

DE LA LEY AL BARRIO

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LOS EFECTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones

Estructura del Ministerio Público Tutelar de la CABA

› Asesoría General Tutelar

Asesora General Tutelar
Laura Musa
Secretaría General de Coordinación Administrativa
Rodolfo Medina
Secretaría General de Gestión
Secretaría General de Política Institucional
Ernesto Blanck

› Asesorías Generales Adjuntas

Asesora General Tutelar Adjunta de Incapaces
Magdalena Giavarino
Asesora General Tutelar Adjunta de Menores
María de los Ángeles Baliero de Burundarena

› Asesorías ante el Fuero CAyT

Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones Nº 1
Gustavo Moreno
Asesor Tutelar ante la Cámara de Apelaciones Nº 2
Juan Vicente Cataldo
Asesora Tutelar de Primera Instancia Nº 1
Mabel López Oliva
Asesor Tutelar de Primera Instancia Nº 2
Juan Carlos Toselli
Asesor Tutelar de Primera Instancia Nº 3
Jorge Luís Bullorini

› Asesorías ante el Fuero PCyF

Asesor Tutelar de primera instancia Nº 1
Carlos Bigalli
Asesoría Tutelar de Primera Instancia Nº 1
Alfonsina Dumon
Asesoría Tutelar de Primera Instancia Nº 2
M. de los Ángeles Baliero de Burundarena

› Oficinas de Atención al Público

Asesorías Tutelares de Primera Instancia ante el fuero CAyT
Paseo Colón 1333, 6º piso. Tel. 5299-4400 int 4775
Oficina La Boca - Barracas
Av. Alte. Brown 1250. Tel. 4302-1621
Oficina Villa Soldati - Nueva Pompeya
Av. Varela 3301. Tel. 4919-5908
Oficina Mataderos - Liniers
Cnel. Cárdenas 2707/15. Tel. 2053-9702



Ministerio Público Tutelar
Alsina 1826, CABA
Tel. (5411) 5297-8015/8016
agt@jusbaire.gov.ar

www.asesoriatutelar.gob.ar

De la ley al barrio: la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los efectores de atención primaria de salud en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires¹

1. Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), sancionada en noviembre del año 2010 y reglamentada en mayo de 2013, introdujo cambios paradigmáticos en diversos puntos relativos a asegurar el derecho a la protección de todas las personas que accedan al sistema de salud mental. Entre ellos, considera la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y promueve que el proceso de atención se realice preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, y en el marco de un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

La ley brinda un marco mínimo de derechos, se aplica a todos los servicios y efectores de salud del país públicos y privados, y se encuentra bajo una perspectiva de derechos humanos, prevaleciendo los derechos reconocidos por la Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango constitucional; los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones; al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnando asimismo la responsabilidad indelegable del Estado de garantizar este derecho.

Es necesario resaltar que la Ciudad de Buenos Aires cuenta con una ley propia de salud mental, la Ley N° 448, sancionada en el año 2000. El objeto de la misma es garantizar el derecho a la salud mental en el ámbito de la CABA. Esta norma sirvió como antecedente para el dictado de la LNSM, la cual conserva los mismos lineamientos que la ley local.

1 Este documento ha sido elaborado por integrantes de la Asesoría General Tutelar. Coordinación técnica: Ana Lanziani. Desarrollo de los contenidos: Verónica Asurey; Verónica Carmona Barrenechea, Paula Gómez y Juan Cruz Wiemeyer. Relevamiento realizado por integrantes de las Oficinas de Atención Descentralizada de La Boca – Barracas: Mariela Valentini y Carlos Calbiño; Villa Soldati – Nueva Pompeya: Carlos Danielli y Verónica Carmona Barrenechea; y Mataderos – Liniers: Juan Cruz Wiemeyer y Julieta Parellada.

