

## **La ley Nacional de Salud Mental: Avances y dificultades en su implementación en Hospitales Generales del Gran Rosario.**

Grupo de Investigación: PSI 281

Tosi<sup>1</sup>, A.; Benitez<sup>1</sup>, P.; Garcete<sup>1</sup>, E.; Giovanello Díaz<sup>1</sup>, A.; Marini<sup>1</sup>, M.; Santanocito<sup>1</sup>, G.; Suárez<sup>1</sup>, S.; Zilli<sup>1</sup>, F.; Lacelli<sup>2</sup>, C.; Amado<sup>\*\*</sup>, Y.; Sarli<sup>\*\*</sup>, J.; Antezza<sup>\*\*</sup>, G.; Arce<sup>\*\*</sup>, G.; Romero Bucca<sup>\*\*</sup>, C.; Lenzi<sup>\*\*</sup>, M.; Cantero<sup>\*\*</sup>, N.; Moulin<sup>\*\*</sup>, L.; Garbino<sup>\*\*</sup>, A.; Mazon<sup>\*\*</sup>, M.; Cordoba<sup>\*\*</sup>, G.; Alfonso<sup>\*\*</sup>, M.; Crudelli<sup>\*\*</sup>, B. y Vaccaro<sup>\*\*</sup>, I.

### **Introducción**

El presente trabajo es un informe de avance de los resultados del proceso investigativo llamado “Prácticas en Salud Mental en Hospitales Generales del Gran Rosario”.

Nos propusimos realizar un estudio del estado actual de las prácticas de Salud Mental en Hospitales Generales, nos ha interesado relevar y analizar los modos de organización de la atención en cada Institución, cuáles son las demandas a los Servicios de Salud Mental e indagar específicamente si se han generado cambios en los procesos de atención a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM).

Nos centramos en la visión de los propios trabajadores de salud mental, respecto de las potencialidades y dificultades que perciben en el proceso de implementación de la legislación vigente.

La LNSM implica un cambio de paradigma en los modos de concebir, implementar y practicar las políticas, los servicios y las prácticas en salud mental. Este cambio de paradigma en la provincia tiene su historia y devenir, ya que Santa Fe cuenta con legislación provincial 10772 promulgada en el 1991, y reglamentada en 2007. Dicha legislación fue producto de los procesos de acumulación del colectivo de trabajadores/as. La construyen como instrumento para ordenar las prácticas, transformarlas y fundamentalmente como límite a prácticas de coacción hacia los/as usuarios/as en los monovalentes.

---

<sup>1</sup> Docentes Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UNR.

<sup>2</sup> Adscripta, Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UNR.

<sup>\*\*</sup> Auxiliares 2da., Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UNR.

El artículo 18 de la Ley Provincial, y el 9 de la LNSM, promueven la creación de dispositivos alternativos al manicomio, modalidades de atención centradas en el respeto por los derechos de los/as usuarios/as evitando las consecuencias manicomializantes. Es necesario destacar que ambas leyes nacen en momentos históricos diferentes y si bien la ley provincial no prohíbe la construcción de manicomios, las dos leyes tienden a la desmanicomialización (Cohen, 1994) y fundamentalmente a garantizar en las modalidades de atención el derecho a la salud y el cuidado de las personas. En ese sentido la Ley Provincial y Nacional están en consonancia respecto a: la conformación de equipos interdisciplinarios con toma de decisiones democráticas incluyendo en el proceso de atención al usuario/a, la internación como el último recurso para el tratamiento de las problemáticas en salud, promueve las estrategias comunitarias (Amarante, 2009) en los procesos de atención de este modo el hospital psiquiátrico (HP) deja de ser el principal –y único– servicio de atención, se establece que las internaciones, de los/as usuarios/as deben realizarse en hospitales generales (HG) (OMS/OPS, 1990; Cohen y Natella, 1995).

Consideramos el devenir del cambio de paradigma como un proceso social complejo, que tiende a movilizar como actores a los sujetos sociales envueltos en la temática, que tiende a cambiar las relaciones de poder entre los ciudadanos – usuarios/as, familiares, profesionales, sociedad – y que tiende a producir nuevas concepciones que se traducen en nuevas instituciones –y prácticas– de promoción, prevención, cuidado, tratamiento e inclusión social. Esto es, es un proceso social complejo porque actúa no solamente en la dimensión del modelo técnico-asistencial, sino también sobre la dimensión epistemológica y conceptual, la dimensión político-jurídica y la dimensión social-cultural (Amarante, 1995).

