

LA LEY DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA

HUGO COHEN

Ex Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica, OPS/OMS, Buenos Aires, Argentina

Resumen Este artículo repasa temas de importancia en relación a la salud mental en la Argentina. En primer lugar, el estado de situación del país y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en referencia a que, en los países de ingresos bajos y medios, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias no recibe tratamiento alguno. Se repasan los recursos humanos en Argentina y su comparación con otros países. Se enfatiza en la necesidad de contar con atención primaria capacitada en salud mental y a reorganizar los sistemas y servicios de salud. También se hace referencia a la ley de Salud Mental 26657 creada en 2010 y los problemas que han llevado a que todavía no se haya implementado en forma completa, el debate sobre esta ley y el reclamo actual de los familiares por la falta de respuesta a sus necesidades, y por ello la importancia de su implementación. Por último, se exponen los efectos de la pandemia COVID sobre la salud mental de la población en general.

Palabras clave: salud mental, ley de salud mental, Argentina

Abstract *Mental health law in Argentina*

This article reviews important issues in relation to mental health in Argentina. In the first place, its situation in the country and the recommendations of the World Health Organization in reference to the fact that, in low- and middle-income countries, more than 75% of people with mental, neurological and substance use disorders do not receive any treatment. Human resources in Argentina and its comparison with other countries are reviewed. Emphasis is placed on the need for trained primary care services in mental health and to improve the organization of health systems and services. Reference is also made to the Mental Health Law 26657 enacted in 2010, and the problems that have led to it not yet being fully implemented, the debate about this law, and the current claim of family members for the lack of response to their needs, and therefore the importance of its implementation. Finally, the effects of the COVID pandemic on the mental health of the general population are exposed.

Key words: mental health, mental health law, Argentina

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, fue sancionada en Argentina en diciembre de 2010, convirtiéndose en la primera ley que da un marco nacional a las políticas de salud mental. Con ella se esperaba un periodo de cambios en el sistema de salud mental y de revisiones de prácticas. En base a esta ley y la aparición de la pandemia COVID-19 este artículo repasa el estado de situación del país y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los recursos humanos disponibles en Argentina, la evolución de la salud mental en estos últimos años y los efectos de la pandemia COVID sobre la salud mental de la población en general.

Estado de situación y algunas recomendaciones

Según la OMS miles de millones de personas de todo el mundo se han visto afectadas por la pandemia de COVID-19, con repercusiones adicionales en la salud mental. Sin embargo, relativamente pocas personas en todo el mundo tienen acceso a servicios de salud mental de calidad¹. Cerca de 23% de los problemas de salud medidos como carga de enfermedad, son debidos a depresión, abuso de alcohol, trastornos de ansiedad, entre otros. En segundo lugar, con un 9%, se encuentra el grupo de las lesiones (suicidio, homicidio, violencia intrafamiliar, y accidentes), por encima de la diabetes, la hipertensión, los tumores malignos y el EPOC². En los países de ingresos bajos y medios, más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias no reciben tratamiento alguno (brecha en la atención). “La estigmatización, la discriminación, y las violaciones de los derechos humanos siguen

estando generalizados” y “a menos que nos comprometamos seriamente a aumentar la inversión en salud mental ahora mismo, las consecuencias sanitarias, sociales y económicas tendrán un gran alcance”¹. Los hospitales psiquiátricos insumen enormes sumas de dinero (en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 8% del presupuesto total de salud se destina a cuatro hospitales psiquiátricos), y resultan ineficaces e ineficientes³. Simultáneamente impiden el desarrollo de servicios de cercanía que promueven la accesibilidad. Está demostrado que cuanto más próximo del lugar de vida cotidiana de la persona se encuentre el servicio, mayor posibilidad de recuperación y mejor pronóstico tendrá.

Respecto al recurso humano en Argentina, el número de psicólogos y psiquiatras por cien mil habitantes es uno de los mayores del mundo, pero la población que no accede a atención alguna, es similar a la de países con 10 o 20 veces menos cantidad de profesionales. Más que el número de profesionales, importa su formación y el propósito de su labor. Los sistemas con mejores resultados en el mundo han priorizado la atención primaria capacitada en salud mental. Véase el caso del *General Practitioner* en Inglaterra, o el equipo de salud de la atención primaria en Chile. Estos reciben la capacitación y el apoyo por parte de los especialistas del segundo nivel, cuando fuera necesario. Las asociaciones de psiquiatras debieran comprometerse con la transformación del sistema de salud mental, modificando actitudes de resistencia al cambio, tal como lo sugiere la declaración del presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) de 2016, quien llama a sus 250 mil asociados en todo el mundo a observar la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), y a empoderar a las personas usuarias y familiares, quienes deben tener (es su derecho) parte activa en sus tratamientos⁴.

