



Algunos desafíos emergentes y urgentes de la política social de salud mental en la provincia de San Luis (Argentina), y su imbricación con los derechos humanos

Emerging and Urgent Challenges in Mental Health Social Policy in San Luis Province (Argentina), and Its Interrelation with Human Rights

Fabiana Soledad Palacios

fabisopa@gmail.com

Docente Facultad de Ciencias Económicas Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional de San Luis (FCEJS-UNSL) en la cátedra: Planificación y Evaluación para la práctica del Acompañante Terapéutico (Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico). Licenciada en Trabajo Social, (FCEJS) diplomada en Abordajes socio jurídicos de la Salud Mental (AASM), diplomada en Salud Mental Comunitaria (UNC y UNLA). Residente de RISaM -C. Pasante graduada en el Proyecto de Investigación Promocionado "Derechos humanos y sectores en situación de vulnerabilidad social"

88

Virginia Carolina Vilchez Ranieri

vcvilchez@gmail.com

Docente -Investigadora -Extensionista de la Facultad de Ciencias Económicas Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional de San Luis (FCEJS-UNSL). Magister en Sociedad e Instituciones (UNSL). Licenciada en Trabajo Social. (UNSL). Docente responsable de las siguientes cátedras: Sociología (Martillero y Corredor Público); Nociones de Sociología (Abogacía); Política Social (Licenciatura en Trabajo Social). Directora del Proyecto de

Investigación Promocionado "Derechos humanos y sectores en situación de vulnerabilidad social". Co-directora del Proyecto de extensión universitaria "Derechos humanos y acceso a la justicia de sectores en situación de vulnerabilidad social".

Resumen

En los últimos años, a nivel mundial y en Argentina, se ha incrementado la cantidad de personas que sufren padecimientos mentales. Cifra que ha aumentado tras la pandemia del COVID-19.

Los problemas vinculados a la salud mental, requieren de los aportes de las ciencias sociales, toda vez que otorga una comprensión integral y analiza la imbricación entre lo social, cultural, político e histórico en la construcción de la salud y los padecimientos mentales.

Existen múltiples causas que pueden influir en el detrimento de la salud mental, lo que da cuenta de un fenómeno complejo que requiere un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, que tenga como eje el paradigma de los derechos humanos. Esto implica un cambio de mirada y desafíos a concretar en Argentina con la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el 2010, la cual otorga las bases para poner en marcha políticas públicas y sociales vinculadas a la salud mental.

En tal sentido, en este artículo se pretende aportar a los estudios vinculados a los derechos y las políticas sociales de salud mental. El objetivo es analizar los factores positivos y negativos de la política social de salud mental en la provincia de San Luis, Argentina, en relación a los derechos humanos, y asimismo, poder plantear desafíos emergentes y urgentes en este campo.

Palabras clave: Salud mental; derechos humanos; paradigma comunitario; interdisciplina; integralidad.

Abstract

In recent years, there has been a global surge in the prevalence of mental health conditions, a trend exacerbated by the COVID-19 pandemic. The complexities of mental health issues necessitate a comprehensive approach that incorporates the social sciences, allowing for a holistic understanding of the social, cultural, political, and historical factors intertwined with mental health.

Multiple factors contribute to the deterioration of mental health, highlighting the need for an integrated, interdisciplinary, and intersectoral approach grounded in human rights principles. In Argentina, the National Mental Health Law No. 26.657, enacted in 2010, provides a framework for implementing public policies that prioritize mental health.

This article aims to contribute to the body of research on mental health rights and social policies. By examining the positive and negative aspects of mental health social policy in San Luis Province, Argentina, in relation to human rights, we seek to identify emerging and urgent challenges in this field.

Keyword: Mental health; Human rights; Community paradigm; Interdisciplinarity; Integrality

Introducción

Los padecimientos mentales han aumentado en los últimos años a nivel mundial, y la Argentina no es la excepción. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) más de 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de padecimiento mental, y se espera que esta cifra continúe incrementando en los próximos años.

Existen múltiples causas que pueden influir en el detrimento de la salud mental, lo que da cuenta de un fenómeno complejo, que requiere un abordaje

integral, interdisciplinario e intersectorial, y cuya solución no puede prescindir del aporte de las ciencias sociales y los derechos humanos.

Básicamente, existen dos grandes paradigmas diferenciables en el campo de la salud mental, uno asilar-tutelar con una lógica manicomial o de encierro; otro, interdisciplinario con una perspectiva de derechos humanos. Este último, implica un cambio de mirada y desafíos a concretar en Argentina con la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el 2010, la cual otorga las bases para poner en marcha políticas públicas y sociales vinculadas a la salud mental.

Desde la lógica interdisciplinaria e integral, el compromiso por la salud mental debe ser asumido por múltiples actores sociales, en defensa de los derechos humanos, principalmente en momentos en que las personas con padecimientos mentales pueden ser más propensas a la vulneración de sus derechos.