Las interrogaciones que guían este proyecto se sitúan en el segundo nivel de atención, cómo se está llevando a cabo este proceso de cambio de paradigma en los Hospitales Generales, qué impacto ha tenido en la organización de los servicios de Salud Mental, en las prácticas de Salud Mental, específicamente en los procesos de atención – cuidado. Esto, entendemos que adquiere relevancia si pensamos que según datos del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2008) en el año 2008 había más de 25000 personas internadas en hospitales monovalentes, y en el marco de pensar su externación, adquiere fundamental importancia la capacidad de atención de los hospitales generales.

## **Objetivos**

- General
  - Describir y analizar las prácticas de salud mental en hospitales públicos generales
- Específicos:
  - Relevar los conocimientos que tienen los trabajadores de servicios de salud mental acerca de la Ley 26657.
  - Describir las prácticas profesionales que se realizan en dichos servicios con sujetos que presentan sufrimiento psíquico
  - Identificar criterios de internación y externación en esas intervenciones
  - Analizar los logros y/o limitaciones, percibidos por los trabajadores de salud mental en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

## **Metodología**

Esta investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria se basó en un diseño flexible y dinámico en el encuentro con el campo. Esta elección se debe a que nuestro objeto de estudio, en nuestra región, no ha sido demasiado explorado, principalmente a partir de los cambios introducidos por la LNSM. Por este motivo, entendemos necesario explorar y describir cómo es y cómo se manifiesta la atención a la salud mental en los hospitales generales (Minayo, 1997).

## **Técnicas de construcción de la información**

Las técnicas de construcción de la información se basaron en la realización de entrevistas semi-estructuradas. Ésta, consiste en una conversación entre dos con propósitos bien definidos, se trata de una comunicación verbal y sirve como medio de recolección/construcción de información sobre determinado tema. En este tipo de entrevistas se establecen preguntas ejes que están relacionadas a los objetivos y también se deja profundizar al entrevistado sobre aquello que nazca

relatar en el momento, buscando encontrar información acerca del problema que nos convoca que no contemplamos en la propuesta (Minayo, 2003).

Fueron entrevistados psicólogos/as-psiquiatras-enfermeros/as-trabajadores/asociales de dos Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y dos del gran Rosario<sup>3</sup>. Siendo:

Hospital zona norte: 3 enfermeros, psicólogo.

Hospital zona centro: psicólogo, psiquiatra y trabajador social

Hospital gran Rosario 1: psicólogo y psiquiatra

Hospital gran Rosario 2: psiquiatra RISAM, psicóloga, psiquiatra y acompañante terapéutico.

Totalizando quince (15) entrevistas. Las mismas fueron audio-grabadas y transcriptas.

Los criterios de inclusión fueron: ser trabajador/a de Servicio de Salud Mental (o Psiquiatría o Psicología, según corresponda) en hospital general de Rosario o Gran Rosario, con antigüedad en el cargo mínima de seis meses.

### **Análisis de la información**

El análisis de las entrevistas será realizado desde el Análisis de Discurso, siendo el objetivo de esta propuesta realizar una reflexión en torno al objeto de estudio, a fin de dilucidar las condiciones de producción del significado de los textos producidos en las entrevistas. Intentando comprender el modo de funcionamiento, la organización y las formas de producir sentido en torno a las prácticas (Minayo, 1997).

**Consideraciones éticas:** Todo el proceso de investigación se llevó adelante respetando la Declaración de Helsinki. A cada entrevistado/a se le explicaron los motivos de la investigación, se le garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada, se explicitó la institución que respaldaba la investigación y la utilización de los datos obtenidos para la

---

<sup>3</sup> Denominamos **Gran Rosario** al aglomerado urbano surgido como consecuencia de la expansión urbana de la ciudad de Rosario sobre un conjunto de localidades ubicadas en el departamento San Lorenzo y en el mismo departamento Rosario. Con una superficie de 589 km<sup>2</sup>,<sup>1</sup> alcanza su mayor extensión hacia el norte, aglomerando varias localidades hasta Puerto General San Martín, a 27 km del centro de Rosario; al oeste hasta la localidad de Roldán, a 21 km, y al sur hasta la ciudad de Villa Gobernador Gálvez (esta última la más poblada del conurbano luego de Rosario), a unos 9 km del centro de la ciudad. Más al sur se observa un incipiente proceso de conurbación con las localidades de Alvear, Pueblo Esther, General Lagos y Arroyo Seco.

elaboración de informes y artículos. Luego de esto, y de aceptar participar, todos los entrevistados firmaron el Consentimiento Informado.