Un recurso esencial para reducir la brecha de atención es la internación en el hospital general. Su escaso desarrollo se fundamenta en la no preparación para estas prestaciones. A fines de los ochenta, el ingreso de una persona con HIV en una guardia hospitalaria generaba la misma situación que hoy lo genera una persona con excitación psicomotriz. Aprender qué se hizo con el HIV es un buen camino para poder internar en el hospital general. Capacitación, legislación, movimiento de personas usuarias, familiares, amigos, son los principales caminos recorridos.

Todos podemos ayudar ante una persona en crisis si contamos con el apoyo de los conocimientos que están disponibles. De igual modo que para una reanimación cardiorrespiratoria, cualquiera puede aprender cómo actuar ante una persona en crisis. Los especialistas debieran priorizarlo. Es clave brindar apoyo a los familiares, a la policía, a miembros de las iglesias, y a los líderes vecinales⁵. En 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) colaboró en la elaboración de una cartilla

para la intervención de las fuerzas de seguridad, impulsada por el Ministerio de Seguridad. No pareciera que se la esté aplicando⁴.

Las Guías MHgap; la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos; o el Programa EQUIP de la OMS en conjunto con UNICEF, son instrumentos para hacerlo posible. Un ejemplo de capacitación al alcance de todos, es el curso internacional de posgrado de Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos, llevado a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos, en convenio con la *Indian Law Society*, de Pune, India; y el curso de *Desmanicomialización* dictado en Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES).

Tal como se dijera, en salud mental el nivel de mayor especialización es el del mantenimiento de la persona en la comunidad de manera digna, con continuidad de cuidados, durante todo el año. Según la revista *The Lancet*-años 2011; 2013 y 2018⁶, urge la necesidad de integrar un enfoque holístico de salud mental en el sistema general de salud. Las personas se beneficiarían en una mejora de su salud general. A modo de ejemplo: la escasa adherencia al tratamiento de personas que padecen diabetes o hipertensión, frecuentemente son expresión de un cuadro depresivo de base, que debe ser identificado y tratado.

La transparencia en el manejo de los recursos económicos, su reconversión y reorientación hacia un sistema basado en la comunidad, es un requisito impostergable. “*La salud mental es prioritaria, y debe ser reconocida por los gobiernos como un área esencial,*” en palabras del Secretario General de las Naciones Unidas (NN.UU.)⁷.

El debate sobre la ley 26.657

La Argentina adhirió a la CRPD, NN.UU. 2006, ratificada por ley en 2007, e incluida en el texto de la Constitución en 2014, adquiriendo carácter de compromiso de Estado. Deben incluirse los acuerdos firmados por el país en el seno de los Consejos Directivos de la OPS⁸ y los suscriptos ante la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS⁹.

La CRPD establece para toda persona la presunción de capacidad; y el pleno derecho a casarse, tener hijos, estudiar, trabajar, votar, comprar, vender, viajar, etc. como cualquier ciudadano. El Estado debe procurar los apoyos y soportes adecuados, para que puedan seguir ejerciendo sus derechos. Dispone la creación de un sistema de atención que permita el acceso a todos aquellos que lo necesiten: internación breve en el hospital general; centros comunitarios, casa de medio camino, atención domiciliaria, cuidadores domiciliarios, entre otros. No existe el concepto de alta como no lo hay para una persona que padece diabetes o hipertensión. Tal como se mencionara, lo que se requiere es la continuidad de cuidados. La mayor preocupación no son los 10 días de internación, sino la labor de los 355 restantes en la comunidad. Es

el mayor grado posible de inclusión de la persona en su cotidianeidad lo que debe ocuparnos como prioridad¹⁰.

Es difícil valorar una ley si en una década no se ha aplicado. La ley 26.657 determina el incremento del presupuesto para salud mental del 2% al 10% al 2013, el que no se ha concretado siquiera en 12 años, son escasas las camas de internación que se han habilitado en hospitales generales, y casi nula la apertura de centros para la rehabilitación. La actualización en la formación de los profesionales de salud general y los especialistas (psicólogos y psiquiatras), salvo rarezas, permanece ausente (recordemos el trato a la persona con HIV que implicó la necesaria actualización en los conocimientos).