En cuanto al lugar que ocupa la atención de la salud mental a nivel comunitario, resulta valiosa la lectura de datos de la cartera de Salud local. Acorde a datos oficiales elaborados por el Ministerio de Salud del GCBA, el 34,1% de las prestaciones profesionales no médicas realizadas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) corresponden a psicología y psiquiatría; alcanzando 91.898 prestaciones para el año 2012, y siendo la especialidad no médica más consultada² en los centros de salud. Esto se refleja a su vez en la dificultad que refieren tener los CeSACs para hacer frente a la siempre creciente demanda del barrio, especialmente en el caso de atención a niñas, niños y adolescentes³.

Desde este Ministerio Público Tutelar se considera fundamental relevar de qué modo la LNSM impacta en los efectores primarios de salud, atento la preponderancia que les asigna la nueva normativa.

Es por ello que este documento tiene como objetivos:

- Realizar una descripción de los principios de la LNSM y su reglamentación
- Indagar acerca del impacto de la LNSM en efectores de atención primaria de la salud en la zona sur de la CABA
- Conocer la perspectiva de los efectores y profesionales en relación a obstáculos y facilitadores de la LNSM

Se destaca que este trabajo se ha realizado de forma coordinada entre distintas oficinas de la Asesoría General Tutelar (AGT), del Área de Salud Mental y de las Oficinas de Atención Descentralizada de La Boca - Barracas, Villa Soldati - Nueva Pompeya y Mataderos - Liniers, como parte de las tareas

2 Se consideran consultas médicas a las realizadas en las siguientes especialidades: clínica, medicina general familiar, pediatría, tocoginecología y otras (no precisadas). Por prestaciones profesionales no médicas se considera a las siguientes: psicología y psiquiatría, psicopedagogía, trabajo social, fonoaudiología, kinesiología, odontología, nutrición y obstetricia. Información provista por el Ministerio de Salud del GCBA. Disponible en [Anuario Estadístico 2012 Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos \(Ministerio de Hacienda GCBA\)](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estadistico_2012.pdf) Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estadistico_2012.pdf

3 Del relevamiento realizado en los CeSACs la mayor parte de los entrevistados refirieron tener listas de espera, que son mayores en el caso de niñas, niños y adolescentes que en el de adultos. Los profesionales realizan una entrevista de admisión para evaluar la gravedad de la persona y en caso de que sea una urgencia se intenta atender lo antes posible.

de monitoreo llevadas adelante por este Ministerio Público Tutelar, y enmarcadas en el proceso de descentralización de la AGT, cuyos objetivos comprenden facilitar el acceso a la Justicia y la efectivización de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y personas con padecimiento en la salud mental en más grave situación de vulnerabilidad social.

Con estos objetivos se realizará, en primer lugar, una reseña sobre las herramientas metodológicas y el instrumento de relevamiento diseñado para las entrevistas y el trabajo de campo. Luego se enumerarán sintéticamente los principales indicadores sociales de las Comunas 4, 7, 8 y 9, bajo las cuales se concentra geográficamente este relevamiento. En tercera instancia se describirán los principales aspectos de la LNSM, y su reglamentación, resaltando los principales avances de la misma. Dentro de esta sección, se analizarán los principios del enfoque comunitario y la atención primaria en la salud mental. A continuación se trabajará sobre diferentes aspectos de la ley, y su correlato en la implementación en los efectores de salud de zona sur, realizando un contrapunto con los resultados arrojados por el trabajo de campo elaborado. Por último se intentarán esbozar líneas de reflexión a fin de contribuir al debate y a la construcción de políticas públicas respetuosas de los derechos humanos.

2. Aspectos metodológicos

Para el desarrollo de esta investigación se realizó trabajo de campo utilizando técnicas mixtas de investigación cuanti y cualitativa. Se diseñó un instrumento de relevamiento y se llevaron adelante entrevistas en profundidad semi estructuradas a actores claves de la temática. En esta línea, entre los meses de mayo a diciembre del año 2013 se realizaron 25 visitas y entrevistas⁴ a los equipos de Salud Mental de los principales efectores del nivel primario del subsistema estatal de salud de zona sur de la Ciudad de Buenos Aires: Centros

⁴ Se acompaña en el anexo el listado de efectores entrevistados.

de Salud y Acción Comunitaria (CeSACs) y otros organismos dependientes del Ministerio de Salud porteño que trabajan específicamente sobre adicciones⁵.