## **Resultados y discusión**

Los cuatro Hospitales cuentan con Servicio de Psicología, Servicio de Psiquiatría, uno de los Hospitales tiene disponible una Trabajadora Social para la institución, los otros tres Hospitales poseen Servicio de Trabajo Social.

Cada Servicio tiene un recorrido histórico particular, algunos servicios nacen en la década del `70, otros en el `80 y otros en los `90. Los/as entrevistados/as relatan contextualizando en la historia los modos de organizarse para atender las demandas de Salud Mental. En la actualidad en el Hospital zona norte y en el Hospital gran Rosario 1, los Servicios se articulan frente a demandas puntuales *“de complejidad que abarcan problemáticas de salud mental multidimensionales”* que no son posibles de abordar de modo disciplinario.

En el Hospital zona Centro, se constituyó el Servicio de Salud Mental y lo integran el Servicio de Psicología y Servicio de Psiquiatría, dicho Servicio de Salud Mental trabaja de modo articulado en situaciones puntuales con el Servicio de Trabajo Social.

En cambio, en el Hospital gran Rosario 2, se organizan como Departamento de Salud Mental, lo integran el Servicio de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM) a su vez compuesta por trabajadores/as sociales- psicólogos/as- psiquiatras. Es el único Hospital que cuenta con atención de Salud Mental las 24 hs, la RISAM trabaja particularmente con la guardia y en los procesos de Internación de Salud Mental en los diferentes Servicios (pediatría, internación, etc.).

Los distintos Servicios de los otros tres Hospitales (zona norte, zona centro y gran Rosario 1) funcionan de lunes a viernes por la mañana.

Las/os trabajadores/as de las cuatro instituciones refieren que cuentan con Acompañantes Terapéuticos que los provee la Dirección Provincial de Salud Mental, comentan que es un recurso que solicitan mayormente para procesos de internación – externación de usuarios/as.

También relatan que en la ciudad de Rosario, los fines de semana, se cuenta con un equipo de urgencias de Salud Mental que trabaja las situaciones de internaciones de complejidad en las

guardias de los Hospitales con el objetivo de colaborar con los procesos de atención de Salud Mental y evitar internaciones de usuarios/as en crisis en los monovalentes. Dicho dispositivo fue creado por la Dirección Nacional de Salud Mental posteriormente a la promulgación de la LNSM y coordinado conjuntamente por la Provincia y el Municipio, siendo algunas veces interrumpido su funcionamiento debido a conflictos gremiales producto de las inestables condiciones de trabajo.

Todos los entrevistados, coincidieron en que, respecto de los modos de organización y funcionamiento no ha habido, a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, criterios o lineamientos comunes para la organización de los servicios en el trabajo concreto en Salud Mental. Cada Hospital ha ido organizándose con los recursos que disponían para atender las demandas de Salud Mental.

En este sentido en la mayoría de los Hospitales – zona Norte, zona Centro y gran Rosario 1 – todavía no se ha incorporado el Servicio de Trabajo Social a los Servicios de Salud Mental y en algunos aún no se han convertido en Servicios de Salud Mental sino que cada Servicio funciona de modo particular y solo frente a algunas demandas de complejidad trabajan articuladamente. Para Campos (2001), es necesario “romper con la verticalidad de las estructuras y la centralización del poder de mando, creando unidades de Producción con funciones y objetivos bien definidos, reforzando en la práctica la interdisciplinariedad y la redistribución del poder” (2001:40). Es por esto, que entendemos que determinada modalidad de organización y funcionamiento de los servicios inciden en las modalidades de prácticas con lo cual nos encontramos en un proceso entre prácticas monodisciplinarias con tendencia a la interdisciplina- Interinstitucionalidad- Intersectorialidad, es decir aún no se ha podido avanzar en el establecimiento de criterios compartidos de trabajo que superen la lógica instituida.