Es por lo antes dicho que en este artículo se pretende aportar a los estudios que resaltan la importancia de los derechos humanos en las políticas públicas en general, y en las políticas sociales en particular. Específicamente, interesa contribuir al vínculo necesario entre los derechos y las políticas sociales vinculadas a la salud mental, lo cual implica un desafío toda vez que se pretenda superar la mera retórica de los derechos para su efectiva concreción en las prácticas sociales.

En Argentina, con la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental, los desafíos se perfilan en torno al acceso a la salud mental integral en acatamiento de los derechos humanos. No obstante, se denotan varios obstáculos como por ejemplo: el desconocimiento, la influencia de ideas del paradigma asilar de encierro, las circunstancias históricas, sociales, económicas y culturales que determinan un modo de hacer y de pensar, o bien, la falta de adhesión a esa Ley por parte de algunas provincias, tal es el caso de la provincia de San Luis.

El federalismo en Argentina permite que cada provincia adhiera o no a leyes nacionales. En el caso de la provincia de San Luis, que no adhiere a la Ley Nacional de Salud Mental, tiene su propio modelo de desinstitucionalización o desmanicomialización. La Ley I-536/2006, en la provincia de San Luis, prohíbe la internación de enfermos mentales en instituciones de carácter público o privado en todo el territorio.

En la provincia de San Luis, a varios años del modelo de desinstitucionalización, existen diversas críticas. Una de ellas refiere a desigualdades en la accesibilidad entre la capital y el interior de la provincia. Otra, se vincula a la sensación de abandono del Estado frente a la problemática de salud mental. Ello se suma a la no adhesión de la Ley Nacional de Salud Mental, lo que demanda la necesidad de realizar varias modificaciones; tal como un mayor compromiso del Estado para no dejar esta problemática replegada a lo familiar y privado. Si bien, se observan avances favorables, aún es necesario reforzar un abordaje comunitario, a fin de evitar la fragmentación en tratamientos de la salud mental.

Por lo antes dicho, en este artículo el objetivo planteado es analizar algunos factores positivos y negativos de la política social de salud mental en la provincia de San Luis, Argentina, en relación a los derechos humanos. Asimismo, la propuesta es poder plantear desafíos emergentes y urgentes en este campo.

Algunos determinantes del actual contexto social, económico, político y cultural que influyen en la salud mental

Las sociedades transitan en la modernidad por transformaciones y cambios permanentes que conllevan sentimientos de incertidumbre, confusión, y muchas veces pérdida de sentidos y objetivos. El sociólogo Emile Durkheim (1928) explica estos cambios sociales en relación a un proceso social que denomina anomia. Se trata de una falta de dirección que suele aparecer en

épocas de revolución social; en las personas se corresponde con un desconcierto o inseguridad, o lo que se suele definir como alienación, o pérdida de identidad.

La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, y los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Cada persona o grupo busca su camino, sin un orden que los conecte con los demás, esto es frecuente en las comunidades y en los tiempos donde los valores y las normas pierden fuerza de dirección (Durkheim, 1928).

Se podría decir que se vive en tiempos de confusión e incertidumbre, que impacta en la salud de las personas, y específicamente, en el campo de la salud mental. Este impacto, es reflejado en la epidemiología como enfermedades no transmisibles, que a su vez pone de relieve la importancia de abordar la salud mental desde una perspectiva integral, intersectorial e interdisciplinaria. Esta misma importancia debe otorgarse al favorecimiento de la salud mental, porque a diferencia de otras enfermedades, no existen vacunas para prevenirla, de manera que si bien no hay contagio por agentes patógenos, el incremento de padecimientos mentales ha ido en aumento por diversos determinantes sociales, culturales, y no solamente biológicos.

Existen múltiples posibles causas que intervienen en el aumento de enfermedades mentales, una de ellas ha sido, la situación vivida durante el periodo de aislamiento o cuarentena por la pandemia del COVID-19, la cual ha implicado una crisis sin precedentes que conlleva una carga psicosocial inusitada para la ciudadanía (López y Serrano, 2021). Diversos estudios han revelado que la ausencia de comunicación interpersonal incrementa los diagnósticos de ansiedad, depresión, indignación, estrés, consumos problemáticos, entre otros (Huarcaya, 2020). Estos padecimientos desafían la salud mental en articulación con las políticas de salud pública desde la concepción de los derechos humanos.

En Argentina, al igual que otros países, la pandemia del COVID-19 ha marcado un antes y un después, se ha podido observar un incremento de desigualdades sociales y económicas. Además, hubo un importante aumento del estrés causado por el aislamiento social resultante de la pandemia, vinculado a la imposibilidad de las personas para trabajar, buscar apoyo de sus seres queridos y participar en sus comunidades.

Es así que la soledad relacional, el miedo al contagio, el sufrimiento, la muerte y las preocupaciones financieras también se han citado como factores estresantes que provocan ansiedad y depresión. Además, el agotamiento de los trabajadores de la salud, no se condice con las políticas de cuidado, de cuidar a quienes cuidan.