El trabajo fue llevado adelante por profesionales de la Asesoría General Tutelar, del Área de Salud Mental y de las Oficinas de Atención Descentralizada de La Boca-Barracas, Villa Soldati - Nueva Pompeya y Mataderos-Liniers. Se destaca la interdisciplinariedad del abordaje y de la conformación del equipo de trabajo.

Es importante resaltar que para el desarrollo de este estudio se ha realizado un recorte geográfico poniendo el foco principalmente en efectores de las comunas 4, 7, 8 y 9⁶, que son a su vez, dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, las que concentran los niveles más altos de pobreza, indigencia, déficit habitacional, hacinamiento, desempleo y mayor proporción de niñas, niños y adolescentes, entre otros aspectos. A su vez, es en las Comunas mencionadas donde se concentra el principal número de villas, barrios municipales y asentamientos precarios. De esta forma se busca especialmente analizar una problemática de suma importancia y complejidad en las zonas donde habitan sectores con alto grado de vulnerabilidad socioeconómica.

Caracterización de las Comunas 4, 7, 8 y 9

5 Dentro del recorte geográfico realizado se buscó entrevistar al universo total de efectores relacionados a la temática. Sin embargo en el mes de octubre de 2013 mediante el Memorandum ME-2013-05103754-SSAIS se establece un protocolo de actuación en el caso de visitas realizadas por personal del Ministerio Público Tutelar. Si bien este protocolo no implica que no se puedan realizar entrevistas y visitas se constituye a todas luces como una restricción al acceso a la información y fue interpretado por profesionales de los Centros de Salud como una limitación a su libertad de recibir profesionales de la AGT y de brindar información, por lo que incluso entrevistas que ya habían sido concertadas fueron canceladas por parte de los profesionales de salud. Respecto a la problemática específica de adicciones, se contactó a los Centros de Intervenciones Asistenciales Comunitarias (CIAC), dependientes del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA. Se realizaron una serie de entrevistas pero un número de ellas fueron canceladas por los profesionales de los CIACs, solicitando autorización de la Dirección del Programa. Debido a que el número total de CIACs relevados no puede considerarse una muestra metodológicamente representativa no fueron tomados dentro del análisis de este documento. Asimismo cabe destacar que si bien no es parte del relevamiento realizado dentro de la dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud funciona el dispositivo ADOP- ADOP Atención domiciliaria psiquiátrica – psicológica programada en situaciones de crisis (ADOP) y Atención domiciliaria psiquiátrica – psicológica infantil programada en situaciones de crisis (ADOPi). Adop - Adopi es un dispositivo para dar respuesta a aquellas patologías de salud mental que por su severidad requieren de la atención domiciliaria interdisciplinaria. http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/archivos/adop.pdf

6 Se incluyó también al Centro Carlos Gardel que se encuentra en la Comuna 3.

Entre los principales indicadores de estas comunas acorde a datos oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires⁷ y del Censo 2010⁸, se destacan los siguientes:

- **Mayor proporción de niños, niñas y adolescentes.** De acuerdo a los datos poblacionales del Censo 2010, las Comunas 4, 7, 8 y 9 son las que en toda la Ciudad de Buenos Aires presentan el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes sobre el total de su población (Comuna 4: 25,10%; Comuna 7: 22,28%; Comuna 8: 29,98%; Comuna 9: 22,46%). A su vez, teniendo en cuenta las cifras absolutas, las Comunas con mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes de toda la Ciudad de Buenos Aires son la Comuna 8, la 4 y la 7 (56.125, 54.785 y 49.156 niños respectivamente)
- Comparativamente **niveles más elevados de desempleo.** Mientras que la Ciudad de Buenos Aires presenta en promedio un 2,8% de los jefes de hogar desocupados, puede observarse que las Comunas 4 y 8 tienen valores superiores al promedio (3,6% en el caso de la Comuna 4 y 4,1% en el caso de la 8). Las Comunas 7 y 9 presentan valores de 1,6% y 1,9%.
- En cuanto a la situación habitacional de la población en esas comunas se registran altísimos **niveles de hacinamiento crítico**⁹. En la CABA la mayor parte de los hogares son habitados en promedio por 1 a 3 personas por ambiente, llegando a ser más de 3 personas únicamente en el 1,6% de los hogares, lo que constituye hacinamiento crítico. Se