Se revela una amplia coincidencia en las entrevistas con enfermeros/as de los Hospitales respecto a distintas dimensiones del asunto que podríamos identificar como obstáculos en el alojamiento de usuarios/as en los hospitales generales.

*Se pone en el mismo lugar una cardiopatía y un paciente psiquiátrico... No se hizo nueva infraestructura.*

*Era una confrontación con el equipo de Salud Mental, que de hecho le hicieron una denuncia al médico de guardia... Yo tuve que ir 11 veces a la plaza a buscarlo, yo no puedo ser niñera de ese paciente.*

*La verdad es duro para nosotros se viven situaciones agresivas.*

*La verdad no sé a quién se le ocurrió lo de la inclusión en los Hospitales Generales.*

Relatan que les resulta muy difícil el trabajo con usuarios/as de Salud Mental refieren que les falta capacitación “no sabemos cómo tratarlos”, plantean que si bien hubo alguna capacitación de la Provincia y de Nación, no fueron obligatorias para todo el personal. Comentan que hay psicólogos y psiquiatras solo por las mañanas y esto lo vivencian como una gran dificultad el personal de la tarde- noche y fines de semana. Relatan que la cuestión del espacio físico les complejiza las tareas ya que en un mismo espacio atienden alguna persona con algún dolor que necesita tranquilidad y cuidado y por otro lado tiene que atender a una persona que está desbordada en crisis y no sabe cómo contener, por otro lado los médicos de la guardia no saben cómo medicar a los/as usuarios/as de Salud Mental. Otro impedimento que transmiten es que los hospitales Monovalentes no aceptan fácilmente a los usuarios/as, con lo cual sí o sí lo tienen que internar en el hospital general.

Es en el relato de los/as enfermeros/as donde podemos encontrar claramente dificultades que ellos/as consideran relevantes. Esto no es posible advertir en el discurso de los/as trabajadores/as de las disciplinas restantes.

Se visibilizan en los comentarios que emergen de las entrevistas a algunos enfermeros/as ciertos comentarios que podrían asociarse a prejuicios y/o a resistencias para poder contemplar cambios en sus prácticas, en torno a la atención de usuarios de Salud Mental en un hospital general. En el proceso de cambio de paradigma estimamos que conviven conflictos y tensiones, propios de una transición. Algunos de los obstáculos y/o dificultades que expresan podrían haberse sorteado si se hubiesen construido lineamientos y herramientas de evaluación por parte de quienes ocupan lugares de gestión en conjunción con la participación de los trabajadores/as. En tanto no se generen dispositivos que provean de herramientas y capacitación en el sector de enfermería para operar con usuarios de salud mental acordes al espíritu de la nueva legislación, el riesgo es que persista en estos trabajadores cierta predisposición negativa, de resistencia hacia la atención de sujetos internados con sufrimiento psíquico.

Entre las demandas de atención que llegan a los hospitales, los trabajadores de salud mental coinciden en que las más problemáticas son las situaciones de violencia, mayormente los fines de semana: intentos de suicidios, adicciones, crisis subjetivas de gravedad, vulneración de derechos en niños/as, adolescentes y mujeres, heridos de armas de fuego. Las demandas cotidianas se expresan a través de crisis de angustia, accidentes varios, problemáticas de aprendizaje y conducta en niños/niñas

En las cuatro instituciones relevadas son los psicólogos /as y psiquiatras quienes deciden procesos de internación y externación, “caso a caso”, sin tener criterios definidos

Al hospital de alta complejidad, en particular, a la Guardia, llegan recurrentemente situaciones de violencia, que según los casos, luego se derivan a distintos servicios de la institución, al no contar con consultorios externos. Los otros hospitales cuentan con consultorios externos en los cuales se atienden las consultas espontáneas. Muchas de ellas son por derivaciones de otras instituciones, entre las cuales indican Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia, pedidos judiciales, o bien, interconsultas.