Muchos pueden ser los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud mental. Por ello, también deben considerarse las cuestiones relacionadas al género, desde una perspectiva de derechos humanos. Las mujeres poseen mayor riesgo de padecer trastornos mentales dadas las situaciones sociales que viven y los numerosos roles que desempeñan (esposas, madres, educadoras, trabajadoras, cuidadoras de otras personas, etc.)

Se entiende al padecimiento mental como una construcción social, cultural e histórica, por ejemplo: la homosexualidad fue considerada una enfermedad mental hasta 1970 (Rosemberg, 1992 citado en Ordorika, 2009). Los factores sociales y las condiciones de vida afectan la salud de las personas. En este sentido, vale considerar la situación específica de las mujeres que han vivido históricamente dominación y opresión, caracterizada por la asimetría de poder entre hombres y mujeres. Además, muchas veces la psiquiatría y la psicofarmacología han coadyuvado al control de las mujeres (Busfield, 2001 citado en Ordorika, 2009).

Existe un sexismo institucionalizado en las definiciones sociales de los padecimientos mentales que patologizan con mayor facilidad el

comportamiento de las mujeres que el de los varones. El concepto de padecimiento mental está lleno de representaciones sociales misóginas y estereotipadas que reproducen la visión de las mujeres como emocionales y pasivas, y los hombres como autónomos y racionales (Ordorika, 2009).

En este contexto, ¿cómo repercute en la salud mental de las personas? Frente a este panorama de permanentes cambios, a nivel político, económico, cultural, tecnológico, con una sociedad cada vez más consumista, líquida, estereotipada y patriarcal muchas soluciones se alinean a una medicalización de la vida cotidiana, por lo que hablar de la salud mental (y no de enfermedad) es un desafío en estos tiempos.

El autor Josep Burgaya (2023) se refiere a que en tiempos de confusión como los actuales no se favorece a la salud, sin embargo existe la posibilidad de pensar en retomar lo comunitario. Se trata de un gran desafío frente al individualismo vigente, lo comunitario en pos de una universalidad de derechos, real y no una mera argumentación retórica, sobre todo para aquellos que dada su vulnerabilidad no tienen un pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía.

Erradicación del modelo médico hegemónico y el tránsito hacia un modelo comunitario

Pensar las formas en que se aborda la salud mental, implica reflexionar sobre los paradigmas históricos y vigentes. Desde lo médico, asilar y manicomial hacia un modelo basado en los derechos humanos. Es decir, es necesario avanzar hacia una salud integral, con base en participación comunitaria y con enfoque de derechos (Stolkiner, 2023).

Un modelo significa hacer una determinada abstracción de la realidad que uno analiza; tomar de esa realidad los rasgos más salientes, como dominantes, de manera de encontrar una cierta racionalidad en la dinámica de esa realidad. Así, en el modelo médico hegemónico, se delimitan como

rasgos, lo individual, biológico, tecnocrático, iatrogénico y medicalizante (Belmartino, 1988).

Se considera de suma importancia comprender que cada sociedad produce y construye diversas concepciones de salud-enfermedad, en las que se plasma lo que cada cultura considera lo humano, lo natural, lo sobrenatural, lo sano, lo insano, etc. Hablar de lo hegemónico implica historizar como el proceso de colonización europeo "occidental", el nacimiento del capitalismo y la modernidad, determinan una cultura, saberes y distintas prácticas de cuidados en las realidades latinoamericanas.

El modelo médico hegemónico parte de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, y no considera al individuo como ser integral. De esta concepción se deriva la necesidad de una excesiva especialización, una fragmentación del objeto de conocimiento y del ser humano. Implica una negación de los factores sociales que influyen más allá de lo biológico e incluso de lo psicológico.

Otro rasgo es lo tecnocrático, parte de una concepción de lo científico y lo técnico, como proceso que conduce inexorablemente al bienestar del hombre. Se conceptualiza lo técnico como neutro, y se olvida que en muchos casos existen contradicciones en la aplicación de procesos técnicos en determinadas condiciones sociales. En este carácter tecnocrático surge la configuración de un monopolio del saber, que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico, de esa manera se establece una especie de decisión en el que sabe, quien está en condiciones de resolver los problemas de sus pacientes que no saben y deben someterse a la voluntad del médico, sin tener ninguna posibilidad de apropiarse, ni siquiera de una parte de ese conocimiento. Esta superioridad del médico sobre el paciente basada en saber configura una relación médico-paciente, en la que el paciente está en una situación de sometimiento y subordinación. El paciente se constituye como dependiente y subordinado al médico.

Estas contradicciones y el uso de las técnicas, como valor absoluto supremo, conlleva a sostener que este modelo médico hegemónico es iatrogénico, porque alinea al individuo del conocimiento de las causas, y de los procesos sociales asociados con sus procesos de salud enfermedad; convierte al individuo en un ser sometido al veredicto técnico de un grupo de personas que monopolizan un saber, le niega al individuo y los grupos sociales la posibilidad de controlar sus condiciones de salud-enfermedad.

Desde hace años, el modelo médico hegemónico caracterizado como saber hegemónico del conocimiento científico, con fuerte tradición de medicamentación y mercantilización de la salud, sigue en el imaginario social vigente, al pensarse que la salud mental puede ser únicamente asistida desde el abordaje de la psiquiatría, o en su defecto desde la psicología, negándose la posibilidad de abordaje de otros saberes disciplinares, tales como: del Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Musicoterapeuta, Acompañantes Terapéuticos, entre otras profesiones que pueden aportar con sus saberes a favor de un trabajo interdisciplinario.

El pasaje del modelo médico hegemónico, hacia el modelo comunitario, implica comprender una evolución de paradigmas. En tal sentido, Enrique Safocarda (1985) habla de tres paradigmas de salud: tradicional, salud colectiva y comunitaria, los cuales se diferencian en su enfoque, objetivos y maneras de abordar la salud y la enfermedad.

El paradigma de salud tradicional (biomédico o hegemónico), se centra en la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento individual, basándose en la biomedicina. Su enfoque es principalmente curativo y clínico, donde predomina un saber tecnocéntrico y especializado, aquí los profesionales de la salud tienen un rol predominante y los factores sociales, culturales y ambientales son secundarios.

En tanto, el paradigma de salud colectiva amplía el enfoque al considerar no solo la enfermedad, sino también los determinantes sociales, económicos y

políticos de la salud. Analiza cómo las estructuras sociales afectan la salud de las poblaciones. Busca mejorar la salud de la población a través de políticas públicas, intervenciones sociales y cambios estructurales que aborden las desigualdades en salud. Es un enfoque interdisciplinario y crítico que incorpora elementos de sociología, epidemiología, economía y política, además de la medicina. Se enfoca en la prevención y la promoción de la salud impulsando, desde las instituciones y políticas públicas, la participación de la comunidad.

El paradigma de salud comunitaria, es la contraposición del paradigma tradicional, porque la salud es vista como un fenómeno colectivo y se prioriza la participación activa de la comunidad en la prevención, el cuidado y la promoción de la salud. El objetivo es mejorar la salud colectiva mediante la movilización y organización de la comunidad, abordando tanto los determinantes sociales de la salud como la equidad en el acceso a servicios. Este paradigma es profundamente participativo, centrado en la comunidad, que colabora en el diagnóstico, planificación e implementación de estrategias de salud. La comunidad es consultada y además tiene un rol activo en todas las etapas del proceso de salud. Este enfoque promueve el empoderamiento comunitario y la autogestión en salud (Safocarda, 1985).

Ley Nacional de Salud Mental en Argentina y los derechos humanos

La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) está basada sobre principios de tratados internacionales de protección de derechos humanos, fundamentados en la convención de Derechos de Personas con Discapacidad, la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia (Art. 2, LNSM).

Por un lado, la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad incluye a las personas con padecimientos mentales y define el modelo social de discapacidad que obedece a causas sociales y no a razones biológicas o

médicas. Es decir, constituye un paradigma basado en la autonomía y dignidad de las personas, que al interactuar con diversas barreras pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad.

Por otro lado, la Declaración de Caracas ha impulsado medidas y postulados para la protección de derechos humanos de las personas con sufrimiento mental, además destaca la importancia de revisar el papel hegemónico del hospital psiquiátrico y la instauración de un modelo de salud mental comunitaria en la región.

Finalmente, en los Principios de Brasilia se insiste sobre el papel central de la protección y respeto a los derechos de las personas con sufrimiento psíquico, a la vez se remarca la importancia de las redes comunitarias de atención de salud mental (Stolkiner, 2023).

Por estas razones, la Ley Nacional de Salud Mental se enmarca en el paradigma de salud comunitaria porque instala la comprensión de la salud mental como un proceso determinado socialmente, propone transformar la atención desde el hospital psiquiátrico hacia los centros de atención primaria, propiciando un corrimiento de la psiquiatría hacia lo interdisciplinario e intersectorial.

Algunos de los ejes conceptuales fundamentales de la Ley Nacional de Salud Mental son:

En primer lugar, la definición de salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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 las personas.

En segundo lugar, el uso del diagnóstico no implica incapacidad alguna, no puede basarse en la pertenencia de un estrato socioeconómico, político, grupo racial, cultural o religioso y tampoco se puede hacer por la demanda

de los familiares o por la mera existencia antecedentes de internaciones, entre otros factores.

Asimismo, el padecimiento mental y sus modalidades de abordaje no utilizan la categoría enfermedad mental, sino la de padecimiento mental. Es decir, propone una consideración amplia del sufrimiento cíclico, atendiendo las dimensiones subjetivas del mismo y no meramente la presencia de signos y síntomas. Además, se refuerza como modalidad de abordaje la interdisciplina, mediante equipos que incluyan no solo profesionales psicología y/o psiquiatría, sino también de trabajo social, acompañamiento terapéutico, etcétera.

En este sentido, las personas con padecimiento mental son consideradas sujetos de derecho, tienen derecho a estar acompañadas durante las internaciones, a tomar decisiones sobre su tratamiento, acceder a la historia clínica, recibir información adecuada, recibir compensación por su tarea y, a no ser sometidas a trabajos forzados (Art. 7, LNSM). Para esto se vuelve fundamental que sean informadas adecuadamente sobre las implicancias de los tratamientos y las posibles alternativas. Asimismo, tienen derecho a la vida en comunidad, a participar en la sociedad y en la política en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

En cuanto a las internaciones en salud mental, contrariamente a los mitos que circulan sobre ellas, la Ley Nacional de Salud Mental permite que las internaciones sean decisión del equipo interdisciplinario de salud mental y no de un juez. Se trata de un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que se lleva a cabo cuando aporta mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones y siempre promoviendo el mantenimiento de vínculos comunitarios y familiares (Art. 14, LNSM). La evaluación del equipo de salud debe ser efectuada al menos por dos profesionales de la salud mental y al menos uno de ellos debe ser psicólogo o médico psiquiatra. En el caso de que se concluya que existe riesgo cierto inminente se puede proceder a internación involuntaria.

Además, se promueve el modelo comunitario de atención en salud mental, solo cuando las crisis lo ameriten deben atenderse bajo una modalidad de internación en hospitales generales con servicios adecuados. Como así también se establece que deben generar las medidas y recursos necesarios para dar soporte a la comunidad y a las personas con padecimientos psíquicos, ya que su permanencia en servicios de internación no puede ser por carencias sociales o económicas. Razón por la cual, se necesita la creación de servicios y dispositivos asistenciales con base en la comunidad, en los que se puedan garantizar derechos sociales básicos, ejemplo: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, etc.

Cabe aclarar, el decreto reglamentario 603/2013 (LNSM), establece el año 2020 como fecha para que los hospitales psiquiátricos dejen de existir como tales, debiendo sustituirse por los dispositivos comunitarios.

Finalmente, se incorporan las adicciones y consumos problemáticos como parte de la salud mental, retirándolas del ámbito penal y de la seguridad para abordarlas de manera integral.

101

Todo esto, lleva a pensar en la relación intrínseca entre derechos humanos y políticas sociales, ya que se considera que éstas son el instrumento fundamental para garantizar la realización efectiva de los derechos sociales en una sociedad. Por esta razón, desde el año 2022, está en marcha a nivel nacional la "Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental"¹⁵ del Ministerio de Salud de la Nación, a fin de implementar y articular políticas públicas destinadas al cuidado y atención de la Salud Mental de la población, mediante la revalorización y ampliación de la oferta de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria (RISaM-C), como una de las

¹⁵ <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental> (consultado el 1/9/2004)

políticas sociales en materia de salud, que propicia la especialización de profesionales en medicina, psicología, enfermería, trabajo social, musicoterapia y terapia ocupacional, que en el trayecto de formación de postgrado se capacita con perfil comunitario. Esta estrategia responde a la necesidad de avanzar en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, dado que el escenario epidemiológico a nivel global ha dado cuenta de la escasez del talento humano formado en salud mental para la asistencia de personas, familias, grupos y comunidades en los diferentes niveles de atención del sistema sanitario.¹⁶

Aquí toma importancia la acción de defender la Ley de Salud Mental, no solo por su afinidad con los derechos humanos, sino porque en el debate o crítica no es hacia la ley, sino hacia su falta de aplicación en varias provincias argentinas.

Política social y derechos en el campo de la salud mental en la provincia de San Luis. La desinstitucionalización como modelo

102

Antes de hacer referencia al tema de la desinstitucionalización en la provincia de San Luis, es necesario realizar un preámbulo respecto del federalismo como forma de gobierno adoptado por Argentina. La Constitución Nacional Argentina en su primer artículo sostiene que la Nación Argentina adopta para su gobierno la forma representativa, republicana y federal; este último reconoce la descentralización del gobierno nacional en sus respectivas provincias y municipios (Castorina de Tarquini, 2007). Asimismo, luego de la reforma de 1994 se establece que cada provincia redacta su propia constitución, reconociendo una variada forma de descentralización y autonomía entre las diferentes provincias y municipios. De esta manera, el

¹⁶ <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/03-2023-programa-modelo-risam.pdf> (consultado el 1/9/2004)

federalismo implica que aunque existan leyes nacionales no necesariamente las provincias tienen que adherir, tal es el caso de la Ley Nacional de Salud Mental.

En cuanto a la salud mental, en la provincia de San Luis desde 1993 se inicia el proceso de desinstitucionalización, que se consolida en el año 2006 con la aprobación de la Ley I- 0536/06 de Desinstitucionalización. Con esta Ley se prohíbe la internación de los niños, niñas y adolescentes, ancianos y/o personas con capacidades diferentes en instituciones de carácter público en todo el territorio provincial (Art. 1, Ley I- 0536/06), y además, prohíbe la institucionalización de enfermos mentales en instituciones de carácter público o privado en todo el territorio de la provincia de San Luis (Art. 3, Ley I- 0536/06).