Un ejemplo de la falta de decisión política para la aplicación de la ley es el fallo de la justicia nacional del 2015 "S.A.F. Y OTROS C/ EN-M SALUD DE LA NACIÓN Y OTROS S/AMPARO LEY 16.986" que condena al Estado Nacional y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a proveer dispositivos comunitarios para que las personas internadas en manicomios en condiciones de ser externadas, puedan salir de ellos. Con multa diaria de 200 pesos (hoy 700) permanece incumplido. De igual modo lo está el compromiso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, suscripto en Bolivia en 2019. Como se puede observar, el campo del derecho aplica la ley, pero luego se encuentra sin respuesta (recursos) por parte del Poder Ejecutivo

Por otra parte, debe aclararse que no existe impedimento para internar de manera involuntaria a una persona en crisis. Este procedimiento está avalado por el Código Civil y Comercial respecto de las internaciones urgentes por parte de la autoridad pública. Una persona con una crisis de excitación psicomotriz originada por un cuadro psiquiátrico, (crisis que también puede ser desencadenada por motivos tóxicos, metabólicos, traumáticos o tumorales), está imposibilitada de tomar una decisión por sí misma y debe ser internada, y sus derechos preservados mediante la posterior intervención del juez¹¹. Éste deberá constatar que efectivamente la persona está impedida de decidir por sí misma y que sus derechos están preservados.

El reclamo actual de los familiares por la falta de respuesta a sus necesidades es legítimo, dado que, por motivos de la falta de decisión política ya mencionada, están carentes de la ayuda humana y material que requieren; También se demuestra, una vez más, que en el encierro se producen más hechos de violencia que en la comunidad¹².

Los sistemas de salud pública y los privados carecen de la red de servicios que garanticen la continuidad de cuidados, ofreciendo exclusivamente la internación como prestación. Existe un vacío real una vez que la persona abandona la cama. Tal como lo prevé la ley, son necesarios casas de medio camino, hogares de tránsito, hostales, hospitales de día y hospitales de noche, seguimiento

domiciliario, equipos móviles de apoyo, entre otros dispositivos para la recuperación. La vuelta al estudio o la capacitación en oficios que le permitan un ingreso digno, son algunas de las propuestas para la rehabilitación. Mirado desde el momento de la crisis, se confirma que la internación hospitalaria, frecuentemente es relativa a la existencia de estos recursos.

Como se dijera, es prioritario el apoyo a la familia, tanto o más que al mismo paciente. El cuidado de los cuidadores es esencial para el tratamiento y la recuperación de la persona. Son aliados insustituibles y actores de primera línea durante las 24 horas del día. Una imagen del viaje en avión lo grafica de manera contundente, cuando nos explican el uso de las mascarillas de oxígeno nos dicen: "...si usted viaja con una persona a su cargo, póngase primero usted la mascarilla y luego colóquesela a la persona a su cargo!"...

Por otra parte, hace ya muchos años, diversos estudios en Europa demostraron que, en el seno de las familias atendidas, disminuyen hasta un 75% las recaídas del pariente enfermo. Psicoeducación; grupos de autoayuda y de ayuda mutua, son algunas de las intervenciones que también se pueden realizar¹³.

Pandemia y salud mental

Un capítulo aparte debe dedicarse a la pandemia y su impacto en la salud mental, tanto en la población general, como en los profesionales y trabajadores de la salud. El impacto en estos es por doble vía: por una parte, la posibilidad de padecer COVID y por la otra, el desorden y la desorganización de los sistemas y servicios de salud en los que trabajan. Un estudio de la OMS del 2020 efectuado en 130 países; y otro llamado HEROES, de la OPS 2021, muestran que en el 89% de los países se afirma haber incluido salud mental y apoyo psicosocial, pero solo un 17% destinó partidas especiales para su sostenimiento. El mismo estudio muestra que un 93% de los servicios de salud mental han sido afectados o paralizados por la pandemia. Constatan que los trabajadores de la salud han sido uno de los sectores más afectados, mostrando un incremento de cuadros depresivos, crisis de ansiedad e intentos de suicidio por sobre la población general. Situaciones de "dolor moral" en aquellos que han tenido que tomar decisiones límites, pueden sobrevenir¹⁴.

Según los estudios mencionados: la confianza en las autoridades, ser escuchados, contar con materiales de protección, percibir remuneraciones dignas, ser parte de las decisiones, la planificación laboral, y evitar la sobrecarga, son factores protectores de la salud mental en la labor cotidiana.

Aún desconocemos la magnitud de los problemas que sobrevendrán en nuestra salud mental. Como en todo desastre o emergencia humanitaria hay un durante y un

después. Se presume un incremento significativo de la demanda de atención en salud mental. Un reciente informe de la OMS plantea el incremento de la prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad en un 25%, a nivel global¹⁵. Esto se confirma con aquellos que trabajan en servicios hospitalarios o de atención primaria en el país, los que ya se ven recargados por una demanda creciente de personas que consultan, lo que incrementa el estrés.

El aislamiento, el duelo, la pérdida de trabajo o el miedo han generado el incremento de cuadros depresivos, crisis de ansiedad, insomnio o ideación suicida. Se observa un aumento del consumo de alcohol y otras drogas (los que lo padecen se vuelven más susceptibles a padecer COVID).

Todo lo expresado constituye el “hambre” de salud mental, manifestación característica posterior a toda emergencia humanitaria¹⁶.

Conclusiones

El surgimiento actual del tema salud mental en los medios masivos de comunicación, sin dudas tiene vinculación con las enormes necesidades de la población en la post pandemia.

Si bien aparece como el cuestionamiento a la ley 26.657, podemos pensar que obedece al fenómeno de “hambre” de salud mental. Que sea un tema en la mesa de las decisiones políticas, es un avance significativo.

Los legisladores que estuvieron en el camino correcto al sancionar la ley, debieran optimizar su valioso tiempo haciendo un llamado urgente a las autoridades nacionales para su inmediata implementación.

Solo luego de una completa implementación de la norma estaremos en condiciones de evaluar su funcionamiento y alcance y la necesidad de los ajustes requeridos a los cambios sociales y nuevas necesidades¹⁷. Mal se puede cuestionar una ley que no ha sido aplicada.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. OPS/OMS Lanzamiento de la Comisión de Alto Nivel en Salud Mental y COVID-19; 2022 Washington D. C. En: <https://www.paho.org/es/eventos/lanzamiento-comision-alto-nivel-salud-mental-covid-19>; consultado enero 2022.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Actas de la Conferencia Regional de Salud Mental. Chile: Ministerio de Salud de Chile. 2015. En: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Actas-Conferencia-Regional-de-SM-Chile-Oct-2015.pdf>; consultado enero 2022.
3. OPS/OMS IRAPAL. Uzcátegui R, Levav I. Iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América latina y El Caribe; Washington DC: OPS/OMS, 1991.
4. Naciones Unidas. Convención Internacional de las Personas con Discapacidad, NY, 2006. En: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>; consultado enero 2022.
5. Cohen H. Salud mental y derechos humanos, Vigencia de los estándares internacionales; Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Argentina. Publicación número 65; Buenos Aires 2009.
6. The Lancet Commission on global mental Health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392, 1553-98.
7. Mensaje del Secretario General para presentar el informe de políticas: el COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental, Naciones Unidas, 2020. En: <https://www.un.org/sg/es/content/sg/statement/2020-05-13/secretary-generals-video-message-launch-policy-brief-covid-19-and-the-need-for-actional-mental-health>; consultado febrero 2022.
8. OPS/OMS. 49 Consejo Directivo; 61.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington DC, 2009. En: <https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos/consejo-directivo>, consultado marzo 2022.
9. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020; Ginebra 2013. En: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf; consultado marzo 2022.
10. Cohen H, Natella G. La desmanicomialización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2013.
11. Ministerio Público de la Defensa, Secretaria Ejecutiva Órgano de Revisión de la ley 26657, informes anuales de gestión, Buenos Aires. En: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensoria-general-de-la-nacion/organo-nacional-de-revision-de-salud-mental>; consultado abril 2022.
12. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 246-8.
13. OPS, Caldas de Almeida JM; Torres Gonzales F. Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington DC: OPS/OMS, 2005. Publicación 601. OPS. En: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/714/9275316015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y; consultado abril 2022.
14. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) Informe regional de las Américas. Washington DC, 2022. En: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5556>; consultado abril 2022.
15. OMS, Ghebreyesus A. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. Declaraciones. Ginebra, 2 marzo 2022. En: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion> todo#:~:text=Ginebra%2C%202%20de%20marzo%20de,de%20la%20Salud%20(OMS); consultado abril 2022.
16. Cohen H. Salud mental y apoyo psicosocial en desastres. En: <https://fcm.unr.edu.ar/salud-mental-y-apoyo-psico-social-en-desastres-y-pandemias-curso-de-posgrado/>; consultado abril 2022.
17. Cohen H. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Emitido en directo el 30 mar 2020. En: https://www.youtube.com/watch?v=vS_hBrek1PK; consultado abril 2022.