Muchos de los/as entrevistados/as describen dificultades en la construcción de prácticas de resguardo de derechos de usuarios/as, entendiendo que las mismas se dan en dos sentidos: hacia el interior de cada institución donde predomina el Modelo Médico Hegemónico y hacia el exterior, en la articulación con otros niveles, instituciones o sectores (en red, interinstitucional, intersectorialmente). Sólo en uno de los hospitales, el Eva Perón de Granadero Baigorria, los trabajadores de salud mental describen como fluida la articulación entre los distintos servicios, niveles; por ejemplo con Atención Primaria de la Salud (APS). En este hospital funciona la RISAM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental) que opera las 24 hs. con presencia de trabajadores de Salud Mental.

Respecto al predominio del Modelo Médico Hegemónico, los psicólogos/as y psiquiatras expresan haber implementado diferentes estrategias y herramientas – aunque sin poder explicitarlas al momento de interrogarlos sobre ellas – que posibilitaron la implicación de otros/as trabajadores/as en la atención de las problemáticas de Salud Mental, incluso años antes de la legislación de la LNSM. La promulgación de la LNSM vino a potenciar y fortalecer el trabajo que venían realizando. En las instituciones abordadas, se visibilizan espacios para la internación de sujetos con sufrimiento subjetivo, pero son heterogéneos y fluctuantes en los

diferentes hospitales, lo que pone en evidencia la falta de planificación de determinadas intervenciones, como de un plan integral de atención a la salud mental en los términos que plantea Galende (2008).

Respecto a la articulación con el afuera, los entrevistados refieren que las relaciones con los otros niveles y sectores son aleatorias y están en permanente construcción, dependiendo, la mayoría de las veces, del trabajo posibilitado a partir de relaciones personales sin existir mecanismos claros y/o directivas institucionales. Por un lado, existen escasos dispositivos comunitarios, sumado a esto, el obstáculo se hace más difícil en aquellas situaciones donde no hay amigos, ni familia ya que también existen muy pocos lugares como viviendas para usuarios/as, motivando que personas en condiciones de ser externadas, tengan que permanecer largo tiempo internadas.

Los diferentes actores institucionales coinciden que hay una distancia entre los recursos políticos, de planificación, organizacionales, de infraestructura, de gestión, clínicos y de formación que existen y los que se necesitan para la plena implementación de las legislaciones vigentes.

**A modo de reflexión del Informe de Avance:** Consideramos que la Universidad tiene un papel primordial en este proceso. En el año 2014 la Dirección Nacional de Salud Mental presentó las Recomendaciones para las Universidades planteando la reformulación de los planes de estudio de las Carreras afines, promoviendo el enfoque de derechos, la inclusión social y la interdisciplina como ejes transversales para la formación, extensión e investigación.

En este sentido, creemos necesario investigar y contribuir desde la universidad pública la implementación de este importante proceso, identificando los límites, potencialidades y desafíos en pos de generar y potenciar tanto las políticas públicas como la formación en salud mental, para poder llegar al cumplimiento de la meta “2020 sin manicomios”.

## **Bibliografía**

- Amarante, Paulo. 1995 Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Bs. As
- Amarante, Paulo. 2009. Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial. Topía Ed. Bs. As.

- Campos, Gastao Wagner. 2001. Gestión en Salud. 1° edición. Lugar. Bs. As.
- CELS – MDRI. 2008. Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Siglo Veintiuno. Bs. As.
- Cohen, Hugo. 1994: El proceso de Desmanicomialización en Río Negro en Políticas en Salud Mental. Comp. Saidón, O. y otros. Lugar. 1° edición. Bs. As.
- Cohen, Hugo y Natella, Graciela. Coord. 1995: Trabajar en Salud Mental. Lugar Ed. Bs. As.
- Galende, Emiliano. 2008. Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. 1° edición. Lugar. Bs. As.
- Minayo, Maria Cecilia. 1997. El desafío del conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Lugar Editorial. Bs. As.
- Minayo, Maria Cecilia (Org.). 2003. Investigación Social. Lugar Editorial. Bs. As.
- Stolkiner, Alicia. 2005. Interdisciplina y Salud Mental. En X Jornadas Nacionales de Salud Mental. Posadas.
- Ley de Salud Mental 10.772. 1991. Provincia de Santa Fe.
- Ley Nacional de Salud Mental 26657. 2010. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Argentina.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 1990. Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Declaración de Caracas.
- OMS/Organización Mundial de la Salud. 2004. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19267&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid)