo, Lic. Claudia Martín y un Perito Asistente Social, Lic. Sandra L. Larrumbide.-

Por su especificidad, interviene en el tratamiento de: evaluaciones, internaciones, protección de personas y amparos de salud. (Contra obra sociales a nivel provincial por ejemplo IOMA.)

Está cada dos meses de turno, es decir, atiende las demandas y urgencias que se presentan. Lo mismo hace la Unidad de Defensa N° 1 creada para los mismos fines.

Las Unidades de Defensa atienden a todo aquel ciudadano que necesite asesoramiento y representación legal en cuestiones de salud mental, debe ser mayor de edad (cabe aclarar que para los niños y adolescentes la vía de evaluación son por otros efectores de salud), y no contar con los recursos económicos suficientes para pagar un abogado particular.

¿Cómo se presenta la persona? Por demanda espontánea o derivación de algún centro de salud o médico particular.

Si trae certificado médico, (médico tratante) y expone la necesidad de internación, ya sea por abandono de tratamiento terapéutico y/o farmacológico, ya sea si pone en riesgo su integridad o la de terceros, se realiza la demanda espontáneamente.

De no contar con dicho certificado se buscan junto a la familia los diferentes recursos institucionales/técnicos para que la persona que padece algún tipo de trastorno sea evaluado. (Obra social, médico particular, salas de atención primaria- hospital).

Si la familia relata que es imposible llevarlo a realizarle dicha evaluación, se lleva a cabo una entrevista de mayor profundidad, y se elabora un plan de abordaje. Las posibilidades generalmente son citarlo a Sede de la Defensoría o la entrevista domiciliaria (específico del rol del Trabajador Social); con estos elementos y teniendo en cuenta que la Unidad de Defensa no cuenta con médico psiquiatra y dado que la Nueva Ley de Salud Mental propone la evaluación integral de la persona, se solicita, a través de los Juzgados de Familia, completar dicha evaluación, ya sea desde los Peritos de dicho órgano jurisdiccional, y sea a entidades o dispositivos públicos o privados.

Esta instancia ya es una etapa en la que el Juez actúa en beneficio de la persona que presenta un padecimiento mental (crisis imprevistas o previsibles) a través de las recomendaciones del equipo interdisciplinario que sea lo menos restrictivo para éste.

En esta instancia se trabaja conjuntamente con la familia, dándole asesoramiento jurídico, apoyo psicológico (no terapia), acompañamiento y asesoramiento social. Abordaje intersectorial, redes primarias y secundarias de contención.

b) Trabajo interdisciplinario

La interdisciplinariedad constituye uno de los aspectos esenciales en el desarrollo científico actual. No se concibe la explicación de los problemas sociales desde una concepción científica sin la interacción de las disciplinas afines. Ahora bien, la forma en que la interdisciplinariedad se manifiesta es diversa; en ocasiones, los contactos son sencillos y de apoyo metodológico o conceptual, pero en otras, conduce a la aparición de disciplinas nuevas. Busca el logro de una conjunción teórica más allá de las disciplinas particulares puesta en curso y que no puede ser una suma ni combinación de lo que aporta cada disciplina, sino conformación conceptual nueva. Esta es la gran diferencia entre la multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad en las que distintas disciplinas estudian un mismo objeto desde sus particulares miradas pero sin modificar su estructura.

Los profesionales entrevistados en relación con el tema indicaron que en casos de evaluación o internación se presenta el familiar. La primera entrevista es llevada a cabo en forma interdisciplinaria (asistente social/abogado-psicólogo/abogado) a los efectos de evaluar desde las diferentes especificidades lo relatado por el dicente.

Aunque en algunas entrevistas, en respuesta a la pregunta sobre el equipo interdisciplinario, la mayoría fueron negativas en relación con la existencia de dicho equipo, mencionaron contar con la colaboración de las otras defensorías o profesionales, pero no en forma de análisis conjunto.

Entrevistas con profesionales que intervienen en tratamientos de pacientes con patologías mentales:

Las entrevistas se realizaron con el objeto de contar con la apreciación, opinión y análisis de los actores involucrados directamente. La mirada que ellos tienen del funcionamiento y aplicación de la ley, del impacto, o no, que tuvo en ellos, en su equipo de trabajo, en los pacientes y familiares. Y conocer la posición adoptada frente a la viabilidad y aplicación de la nueva ley.

La directora y co directora de tesis de los investigadores les facilitaron citas con profesionales en el tema para realizar las entrevistas en las instituciones donde desempeñan su labor, y con los pacientes considerados por ellas, aptos para contestar las preguntas de las entrevistas voluntariamente y aportar con ello a la investigación.

A continuación se expone una breve caracterización de la muestra:

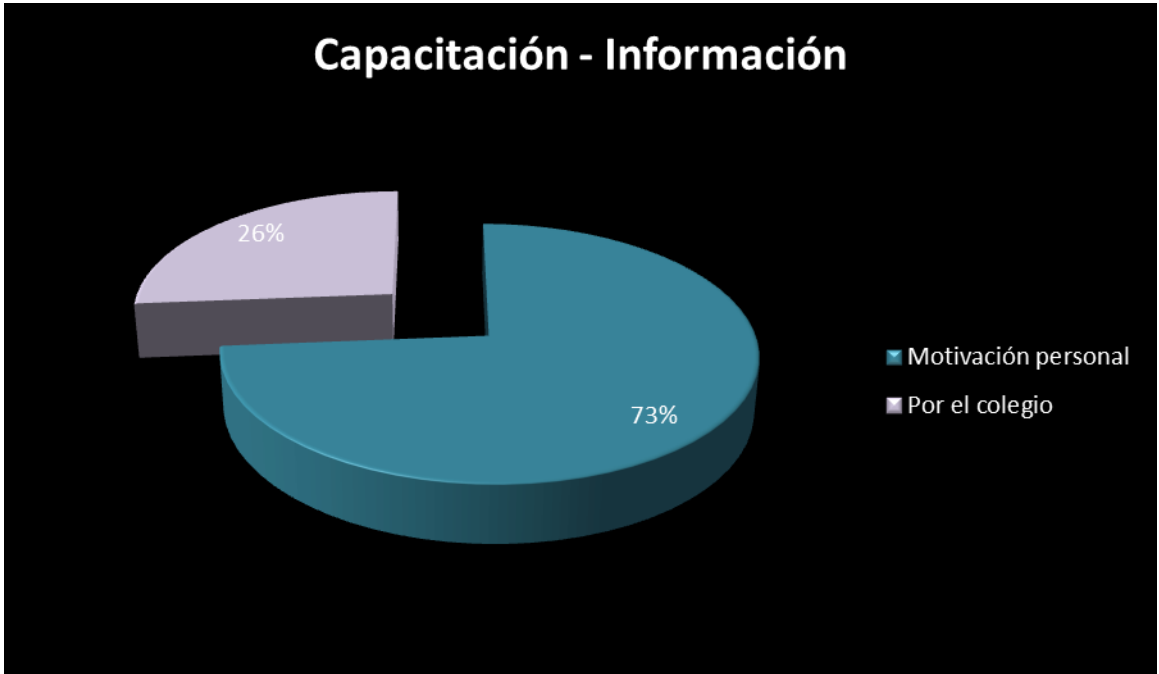
- a. María Cecilia, es abogada, se desempeña en la Defensoría N°1 como secretaria, con una antigüedad de diez años.
- b. Carolina, es Licenciada en Servicio Social, se desempeña en la Defensoría N°1 como trabajadora social hace cuatro años.
- c. Georgina, es abogada, se desempeña en la Defensoría número tres como auxiliar letrado (secretaria), con una antigüedad de trece años.
- d. Ariel, acompañante terapéutico, se desempeña en el Hospital de Villa Gesell en ese cargo, y tiene en la institución una antigüedad de seis años.
- e. Anabela, Licenciada en Servicio Social, trabaja en una escuela especial y en un centro de salud como trabajadora social, y posee una antigüedad de tres años en la escuela; y año y medio en el CAPS.

- f. María Florencia, es Licenciada en Servicio Social; desempeña su labor profesional en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Allende en el área de salud mental, hace seis años.
- g. Fabio, es Licenciado en Psicología, trabaja en el Centro Municipal de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata. Es el coordinador del área de Psicología, y se desempeña en su labor hace diecisiete años.
- h. Daniel, es empleado judicial de la Defensoría N°3; se desempeña como secretario hace siete años.
- i. Claudia, es Licenciada en Psicología, presta servicios como perito psicóloga en la Defensoría N°6 hace dos años, y en otras defensorías tiene diez años de antigüedad.
- j. Mónica, es Licenciada en Terapia Ocupacional, se desempeña como, profesional en el HIGA hace treinta años.
- k. Mariana, Licenciada en Psicología, se desempeña como tal en el HIGA, como residente hace cuatro años.
- l. Ramiro, es Médico Psiquiatra, se desempeña como tal en el HIGA, es residente hace cuatro años.

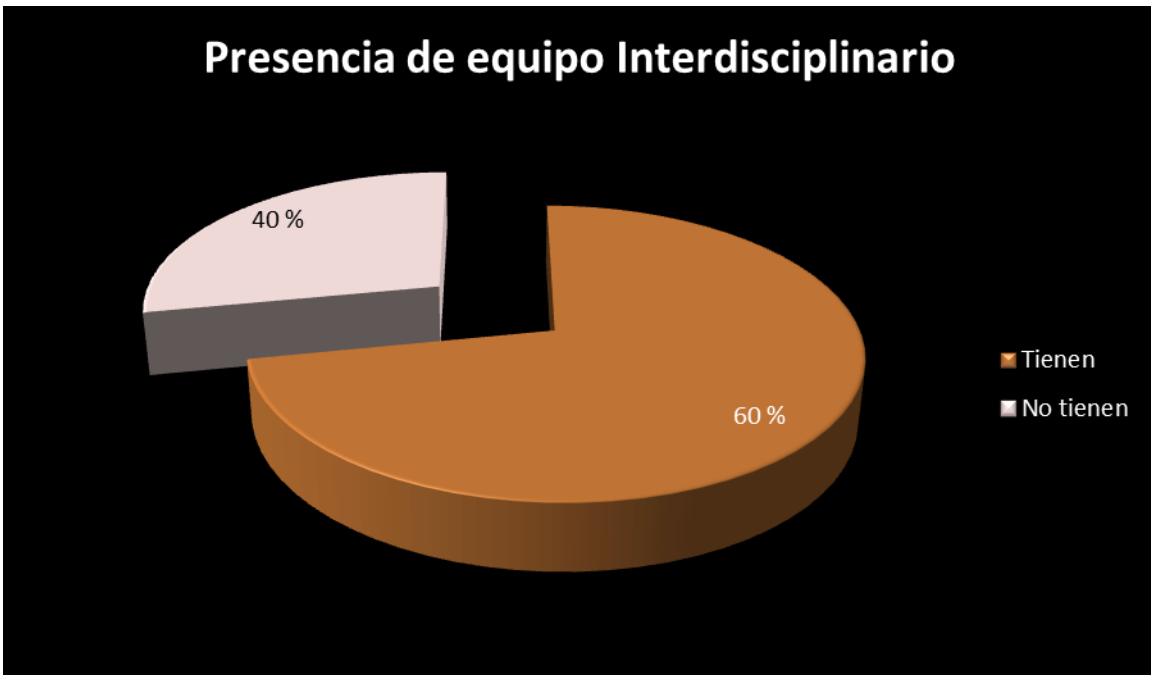
- m. Marcela, es trabajadora social de la Escuela Especial 501 de Villa Gesell y desempeña su labor en el equipo de orientación escolar, también trabaja en el Hospital de la misma ciudad hace seis años.
- n. Georgina es Licenciada en Trabajo Social y trabaja como tal en Acción Social y en el Hospital de Villa Gesell. Tiene una antigüedad de un año y medio.
- o. Lorena, es Licenciada en Trabajo Social, trabaja en la Oficina de Género y en el Hospital de la ciudad de Villa Gesell, tiene un año de antigüedad.

A modo de síntesis y para una mejor caracterización de la muestra, se grafican algunos de los aspectos relevantes:

El 100% de los entrevistados recibieron capacitación o información acerca de la nueva ley. Se dividen en los que lo hicieron por motivación personal y los que recibieron información por parte del colegio de profesionales o por la institución en la que se desempeñan.

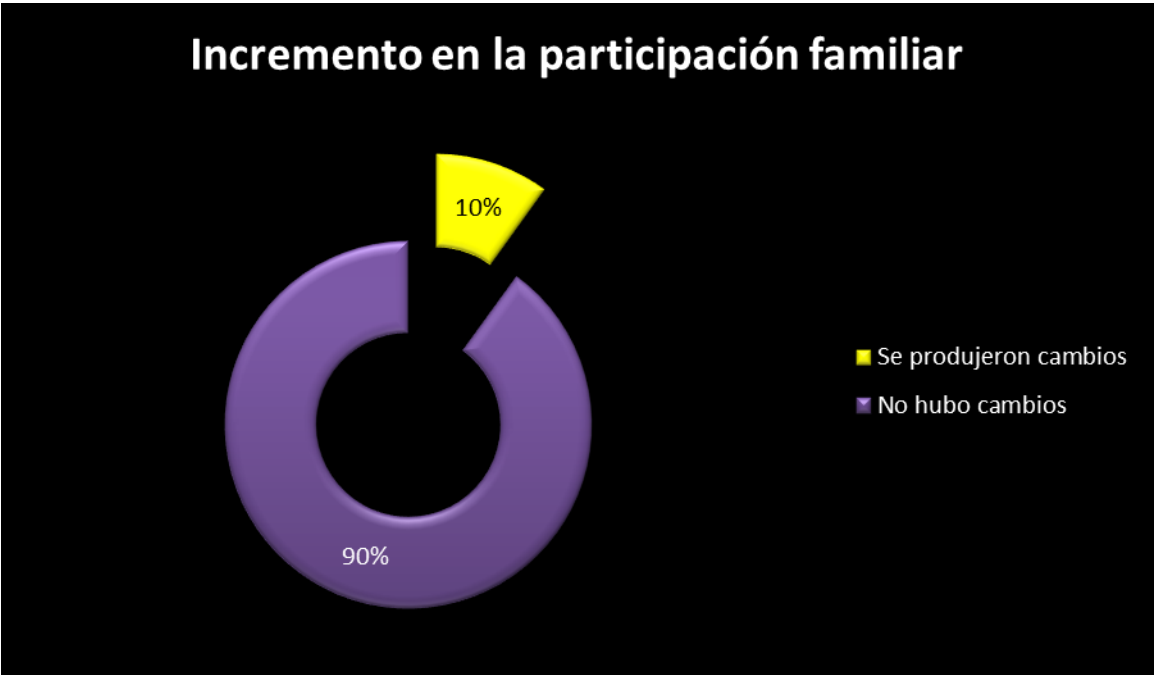


Algunas instituciones cuentan con equipo interdisciplinario; las que no lo tienen, realizan interconsultas o derivaciones, pero no como equipo.

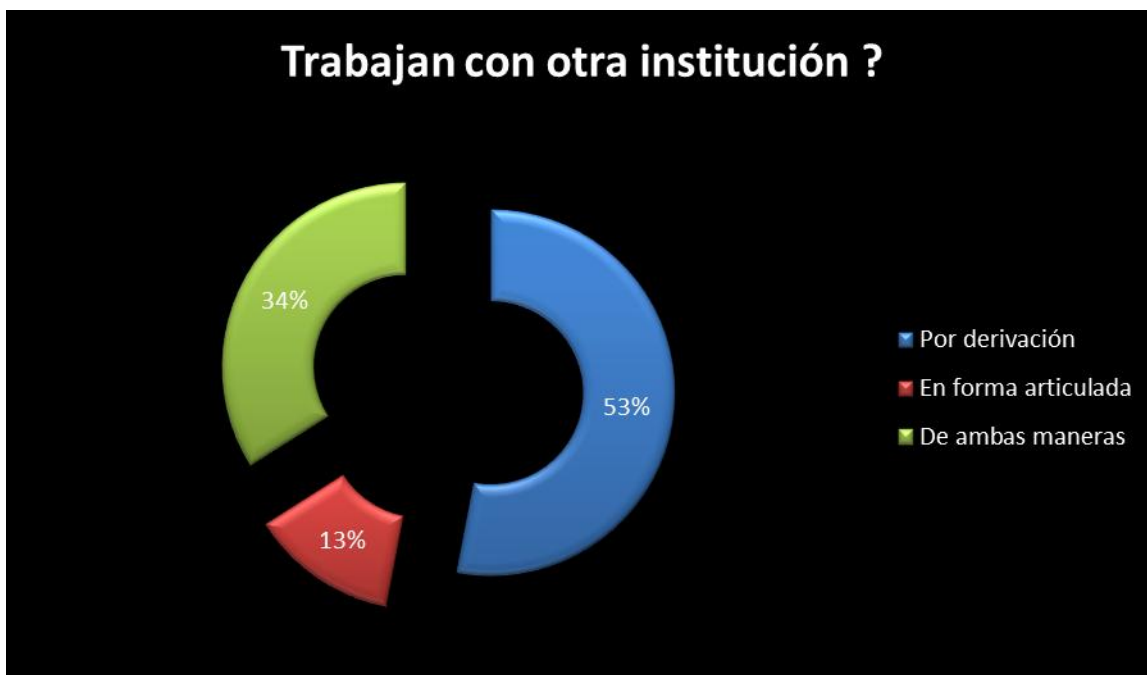


El 100% considera que no es viable la aplicación de la ley por el momento por falta de infraestructura y por considerar insuficientes los recursos materiales y humanos existentes.

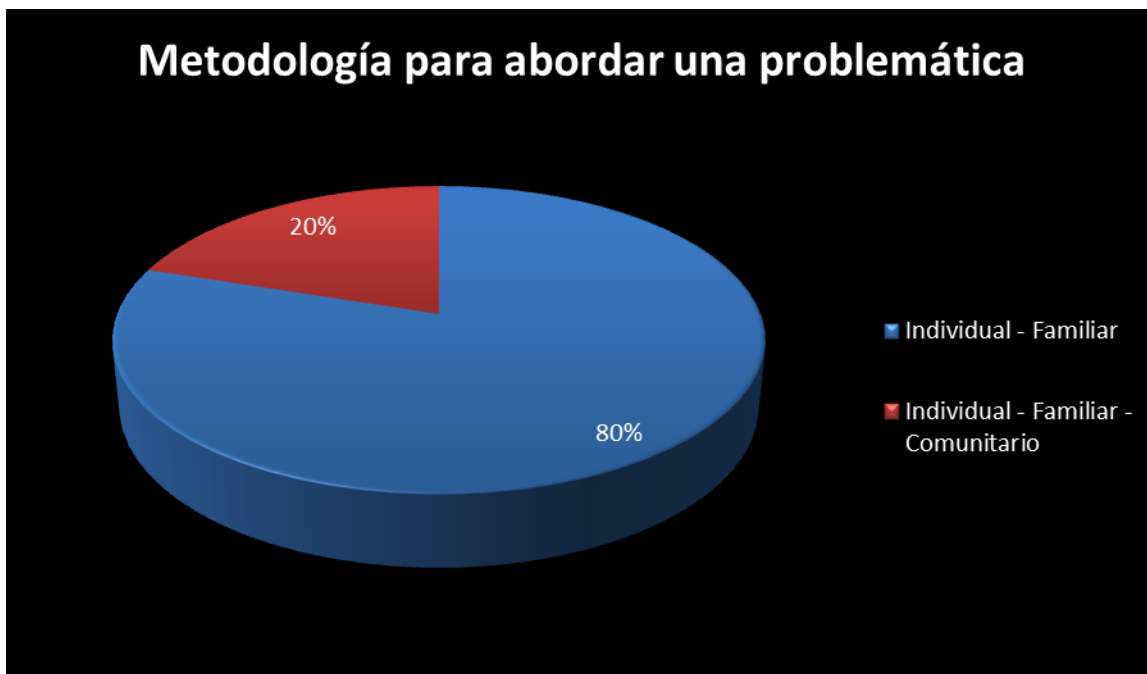
En las defensorías la presencia de familiares es motivada por el pedido de curatelas seguido de pensiones, y no se ha modificado. En las instituciones de salud, los equipos trabajan desde antes con las familias y se observa en escasos grupos el interés por conocer más acerca de la ley.



La totalidad de los entrevistados afirman trabajar con otras instituciones tanto como de justicia, salud y educación; la variante se presenta en la forma en que lo hacen: por derivación o de manera articulada.



En relación con el tipo de metodología de abordaje utilizada, caso individual, grupo y comunitario, el mayor porcentaje se centra en los dos primeros.



Síntesis de los datos relevantes obtenidos en las entrevistas:

Para este resumen se utilizó lo relatado en el cuaderno de campo al momento de realizar el trabajo en las instituciones.

El primer dato que nos llamó la atención fue la dificultad o resistencia para acceder a los profesionales. Se notaba cierto miedo, quizás a quedar expuesto ante alguna pregunta que desconozcan. La gente que nos hacía el contacto nos decían, “yo les pregunto a ver quién se anima pero no creo que sean muchos”. “o dame las preguntas, que se las doy y cuando puedan las traen resueltas”.

Superado este primer paso, y sentados cara a cara, luego de los ruidos ritualistas, se realizan las preguntas en un ámbito de trabajo, donde éramos interrumpidos por personas que tocaban la puerta o por el teléfono. Algunos profesionales escuchaban las preguntas sin quitar los ojos de la pantalla de su monitor o las manos del teclado.

Todos contestaron afirmativamente a la pregunta de, si conocían la nueva ley, pero, al desarrollar el tema, era leve el conocimiento de la misma. En cambio en las instituciones de la ciudad de Villa Gesell varios manifestaron no conocer sobre el tema, o dieron respuestas positivas o negativas, pero sin desarrollar.

Luego de la sexta pregunta la mayoría comenzaba a desarrollar más su opinión con respecto al tema, y a mostrarse más relajados.

Ninguno de los entrevistados considera que sea posible la aplicación de ley en la actualidad con los recursos con los que se cuenta. Los servicios públicos se encuentran desbordados y con complicaciones burocráticas que afectan directamente a los pacientes, a los que intentan rehabilitar o reinsertar.

En resumen, todos coincidieron en conocer sobre la ley, pero en cuanto a las modificaciones producidas por ésta, han pasado desapercibidas. Nada ha cambiado desde su resolución.

Con respecto a las entrevistas planificadas para los pacientes, en la ciudad de Mar del Plata se presentaron varias dificultades. Los profesionales no imaginaban cuáles de ellos estarían capacitados para responder el cuestionario, había que pedir permiso con los médicos a cargo y explicar nuestros motivos, lo que, finalmente, nos hizo concluir que las pocas entrevistas que podríamos conseguir no iban a tener valor relevante para el tipo de investigación que pretendíamos hacer. Es por eso que no contamos con ese aporte.

Conclusiones:

El estudio realizado es de tipo exploratorio descriptivo, por lo que se considera necesario aclarar que, las conclusiones a las que se arribó, intentan describir simplemente y/o hacer una aproximación al conocimiento del tema en cuestión.

A partir de la investigación que se llevó a cabo, fue posible responder a los objetivos planteados: reflexionar sobre la implementación de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657, conocer las prestaciones sanitarias y los recursos medico-asistenciales existentes en el Centro de Salud Mental, analizar las medidas legales que se implementan a partir de la misma, identificar las características demográficas de la población que utilizan los servicios públicos y el análisis de la implementación de la Nueva Ley según los actores profesionales.

En relación a la localidad de Villa Gesell, en el número de entrevistas realizadas, las respuestas de los pacientes no fueron coherentes al objetivo de la investigación, ya que estos daban contestaciones que no se encontraban relacionadas con las preguntas de dicha entrevista.

La Nueva Ley, sin duda, respresenta un cambio de paradigma que se coloca en sintonía con los derechos humanos respetuosos y garantes de los

derechos de las personas con padecimientos psíquicos en igualdad de condiciones con las demás. No habiéndose fijado un plazo especial para comenzar a regir, la ley entró en vigencia a los ocho días de su publicación, por lo que según los profesionales entrevistados, significó en los hechos una ausencia de muchos de los recursos que en ella se prevén y una sobrecarga en los ya existentes.

Con respecto a las características de la población asistente a los Servicios Públicos, los mismos son de bajos recursos, desempleados, o subempleados, sin obra social, o con obras sociales que no cubren la salud mental, como por ejemplo PROFE que algunos afirman que para ciertos trámites es mejor no tener. En el HIGA, además de personas de bajos recursos provenientes en su mayoría de barrios periféricos, atienden a pacientes de ciudades cercanas como Villa Gesell, Miramar, etc.

Al analizar la importancia de la interdisciplina como herramienta de los equipos de trabajo en salud mental, se pudo observar que lo que ellos llaman equipos, en realidad son diferentes profesionales trabajando en el mismo lugar y con los mismos pacientes pero no forman un equipo. Si lo desea, cada profesional trabaja de manera individual y se comunica mediante lo que se registra en la historia clínica, y el que tiene afinidad con un colega o

interés en cierto paciente le realiza consultas de manera puntual al otro. No existen reuniones de equipo donde compartan información, opiniones y planes de acción.

El trabajador social tiene un rol esencial en la graduación jurisdiccional a la autonomía de la voluntad; es quien define el impacto al patrimonio y a la persona en el ámbito familiar, social, laboral, cultural, de quien padece en su salud mental.

En esta tarea, el equipo debe complementar diferentes marcos teóricos en pos de lograr un mismo objetivo: el BIENESTAR de la persona con enfermedad mental. Es labor del abogado de un equipo de salud mental interdisciplinario formarse con las herramientas básicas de las distintas ciencias que comparten el sustento teórico del campo de la salud mental.

Debe ser fundamental un cambio en las instituciones monovalentes, ya que se deben adecuar a los principios y objetivos de la ley hasta llegar a la sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Todavía queda un largo camino por recorrer, un desafío para los profesionales de la salud, quienes deberán trabajar en la obtención de los recursos, ya que a partir de las entrevistas se puede ver que son escasos, en algunos lugares, incluso, nulos.

Es importante destacar que la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ha significado un avance extraordinario en la ampliación de ciudadanía y en el reconocimiento de la vigencia de los Derechos Humanos en la Argentina, promoviendo un cambio de paradigma al reconocer a la personas usuarias de los servicios de salud mental como sujetos de derechos. La consideración del usuario de los servicios de salud mental que pasa de ser un objeto de protección del Estado a ser un sujeto de derecho en una posición de igualdad garantizada por ese mismo Estado, es un hecho transformador.

Propuesta:

El Trabajador Social tiene el compromiso de promover acciones tendientes a desarrollar la capacidad deliberativa de las personas, la reflexión y la autodeterminación.

Con la sanción de la nueva Ley de Salud Mental 26.657, el trabajador social como integrante de los equipos interdisciplinarios de salud, debe aportar desde su saber profesional, a que la misma se cumpla.

En el aporte que realiza el Trabajo Social se busca contribuir, por un lado, a mejorar la calidad de vida de los sujetos con padecimiento mental resignificando el tratamiento terapéutico donde ellos puedan ser protagonistas partícipes del mismo, y por otro lado, a romper con las representaciones sociales que giran del loco y los manicomios.

A continuación se detallan algunas propuestas que, se cree, favorecerán a la aplicación de la Nueva Ley de Salud Mental:

- Realizar talleres, jornadas y encuentros de capacitación para los profesionales de los equipos interdisciplinarios en las diferentes instituciones con el objetivo de poder reconocer los recursos existentes y compartir experiencias, a partir de la difusión de ideas de protección y promoción de todo lo que respecta al ámbito de la

salud mental y los Derechos Humanos. El cambio de paradigma jurídico implica el pasaje de tratar a alguien como objeto, a tratar a alguien como sujeto humano en su integridad.

- La creación de grupos de salidas transitorias formados por pacientes y profesionales, en un reconocimiento al barrio para la futura externación del paciente, en donde el mismo pueda reconocer un lugar de pertenencia, afecto y contención, generando en el resto de la sociedad una conciencia de aceptación e igualdad para con las personas que sufren padecimiento mental.
- Es importante reestablecer los vínculos de las personas que se encuentran internadas; nos parece substancial que las internaciones y tratamientos se hagan en la misma comunidad donde vive la persona, en lo posible, para que no desaparezcan los lazos sociales que los unen a ella. Como así también que un familiar o alguien unido afectivamente, pueda acompañarlo en su traslado y en su tratamiento.

Para concluir, podemos decir que la tarea del trabajador social en el campo de la salud, y como integrante de un equipo interdisciplinario, no es sencilla.

- ✓ Debe enfrentarse, en su tarea diaria, con el reducido recurso económico, material, institucional y humano con el que cuenta para desarrollar su intervención.
- ✓ Debe intentar, día a día, revalorizar el rol profesional muchas veces desvirtuado y desvalorizado por otros profesionales del equipo de salud.

Pero, a la vez, y a pesar de las dificultades antes mencionadas, sabemos que el trabajo social desde el campo de la salud, es un trabajo que permite al profesional liberar su imaginación a la construcción de proyectos y actividades que busquen la superación de las personas con las que trabaja. Puede trabajar con individuos, grupos, o con la comunidad barrial en general.

Es un profesional que puede adaptarse a los diferentes obstáculos con los que se encuentra, logrando trabajar simplemente, (y con todo lo que eso implica), desde la comunicación racional con el otro.

Sabemos que a través de dicho método, podemos lograr la reflexión y la concientización; ambas herramientas fundamentales para poder trabajar desde la prevención.

Esta ley pretende que aquel que está excluido, sea recontextualizado a la sociedad fomentando la creación de nuevos dispositivos alternativos, y aquel que tenga algún padecimiento mental, en el futuro, no sea segregado sino reconocido como persona, como sujeto de derecho, inserto en una sociedad, teniendo en cuenta que para su recuperación necesita de las redes sociales de apoyo, de un entorno afectivo y contenedor, y de leyes y políticas de Estado que acompañen y aseguren su recuperación o tratamiento.

ANEXOS

ANEXO I:

Entrevista a los Profesionales:

- NOMBRE:

 - PROFESIÓN

 - INSTITUCIÓN:

 - FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA:

 - AÑOS EN LA INSTITUCIÓN:
-
1. ¿Tiene conocimiento acerca de la nueva ley de Salud Mental?

 2. ¿Ha recibido capacitación específica relacionada con la Nueva Ley de Salud Mental? ¿En qué modo? ¿Desde lo laboral, desde el colegio o por motivación personal?

 3. ¿Cuenta la institución en la que Ud. se desempeña con equipo interdisciplinario?

4. En cuanto al equipo interdisciplinario: ¿Modificó su quehacer profesional a partir de la Nueva Ley de Salud Mental?; si se modificó: ¿Cuáles fueron esas modificaciones?
5. Desde esta institución: ¿Se realizan talleres o Jornadas con los pacientes u otras actividades tendientes a la capacitación, supervisión, trabajo en equipo, enmarcadas en la Nueva Ley de Salud Mental? ¿podría mencionar algunas de ellas?
6. ¿Considera usted que con los recursos existentes con los que se cuenta en la institución en general es viable la implementación de la ley?
7. ¿Han notado modificaciones a partir de la implementación de la ley en relación con la atención de pacientes? ¿Qué tipo de cambios?
8. ¿Se ha incrementado la participación familiar a partir de la Implementación de la Nueva Salud Mental? ¿A través de la intervención del equipo o por demanda familiar?
9. ¿Trabajan con otras instituciones? ¿Cuáles? ¿Se trabaja de manera articulada o por derivación?

10.¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población que atienden o asisten?

11.¿Qué tipo de Metodología de abordaje se utiliza? ¿Caso, grupo o comunitario?

Entrevista a concurrentes a los Servicios investigados:

1. Género:
2. Edad:
3. ¿Qué estudios posee? ¿Primarios, secundario o terciarios?
4. ¿Tiene conocimiento de que se encuentra en vigencia la Nueva Ley de Salud Mental?
5. ¿Cómo se informó?
6. ¿Ha notado cambios en su atención a partir de ella? (accesos, turnos, dispositivos, etc.)
7. ¿Cómo se compone su grupo familiar?
8. ¿Con qué acompañamiento cuenta? ¿Familiar, institucional, psicofármacos?

ANEXO II:

LEY NACIONAL DE

SALUD MENTAL N° 26657

Año 2011

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Manzur

Secretario de Determinantes de la Salud y

Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario Bustos Villar

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Yago Di Nella

CAPÍTULO I

Derechos y garantías

ARTÍCULO 1º.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º.- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se

consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

CAPÍTULO II

Definición

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

CAPÍTULO III

Ámbito de aplicación

ARTÍCULO 6º.- Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

CAPÍTULO IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTÍCULO 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos

necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.

- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos

comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

CAPÍTULO V

Modalidad de abordaje

ARTÍCULO 8º.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse

que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

CAPÍTULO VI

Del equipo interdisciplinario

ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

CAPÍTULO VII

Internaciones

ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas

excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTÍCULO 16.- Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se

considerará inválido si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación

continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTÍCULO 19.- El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTÍCULO 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTÍCULO 21.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley.

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o.

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTÍCULO 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTÍCULO 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda

exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTÍCULO 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTÍCULO 25.- Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y

adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTÍCULO 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez

competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías, reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

CAPÍTULO VIII

Derivaciones

ARTÍCULO 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si

se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

CAPÍTULO IX

Autoridad de Aplicación

ARTÍCULO 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 33.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para 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. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 34.- La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados

ARTÍCULO 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad

máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 37.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

CAPÍTULO X

Órgano de Revisión

ARTÍCULO 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTÍCULO 39.- El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez.

- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley.
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares.
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación.
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos.
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones.
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

CAPÍTULO XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTÍCULO 41.- El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley.
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades.
- c) Asesoramiento para la creación encada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

CAPÍTULO XII

ARTÍCULO 42.- Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por

evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 43.- Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44.- Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45.- La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

Promulgada por la Presidenta de la Nación Cristina Fernandez de Kirchner el 2 de Diciembre de 2010. Publicada en el boletín oficial Nº 32041 el 3 de Diciembre de 2010

ANEXO III:

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL

La presente Declaración que marca el 40 aniversario de la Federación Mundial de la Salud Mental, fundada el 21 de agosto de 1948, y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, proclamada el 10 de diciembre de 1948, ha sido adoptada por vez primera el 17 de enero de 1989 bajo el nombre de Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales, en el transcurso del 40 Aniversario de la Federación, en Luxor, Egipto. La presente revisión confirma la inquietud de la Federación no sólo por los individuos definidos como enfermos mentales, sino también por aquellos que son vulnerables a la enfermedad o trastorno mental y emocional, o que corren el riesgo de estar expuestos a ella. La Federación considera que los Derechos Humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto. Fue adoptada por el Consejo de Administración de la Federación el 26 de agosto de 1989, con ocasión de su Congreso Mundial Bienal de la Salud Mental, celebrado en Auckland, Nueva Zelanda.

PREÁMBULO

Considerando que el documento fundacional de la Federación Mundial de la Salud Mental de 1948, titulado Salud Mental y Ciudadanía Mundial, establece que la salud mental constituye "una promesa formal, reflexiva y responsable hacia la humanidad considerada como un todo" "basada en el libre consentimiento" y en el "respeto a las diferencias individuales y culturales".

Considerando que los seres humanos designados públicamente o diagnosticados profesionalmente y tratados o ingresados como enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten, según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, "la dignidad inherente" y "los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana" y, según los términos del documento fundacional de la FMSM una "humanidad común" con los otros seres humanos del mundo entero.

Considerando que la Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de bienestar físico, mental, social y moral completo y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia".

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a criterios médicos, psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores

morales, sociales, políticos u otros no será considerada en sí misma como una enfermedad mental; considerando igualmente que, a pesar de todo, aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales.

Considerando que las enfermedades mentales graves no sólo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el odio, sino que también impiden a su familia o a su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados.

Considerando que la FMSM ha suscrito el principio de la participación del usuario o del consumidor en la planificación gestión y funcionamiento de los servicios de salud mental.

Considerando que la FMSM reafirma la existencia de las libertades y derechos fundamentales, expuestas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, así como los instrumentos ulteriores de estos derechos.

Considerando que la FMSM reconoce que la aplicación de estos principios exige tener en cuenta las circunstancias culturales, económicas, históricas, sociales, espirituales y otras de las sociedades específicas, y respetar en

todos los casos los criterios básicos de los derechos humanos, que sobrepasan los límites de los grupos políticos y culturales.

El Consejo de Administración de la FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL, proclama la presente DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL la norma común a todos los pueblos y naciones de la familia humana.

Artículo 1- La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. De acuerdo con la definición de salud de la OMS y con el reconocimiento de la preocupación de la FMSM por su funcionamiento óptimo, los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible.

Artículo 2- La prevención de la enfermedad o del trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental. En este terreno, la formación será difundida tanto entre los profesionales como entre el público en general. Los esfuerzos de prevención deben incluir, igualmente, una atención que sobrepasa los límites del sistema

mismo de asistencia en salud mental y ocuparse de las circunstancias ideales de desarrollo, comenzando por la planificación familiar, la atención prenatal y perinatal, para continuar a lo largo de todo el ciclo de la vida, proporcionando suficientes cuidados generales de salud, posibilidades de educación, de empleo y de seguridad social. Será prioritaria la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.

Artículo 3- La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que lo sufren exige la cooperación entre sistemas de salud, de investigación y de seguridad social, intergubernamentales, gubernamentales y no gubernamentales, así como de las instituciones de enseñanza. Una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua. Incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que pudieran surgir, así como la prestación de servicios directos.

Artículo 4- Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente

enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación políticas, sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la protección de la propiedad privada; el derecho a la protección de los abusos físicos y psico-sociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psico-social apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida y, en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

Artículo 5- Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El

tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psico-social dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital.

Artículo 6- Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva, y también terapéutica, particular, el igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se Incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquéllos que proceden del Estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencia (emigrantes, refugiados), de su edad (recién nacidos, niños, ancianos), de su estatuto de inferioridad (étnica, racial, sexual, socioeconómica), de la pérdida de sus

derechos civiles (soldados, presos) y de su salud. Las crisis de la vida, tales como los duelos, la ruptura de la familia y el paro, exponen igualmente a los Individuos a estos riesgos.

Artículo 7- La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados en la medida de lo posible dentro del contexto de una Infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a las enfermedades mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

Artículo 8- Ningún Estado, grupo o persona puede deducir nada de la presente Declaración que implique derecho alguno a abrazar una confesión o a comprometerse en cualquier actividad que conduzca a la destrucción de ninguno de los derechos o libertades citados previamente.

Bibliografía General:

- AMICO, Lucía del Carmen (2004) “Desmanicomialización: Hacia la transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental” Revista Margen. Edición nº 35.
- ANTÓN, Sofía (2009) “*Determinantes sociales del proceso salud enfermedad*” Ponencia presentada en V Foro Latinoamérica Educa. UNC y UTN (Regional Mendoza) Mendoza, Argentina.
- AON, Lucas; CLAVIÑO DE FREZZA, Adriana; ALDAY, Ma. Angélica. “Juzgados de familia. Un nuevo enfoque de intervención”. Trabajo Presentado en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Buenos Aires 1997.
- ARITO, Sandra (2001) “*Cuestión Social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional*” Boletín Electrónico Surá. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, en <http://www.ts.ucr.ac.cr>
- ARTOLA, Amanda, PIEZZI, Ramón (Compiladores). (2000). “*La familia en la sociedad pluralista*”. Cap. V: “El abordaje psicosocial de la familia” de Carlos Eroles. Editorial Espacio.

- BARG, Liliana (2009) "Las tramas familiares en el campo de lo social" Ed. Espacio. Buenos Aires.
- BARG, Liliana (organizadora) (2006) *"Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad"*. "El rol del Trabajo Social en la salud mental infanto juvenil", de Ricciardi, Celeste; Ojeda, Marcela; Fernández, Adriana; Ed. Espacio. Buenos Aires.
- BECERRA, Rosa Maria; KENNEL, Beatriz Liliana (2008): "Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental" Ed. Espacio
- CARBALLEDA, Alfredo J. M., ** y Otros. (2002). *"Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación"*. Revista Margen. Edición N° 27.
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel (2004) *"La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo"* Revista Margen. Edición nº 35.
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel, DOMINGUEZ, Marisa (1998) *"El impacto de la nueva cuestión social en las emergencias psiquiátricas, un estudio de casos"* Trabajo Presentado en el "Fifth World Congress Psychiatric Emergencies in a Changin World" Bruselas. Revista Margen.

- CARBALLEDA, Alfredo y BARBERENA, Mariano (1998) *“Trabajo Social, Política Social y Salud”* Revista Margen. [Http://www.margen.org/catedras/apunte11](http://www.margen.org/catedras/apunte11).
- CARBALLEDA, Alfredo. (2002) *“La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- CAZZANIGA, Susana. (2007) *“Hilos y Nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”*. Ed. Espacio. 1ª Edición. Facultad de Trabajo Social, Universidad nacional de Entre Ríos. Bs. As. Segunda Parte: Sobre Intervención Profesional en Trabajo Social.
- CORIA, Kuky (2006) *“Interdisciplinariedad: ¿incertidumbre conceptual?”* En <http://www.sai.com.ar>. Buenos Aires.
- DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL. Año 1989.
- DI CARLO, E. y Equipo EIEM, *“La Comprensión como fundamento de la intervención profesional”*. Editoria Humanitas, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995. Página 62
- ECO, Humberto (1998) *“Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura”* Ed. Gedisa. Barcelona.

- EROLES, C. "Los Derechos Humanos. Compromiso ético del Trabajo Social".
Pag, 120. Ed. Espacio. Buenos Aires, 1996
- FITUSSI, Jean P, ROSANVALLON, Pierre. (1997) *"La nueva era de las desigualdades"* Edit. Manatíal. Bs. As.
- FOUCAULT, Michael (1990) *"Historia de la locura en la época clásica"* Fondo de cultura económica. México.
- GRASSI, Estela. "La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social." Pág. 32
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto. (1994) *"Metodología de la Investigación"* Mc. Graw-Hill. Colombia.
- <http://www.oms.org> (2009). Junio, 24.
- <http://www.wikipedia.com>. (2009). Julio, 11.
- ISUANI, Aldo (2002) *"Pensando las políticas sociales a la luz de la nueva cuestión social"* en "Estrategias de articulación de políticas sociales" Asociación Argentina de Políticas Sociales Ediciones. Buenos Aires.
- KISNERMAN, Natalio (1998) *"Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el Construccionismo"* Ed. Lumen, Buenos Aires.
- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657. Año 2011.

- MENDICOA, Gloria Edel (2003) *"Sobre tesis y tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje"*. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- NACIONES UNIDAS: III Estudio Internacional sobre Formación para el Servicio Social, 1958. Citado en ANDER EGG E., ¿Qué es el Trabajo Social? Ed. Humanitas. Bs. As. 1984
- NETTO, José P., y Otros (2002) *"Nuevos escenarios y práctica profesional"*. "Los proyectos socio profesionales en el Trabajo Social argentino. Un recorrido histórico" Parra, Gustavo. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- PARISÍ, Alberto. (1993). *"Paradigmas teóricos e Intervención Profesional. En torno"*
- ROZAS PAGAZA, Margarita (1998) *"Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social"*. Espacio Editorial. Pag.45.