Otro aspecto importante de esta Ley es que el Estado Provincial garantiza la asistencia médica a los enfermos mentales que se traten en la provincia, basándose en los principios académicos, sanitarios y profesionales inspirados en la Carta Magna y en los Derechos Humanos, ya que considera la enfermedad mental como un episodio y no como un estado; garantizar que todo individuo tiene derecho a la vida; a la libertad y a la seguridad de su persona; asegurar igual protección contra toda discriminación y contra toda provocación a tal discriminación, que infrinjan los Derechos Humanos; y que ningún enfermo mental será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación, ni ser privado arbitrariamente de su propiedad; también se considera que los pacientes son capaces de tomar sus decisiones salvo prueba contraria. En cuanto la incapacidad para ejercer determinada conducta no significa la incapacidad de ejercer su autodeterminación con respecto a otras conductas; se preserva la dignidad del paciente; se tienen en cuenta técnicas que ayuden a las personas a reducir el efecto de los trastornos mentales y mejorar la calidad de vida; además dispone que una admisión o retención compulsiva debe hacerse inicialmente por un corto

período, y solamente si un profesional basado en conocimiento médico actualizado científicamente determina que hay por causa de dicha enfermedad una seria probabilidad de daño inmediato inminente para esa persona o para terceros. (Art. 5, Ley I-0536/06).

Por lo tanto, toda internación es posible pero solo de forma excepcional, determinando tiempo, alcances y objetivos terapéuticos sin medios coercitivos que violen los Derechos Humanos de pacientes, familiares o trabajadores de la salud y determinados exclusivamente por la gravedad de la crisis psiquiátrica y/o psicológica (Art. 6, Ley I- 0536/06).

En el mismo sentido y lógica de desinstitucionalización, desde el 2004 en la provincia de San Luis rige la Ley "Familias Solidarias. Registro" N° IV-0093-2004, que fué derogada en el año 2013 por la Ley "Sistema de Familia Solidaria" N° IV-0871-2013. Esta Ley ha sido pensada como una herramienta de protección integral de niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de vulnerabilidad, riesgo social y/o abandono, procurando por todos los medios que constatada dicha situación queden a cargo de algún miembro de su familia extensa y solo cuando esto no fuera posible se prevea su acogimiento en una familia que los contenga. Con esta Ley se constituye también la posibilidad de dar acogida dentro del sistema de familia solidaria a pacientes con patologías en la salud mental.

Este modelo de Desinstitucionalización y Familia Solidaria forman parte de las políticas públicas en general, y políticas sociales en particular que se implementan en la provincia. Específicamente una política social, es definida como "aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, es decir, al desarrollo de servicios y prestaciones que intentan paliar determinados problemas sociales o, de una forma más modesta, perseguir objetivos que generalmente son percibidos como respuesta a tales problemas". (Montagut, 2014, p. 7). Una política social implica, por un lado, la cobertura de las necesidades y por el otro su contribución a la reducción

de las tensiones sociales, es por ello que es preciso considerarla como “un sistema de protección con una variedad de objetivos, algunos en armonía y otros en conflicto entre sí”. (Montagut, 2014, p. 9).

Es importante que toda política social, tal como Familia Solidaria y el modelo de Desinstitucionalización en la provincia, continuamente sea revisado para modificar y reinventar las acciones a los fines de promover la efectiva protección de derechos, de las infancias y/o de las personas con padecimientos en su salud mental.

Factores positivos y negativos en cuanto a los derechos humanos referidos a la salud mental en la Provincia de San Luis

En relación a los derechos humanos referidos a la salud mental en la provincia de San Luis, se analizan algunos factores positivos y negativos, los cuales se han agrupado en tres temáticas distintas: en relación a la desinstitucionalización, a las familias solidarias, y la Ley Nacional de Salud Mental.

En relación a la desinstitucionalización, un factor positivo en San Luis es que ésta se vincula con los derechos de las personas con padecimiento mental, hecho histórico que marca un precedente en materia de derechos en Argentina. La desinstitucionalización como proceso de transformación institucional permite el cambio de denominación de Hospital Psiquiátrico a Hospital Escuela de Salud Mental y luego Hospital de Salud Mental, lo cual produce un cambio en el modelo de atención centrado en el respeto a los derechos humanos.

Desde un breve recorrido histórico, se realiza la externación de 102 personas que habían sido depositadas en el Hospital Psiquiátrico, con un promedio de 7 años y medio de estadía, lográndose la reinserción social de estos pacientes. Además se crean los primeros dispositivos grupales como el Grupo Institucional de Alcoholismo (Gia) y se instalan los espacios institucionales de

la revista de sala con abordaje interdisciplinario, la asamblea como participación democrática que incluye profesionales, no profesionales, pacientes y familiares. (Pellegrini, 2011).

Un factor negativo en relación a la desinstitucionalización es que este espíritu de transformación queda anclado entre el paradigma médico hegemónico y el modelo basado en los derechos humanos. Esta afirmación es porque la ley de desinstitucionalización en su contenido es deficitaria en relación a la actual ley Nacional de Salud mental, la cual se encuentra más en vanguardia en relación a los derechos humanos.

En este sentido, otro factor negativo, es que este proceso de desinstitucionalización no ha sido sostenido con otros tipos de dispositivos que amplíen lo grupal hacia lo comunitario; esto implica salir de la centralidad y especialidad de un hospital monovalente hacia la asistencia de los Centros de Atención Primaria; considerando que la demanda de atención es creciente por dos cuestiones, la primera es que el sistema de salud comprendido por el subsistema privado y de obras sociales no logran dar respuestas, ya sea por precios elevados o por falta de cobertura en las prestaciones, lo cual recae en la salud pública, y la segunda porque las condiciones de vida entendidas como determinantes sociales de la salud incrementan o lo agudizan los padecimientos mentales.

En relación a las familias solidarias, lo positivo es que reemplazan los institutos y las internaciones, constituye un satisfactor sinérgico que busca satisfacer varias necesidades a la vez, dando un entorno acogedor y familiar, siendo un recurso que facilita el proceso de externación o de regreso a casa.

Por otro lado, el factor negativo del sistema de familias solidarias es que existe un número limitado de familias inscriptas y disponibles. Además, su postulación al sistema se vuelve más difícil porque el componente principal es el principio solidario, más que la ayuda económica, lo cual no sería suficiente motivación para afrontar la responsabilidad que conlleva incorporar

un integrante más a la familia, sumado a la existencia de discursos o prejuicios basados en idea de “peligrosidad” de las personas con padecimientos mentales.

Por último, en relación a la Ley Nacional de Salud Mental, el factor positivo es que si bien San Luis no adhiere a esta Ley, en la actualidad se está buscando implementar diversas políticas sociales en materia de salud mental, entre las cuales se destaca: la creación de una Red Provincial de Salud Mental para integrar y coordinar servicios de salud mental, garantizando que el apoyo esté disponible de manera equitativa y accesible para todos los habitantes, independientemente de su ubicación geográfica.

No obstante, el factor negativo es que la no adherencia a la Ley Nacional de Salud Mental se traduce en la existencia de un único establecimiento monovalente, situado en la capital de la provincia que pone en desventaja a las localidades del interior, produciendo dificultad en la accesibilidad de los usuarios del sistema y sus referentes afectivos. Por otro lado, está no adhesión, expone el grado de compromiso desde el Estado provincial y nacional, con la asignación de presupuestos a destinar en la creación de dispositivos intermedios, como casas de medio camino, programas de inserción laboral y/o dispositivos comunitarios de escucha activa.

Todo lo positivo que se generó con la transformación institucional, se vio cuestionado por estas situaciones, que ponen en riesgo la continuidad de la desinstitucionalización. Por ello, es necesario hablar de cambios y modificaciones que comprendan las limitaciones en cuanto al acceso a la salud mental, e impulsar iniciativas que involucren estrategias de atención con los Centros de Atención Primaria de la Salud, con participación comunitaria, y la decisión de articulación en red con localidades del interior, otros actores sociales, incluyendo el sector privado.

Conclusiones: algunos desafíos necesarios en torno a la salud mental y los derechos

En este artículo el objetivo planteado ha sido analizar los factores positivos y negativos de la política social de salud mental en la provincia de San Luis, en relación a los derechos humanos, de lo cual se ha podido visibilizar que si bien se denotan avances, aún es necesario consolidar la efectiva accesibilidad de los derechos humanos en materia de salud mental.

Asimismo, en conocimiento de los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales que pueden incidir negativamente en la salud mental de la población, surge la necesidad de un abordaje comunitario e interdisciplinario, para ello se debe reflexionar sobre algunos desafíos emergentes y urgentes en este campo.

Un desafío implica hablar de salud mental y no hablar de enfermedad, lo cual conlleva no solo trabajar en la emergencia de la asistencia, sino también poder incorporar tratamientos preventivos que hacen a la vida saludable y a la salud mental.

Otro desafío se vincula con abordajes comunitarios, es decir con intervenciones que abarquen más allá del tratamiento clínico de casos individuales. Desde una visión crítica de comunidad, se reconoce el espacio poblacional como heterogéneo, con distintos saberes, intereses, conflictos y relaciones de poder que se ponen en juego. Lo cual implica tomar el concepto de redes institucionales y comunitarias, entendidas como la trama de vínculos entre sujetos sociales, que asumen la heterogeneidad organizada. (Rovere, 1999).

También surge como desafío, la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, claves para garantizar un abordaje integral de la salud mental, en ambos se reconoce que la salud mental está influenciada por diversos factores y requiere el esfuerzo conjunto de profesionales y sectores para abordar los problemas de manera efectiva. En la interdisciplina se requiere de

participación y colaboración de diferentes profesiones en el cuidado de la salud, en la conformación de equipos que se integren en busca de un objetivo compartido, articulando saberes y prácticas para construir dispositivos interdisciplinarios. En tanto que la intersectorialidad reconoce que los factores que afectan la salud mental no son únicamente médicos, sino que también incluyen determinantes sociales como la pobreza, la educación y el acceso a derechos.

En consecuencia, también se considera un desafío concebir la salud mental como proceso cuyos determinantes sociales así lo facilitan. Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, para pensar desde la determinación social de la salud, incorporando aquellos factores de riesgo social y con ello generar estrategias de intervención con políticas públicas, que de manera transversal pueda abordar respuestas y soluciones a complejas situaciones, tales como desempleo, problemas habitacionales, de educación, seguridad, infraestructura, transporte, entre otros.

Finalmente, se reflexiona que otro desafío implicaría cambiar las concepciones sociales y culturales vigentes acerca de la salud mental que existen en la sociedad sobre de género, atravesadas por representaciones misógina y machista, que ponen en situación de desventaja a las mujeres y a las disidencias sexuales en la calidad y accesibilidad a la salud como derecho. A su vez, lograr una mayor promoción de Derechos Humanos vinculado a los padecimientos mentales, no sólo como interés de sectores particularmente afectados con padecimientos mentales o sus redes socio afectivas, sino también de interés social mediante la difusión y participación socio-comunitaria. Además, recalcar en la importancia del manejo de la planificación estratégica y participativa, donde la comunidad participe activamente del proceso de salud enfermedad.

Estos desafíos se traducen en pendientes necesarios, pero a la vez urgentes para lograr el acceso al pleno ejercicio del derecho a la salud mental. Ello con el fin de que las prácticas sociales estén concatenadas con las normativas legales basadas en los derechos humanos.

Bibliografía

- Belmartino, S. (1988) Modelo Médico Hegemónico. II Jornadas de A.P.S. (pp. 197-211). Buenos Aires CONAMER. A.R.H.N.R. Gpdf
- Burgaya, J. (2023). Tiempos de confusión. De la clase adscriptiva a la identidad electiva. Barcelona: El Viejo Topo.
- Castorina de Tarquini, M. C. (2007). Derecho Público Provincial y municipal (María Gabriela Ábalos act.). Buenos Aires: La Ley.
- Durkheim, E. (1928). El suicidio: estudio de sociología (Vol. 127). Editorial Reus.
- Huarcaya, V. J. (2020) Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2020;37(2): 327- 34. doi: <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.372.5419>.
- Ley N° IV-0093-2004. Familia Solidaria. Registro. El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis. <https://diputados.sanluis.gob.ar/diputadosasp/paginas/verNorma.asp?NormaID=76>
- Ley Nacional de Salud Mental. Ley N° 26.657 (2010). InfoLEG -Información Legislativa- <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> (consultado el 10/6/2024)
- Ley N° I-536-2006. Desinstitucionalización. publicada en <https://diputados.sanluis.gob.ar/diputadosweb/Contenido/Pagina118/File/Legajo%20Ley%20I-0536-2006.pdf>

Ley N° IV-0871-2013. Sistema de Familia Solidaria
<https://diputados.sanluis.gov.ar/diputadosasp/paginas/verNorma.asp?NormaID=950>

Lopez Martinez, A. y Serrano Ibañez, E. (2021). Impacto de la Pandemia de COVID-19 en la salud mental. Revista Escritos de Psicología. Vol.14, N° 2, pp. 48-50. Julio - 2021.

Montagut, T. (2000). Política social: una introducción. Barcelona: Ariel.

Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. Revista mexicana de sociología, 71(4), pp. 647-674.

Organización Mundial de la Salud -OMS- (2019). Mental health, disability and human rights
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf> (Consultado 1/9/2024)

Pellegrini, J. L. (2011). "Cuando el manicomio ya no está" 2° Ed. San Luis. Payne.

Pellegrini, J. L. (2011). "Salud es sin encierros" 1° Ed. San Luis. Payne.

Rovere, M. (1999) Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de salud pública/amr. Instituto Lazarte.

Safocarda, E. (1985). Capítulo 2 "El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva en salud pública.

Stolkiner, A. (2023). "Praxis en salud mental. Abordaje y procesos de cuidado" en Alejandro D. Wilner; Flavia Torricelli. 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2023. Capítulo 1.



Recibido: 15/09/2024

Aceptado: 27/11/2024

Cómo citar este artículo:

Palacios, F. S y Vilchez Ranieri, V. C. (2024). Algunos desafíos emergentes y urgentes de la política social de salud mental en la provincia de San Luis (Argentina), y su imbricación con los derechos humanos. *RevID, Revista de Investigación y Disciplinas*, Número 11, San Luis, p 88-112