7 La información proviene de los siguiente informes oficiales: a) "INDICADORES SOCIALES: MERCADO DE TRABAJO; SALUD; POBREZA E INDIGENCIA", Área Información Monitoreo y Evaluación Subsecretaría de Administración, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinación General Lic. Irene Novacovsky. Disponible en:

http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/evaluacion_programas/informes_condiciones_vida/Indicadores_sociales_2012.pdf b) Anuario Estadístico 2012.

Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estadistico_2012.pdf c) Encuesta Anual de Hogares 2012. Ciudad de Buenos Aires. Tabulados Básicos. Versión al 15/01/2014. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/cuadros_basicos/2012_tabulados_basicos.pdf

8 Datos disponibles en <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

9 Se considera hacinamiento crítico a los hogares con más de tres personas por cuarto (sin considerar la cocina y el baño). Fuente: Situación y Evolución Social (Síntesis N°4); INDEC.

observa entonces que en la Comuna 4 este número asciende al 2,6%; en la 7 a 2,3%; en la 8 a 4,3% y en la 9 a 1,5%. Es decir que en el caso de las Comunas 4 y 8 los hogares con hacinamiento crítico casi duplican y triplican al promedio del resto de la ciudad. A su vez, en estas dos Comunas se presentan también **altos índices de hogares que residen en una vivienda con tenencia irregular**, es decir de aquellos propietarios de la vivienda solamente (sin el terreno), ocupante en relación de dependencia o por trabajo, ocupante por préstamo, cesión o permiso, ocupante de hecho, etc. (19,8% en la Comuna 4 y 22,4% en la Comuna 8).

- **Mayores porcentajes de población de 3 años y más que asiste o asistió a un establecimiento educativo del sector público** (en la Comuna 4 el 83,5%; en la Comuna 7 el 74,3%; en la Comuna 8 el 82,8% y en la Comuna 9 el 76,2%).
- **Alto porcentaje de población que cuenta sólo con el sistema público de cobertura médica.** Todas las comunas donde se encuentran los efectores relevados para el presente estudio cuentan con porcentajes de población que utilizan exclusivamente el sistema público de salud muy superiores al promedio de la Ciudad, que es de 17,6%. Así, la Comuna 4 cuenta con el 36%; la Comuna 7 con el 24,7%, la Comuna 8 con el 40,4%; y la Comuna 9 con el 21,7%.
- Elevadas tasas de **mortalidad infantil** por mil nacidos vivos. Tomando como referencia la comuna de residencia de la madre, durante el período 2008-2012 el promedio de mortalidad infantil para la Ciudad es de 7,3%. En cambio, la Comunas 4, 8 y 9 se encuentran por encima del promedio: 9,8 % para la Comuna 4; 11,9% para la 8 y 8,3% para la 9. La comuna 7 presenta un 6,2%. A esta estadística vital se suma la edad promedio al fallecimiento, que también indica que las Comunas 4 y 8 tienen una esperanza de vida menor al nacer en relación al promedio de la Ciudad.

- Tienen los **promedios de ingreso total familiar más bajos de la ciudad**, y altos porcentajes de hogares con **ingresos menores a la Canasta Total**¹⁰. De las comunas bajo análisis los siguientes porcentajes corresponden a hogares que no pueden cubrir con sus ingresos la Canasta Total, en la Comuna 4 el 41,1%; en la 7 el 25,7%; en la 8 el 45,3% y en la 9 el 27,2%. Estos números tan elevados dan cuenta de la situación en la que se encuentran un gran porcentaje de habitantes de estas comunas que no pueden cubrir los requerimientos mínimos necesarios diarios.
- **Porcentajes más elevados de analfabetismo.** Mientras que el promedio de la Ciudad de Buenos Aires es de 0,5%; en las Comunas 4 y 7 asciende al 0,8%; en la Comuna 8 al 1,1%, y en la Comuna 9 al 0,6%. En el caso de la Comuna 8, concentra por si sola casi un 15% del total de la tasa de analfabetismo de la Ciudad de Buenos Aires.

3. La Ley Nacional de Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental -Nº 26.657- tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que accedan al sistema de salud mental, así como el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento en su salud mental que se encuentren en territorio nacional¹¹. Es así que no se trata únicamente de una norma de salud pública, sino también de derechos humanos, que establece un marco mínimo de derechos aplicable a todos los servicios y efectores de salud públicos y privados del país.

10 Para determinar la Canasta Básica Total se consideraron los bienes y servicios no alimentarios y se amplió la CBA utilizando la inversa del "Coeficiente de Engel" (CdE), definido como la relación entre los gastos alimentarios y los gastos totales observados. Tanto la CBA, como los componentes no alimentarios de la CBT se ajustan cada mes con las variaciones de los precios relevados por el Índice de Precios al Consumidor (IPC-GBA). Dado que los requerimientos nutricionales son diferentes según la edad, el sexo y la actividad de las personas es necesario hacer una adecuación que refleje las características de cada individuo en relación a sus necesidades nutricionales. INDEC. Disponible en: http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/novedades/informe_canastas_basicas.pdf

11 Ley 26.657, artículo 1: "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".

La ley reconoce a la salud mental como un proceso determinado no sólo por componentes biológicos y psicológicos, sino también históricos, socioeconómicos y culturales, cuya preservación y mejoramiento se vincula a la concreción de los derechos humanos y sociales¹².

Esta ley presume la capacidad de todas las personas. Fue reglamentada en mayo de 2013, mediante el Decreto 603/2013.

La promulgación de la ley 26.657 vino a dar cumplimiento con los compromisos internacionales asumidos por nuestro país y avanzó hacia el reconocimiento de las personas con padecimiento en su salud mental como sujetos de derechos. Establece un nuevo estándar a partir del cual monitorear las políticas públicas y las intervenciones estatales. Si bien la Ciudad de Buenos Aires incluyó la desinstitutionalización progresiva entre sus cláusulas constitucionales y cuenta con una Ley de Salud Mental –Nº 448- que sirvió como antecedente a la ley nacional, la transformación que implica el paradigma propuesto en esas normativas es aún un desafío pendiente¹³.

1.- Internaciones voluntarias e Involuntarias

La LNSM considera a la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.¹⁴

Destaca, asimismo, que la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios y que en ningún caso 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.¹⁵

12 Ley 26.657, artículo 3: “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.”

13 “IV Los diagnósticos como forma de discriminación” en Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional Nº 26.657. Ministerio Público Tutelar de la CABA. Eudeba.

14 Artículo 14 LNSM.

15 Artículo 15 LNSM.

La ley distingue internaciones voluntarias e involuntarias. Las primeras¹⁶ son aquellas internaciones que se hacen con el consentimiento informado de la persona en forma directa, sin intervención de un representante legal. Una de las características fundamentales de este tipo de internaciones es que la persona puede abandonarla en cualquier momento. Pero si llegare a superar los 60 días de internación la misma debe ser notificada al Órgano de Revisión y al Juez competente, quien en un plazo de 5 días debe evaluar si la internación continúa siendo voluntaria o no, transformándola en involuntaria.

Con respecto a las internaciones involuntarias, el artículo 20 de la ley 26.657 determina que sólo deben concebirse como recursos terapéuticos excepcionales, 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.

Con relación a este punto, la nueva ley de salud mental elimina el concepto de peligrosidad, esto quiere decir que invierte la carga de la prueba. Con la normativa anterior se debía acreditar por qué no se requería internación, a partir de la nueva normativa se debe acreditar por qué se requiere la internación.

Un aspecto relevante que introduce la nueva ley en su artículo 21 es que el Juez ya no puede disponer la internación o no de la persona, sino que sólo puede intimar a que se efectivice la internación involuntaria recomendada por el equipo tratante, cuando el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la ley de salud mental modifica lo dispuesto por la normativa anterior respecto de las altas, esto es, la decisión de la externación responde al criterio del equipo tratante y deja de ser una decisión jurisdiccional.

Es importante mencionar que ante la internación involuntaria de una persona el equipo tratante debe dar notificación de esta circunstancia al Juez y al órgano de revisión.

16 Artículo 18 LNSM.

En lo que respecta a las internaciones por padecimiento en salud mental, la ley en su artículo 28 establece que las mismas deben realizarse en hospitales generales, sin discriminación. Dejando en claro que los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, y que 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. Siguiendo esta línea de pensamiento, en su artículo 27, la ley prohíbe expresamente la creación de nuevos manicomios neuropsiquiátricos e instituciones de internación monovalentes.

II. Internaciones de niños, niñas y adolescentes

Cuando la internación sea de personas menores de 18 años de edad, la ley en su artículo 26 establece que deben cumplirse los requisitos previstos para las internaciones involuntarias, ello a fin de dotar de mayores garantías a los niños, niñas y adolescentes.

Si bien la voluntad del niño, niña o adolescente en este caso no es vinculante, es indispensable que la misma sea tenida en cuenta.

En las internaciones de personas menores de edad adquiere gran importancia el derecho al consentimiento informado, el cual tiene como ejes en lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, el respeto al derecho a ser oído, a ser informado, a que su opinión sea tenida en cuenta, todo ello entendiendo que las personas menores de edad cuentan con autonomía progresiva.

Una interpretación contraria de esta normativa afecta seriamente la autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes.

III. Consentimiento Informado

El derecho al consentimiento informado esta contemplado en la normativa local e internacional. En particular, la LNSM, la Ley de Derechos del Paciente y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad contemplan

el derecho del paciente a recibir información adecuada y comprensible acerca de su estado de salud, tratamiento y alternativas de atención.

El derecho al consentimiento informado es el derecho a recibir información adecuada y comprensible -a través de medios y tecnologías adecuadas- acerca del estado de salud, tratamiento y alternativas de atención. Ese consentimiento debe ser obtenido libremente, otorgado voluntariamente y luego de haber recibido toda la información adecuada, accesible y comprensible.

El consentimiento informado es de vital importancia, dado que protege los derechos del paciente a participar en la toma de decisiones sobre su salud, a la vez que garantiza que las prácticas de salud respeten la autonomía y libre determinación, la integridad física y psíquica y la dignidad de toda persona.

Es importante señalar que en caso de tratamientos prolongados es necesario que el consentimiento sea renovado periódicamente y/o ante la modificación de algún aspecto del mismo.

IV. Patrocinio Letrado

La ley de Salud Mental incorpora la figura de la defensa para aquellas personas que se hallan internadas involuntariamente, esto es, el derecho a designar un abogado.

Conforme al artículo 22 de la ley, la persona internada involuntariamente, o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. En caso de que la persona no lo hiciera, la ley contempla que sea el Estado el que deba proporcionarle uno desde el momento de la internación.

El defensor representará los intereses de la persona internada, ello es así independientemente de que el mismo sea designado por su representante legal. En este sentido, será función del defensor oponerse a la internación y solicitar la externación de la persona en cualquier momento. La norma aclara que el juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

A partir de la incorporación de este punto, se puede observar cómo prevalece la voluntad y preferencia de la persona internada.

Es importante señalar que en el caso de que la persona internada sea un niño, niña o adolescente el abogado defensor además debería ser un abogado especializado en niñez.

V. Las adicciones como parte integrante de la Ley de Salud Mental

La LNSM incluye las adicciones dentro sus previsiones. Así, el artículo 4 de la ley expresa que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Asimismo, en el artículo 4 de su decreto reglamentario, se incorpora la perspectiva de reducción de daños para abordar la problemática. Esto se traduce en que los dispositivos de atención ofrecidos para quienes se encuentren atravesados por la problemática de adicción deben ajustarse a los derechos y garantías que promueve la legislación vigente. Las personas con consumo problemático de sustancias o cualquier otra situación que motive la consulta a un equipo de salud tienen derecho a acceder a un dispositivo de atención que contemple la perspectiva de derechos humanos, así como las circunstancias históricas, socio-económicas, culturales, biológicas y psicológicas de su padecimiento. La propuesta de la ley es sostener una mirada sobre las adicciones que las conciba –tal como debiera suceder con otras problemáticas- como un padecimiento de la salud mental y no como un cuadro psicopatológico que merezca un único modelo de tratamiento excluido de la comunidad¹⁷.

VI. Presupuesto para atención primaria

La LNSM obliga al Poder Ejecutivo a incrementar progresivamente las partidas presupuestarias destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del

¹⁷ Curso Virtual On line sobre la temática de Infancia y Salud Mental dictado durante en año 2011, supervisado por la Asesoría General Tutelar.

10%¹⁸. Sin embargo en la Ciudad de Buenos Aires no alcanza un 8% del presupuesto.

En el año 2013, un 86% del gasto total de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud mental fue destinada a los hospitales monovalentes, presupuesto que resulta mayor al del año anterior -2012- que representaba un 83%. A la inversa, la participación del gasto destinado a la atención ambulatoria (Centros de Salud), como los denominados “Programas Residenciales y de Reinserción social” y a los Talleres Protegidos, se reduce del 17% en 2012 al 14% en 2013¹⁹.

Si bien la LNSM establece de forma taxativa los aspectos relacionados al incremento del presupuesto de salud mental, y considerando que el análisis presupuestario de una política pública es una herramienta fundamental para observar avances y retrocesos en el cumplimiento de derechos, nos encontramos frente a una dificultad para realizar un análisis detallado del mismo a nivel de la atención primaria de la salud. De la información pública presentada por el Gobierno de la Ciudad en relación al presupuesto, se observa que los CeSACs cuentan con presupuesto para su funcionamiento, aunque dentro del mismo no se puede detallar qué porcentaje es destinado al área de salud mental. Es decir que la información con la cual se dispone permite por un lado observar que ha disminuido el porcentaje de presupuesto destinado a la atención primaria de la salud mental, pero no con un grado mayor de precisión.

VII. Modificaciones al Código Civil

La LNSM produjo varias modificaciones al Código Civil de la Nación. En primer lugar incorpora como artículo el 152 ter, en el cual se establece que las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deben fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias, y se

¹⁸ Ley 26.657: 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.

¹⁹ Niñez, Adolescencia y Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar. Eudeba. 2013

establece que esas declaraciones judiciales no podrán extenderse por más de 3 años y que deben afectar lo menos posible la autonomía personal.

Otra de las modificaciones que instala la ley es la reforma del artículo 482 del Código Civil, que actualmente dispone que la persona declarada incapaz por causa de una enfermedad mental o adicciones no podrá ser privada de su libertad personal, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, debiendo ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Asimismo, dispone que 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. Y agrega que a pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 del Código, 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.

4. El enfoque comunitario y la atención primaria en la salud mental

En lo que implica la modalidad de abordaje, la LNSM promueve claramente la atención desde un enfoque comunitario, interdisciplinaria e intersectorial y la preferencia de los servicios, dispositivos y prestaciones de no internación. Concretamente, el Artículo 9° de la LNSM establece que *“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”*. Asimismo ese artículo destaca que *“se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”*.

Por su parte, el Decreto reglamentario²⁰ establece en su Artículo 9° una serie de principios a los que deberán ajustarse las políticas públicas en materia asistencial: *“a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona, b)*

²⁰ Decreto 603/2013, artículo 9°.

Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona, c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda, d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva, e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas”.

El Decreto 603/13 profundiza la necesidad de un abordaje interdisciplinario e intersectorial en la atención primaria. En efecto, en su Artículo 9º señala también que el Ministerio de Salud de la Nación, como autoridad de aplicación de la ley, *“promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental”.*

La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires – Ley N° 153/99 – organiza al subsector estatal de salud por niveles de atención y establece que, el primer nivel *“comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias”²¹.*

Los principales efectores del primer nivel de atención de la salud en la Ciudad de Buenos Aires que se tomaron para la realización de este informe son los CeSACs²², que se encuentran insertos en el territorio y conocen las características y población de cada uno de los barrios. Se tomaron también los

²¹ Ley N° 153/99, Artículo 18.

²² En cuanto a salud mental comunitaria resulta valiosa la experiencia del CeSAC N° 24 en el Barrio Ramón Carrillo y el Programa de Atención comunitaria de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos (PAC), que hoy se encuentra desarticulado. Como relata la directora del CeSAC, Dra. Marcela Corín, en relación a la lógica de trabajo y de la constitución interdisciplinaria de estos equipos (en la actualidad se incorporaron al equipo un psiquiatra infanto-juvenil, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional) “tienen como eje central de su tarea acompañar y sostener los procesos evolutivos y del devenir de niños, niñas y adolescentes con problemáticas psicosociales complejas desde una perspectiva de protección de derechos”. Niñez, Adolescencia y Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar. Eudeba. 2013

efectores de atención primaria dependientes del Ministerio de Salud porteño que trabajan en la temática de adicciones²³.

Gran parte de estos efectores tienen una larga historia en la comunidad en la cual se encuentran insertos, e incluso están allí por el propio esfuerzo de los vecinos quienes décadas atrás ayudaron a construir “la salita”. En este sentido “lo comunitario” se vuelve un rasgo central que hace a la práctica de la atención primaria de la salud: el contacto con el barrio y la cercanía de los profesionales con la población con la que trabajan, tanto con los vecinos como con otros efectores –organizaciones sociales, comedores, escuelas, parroquias, etc.-.

A su vez, cada efector se encuentra atravesado por las problemáticas y dinámicas propias del barrio en el que se encuentra inserto, mientras que presenta particularidades en la perspectiva que adopta respecto a los principios de la atención primaria de la salud: si se priorizan líneas de trabajo en dirección del abordaje comunitario, si el foco se pone en la atención individual o si se implementan ambas líneas a distintos niveles. La conformación de los equipos que trabajan en estos efectores vinculados a la salud mental es sumamente diversa, tanto en relación a las diferentes formaciones de sus profesionales como en el número de profesionales que lo integran (en este sentido algunos de los Centros contaban con equipos de 10 psicólogos, mientras que otro sólo con 1). También presentan diferencias en cuanto a la infraestructura: los efectores más nuevos tienen comparativamente mejores condiciones edilicias, cuentan con espacios más amplios y adecuados para poder dar respuesta a la demanda del barrio.

El procesamiento de la información obtenida permite conocer las principales características y formas de trabajo de los efectores de zona sur, buscando patrones de actuación por un lado y cuestiones más específicas de cada efector por el otro; identificando avances y retrocesos en la implementación de la LNSM a más de 3 años de haber sido sancionada.

23 Centro de Día Carlos Gardel, Centro de Día para el Tratamiento de Adicciones: La Otra Base de Encuentro, Centro de Día de las Adicciones Dr. Enrique Biedak.

5. De la ley al barrio: la implementación de la LNSM en la zona sur

Como fue previamente desarrollado, el enfoque comunitario es uno de los rasgos centrales de la LNSM. Es por ello que en esta sección se buscará trazar puentes entre la normativa y la práctica, tomando algunos de los aspectos más relevantes de la LNSM -entre ellos abordaje interdisciplinario, articulación intersectorial, atención de adicciones, conocimiento de la LNSM por parte de los efectores- y analizando por un lado la normativa y por el otro cómo se lleva adelante la implementación en los efectores de salud de zona sur. Se buscará de esta manera indagar acerca de los avances y dificultades a más de tres años en la sanción de la ley.

I. Abordaje interdisciplinario

La ley 26.657 promueve 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, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes²⁴. La reglamentación del artículo específicamente expresa que las disciplinas enumeradas no son taxativas.

En ese sentido, la ley reconoce la importancia del abordaje interdisciplinario de las diferentes situaciones. Así, establece en su artículo 5º que sólo una evaluación interdisciplinaria, en una situación particular y en un momento determinado permite presumir riesgo de daño o incapacidad. Asimismo prevé en su artículo 16 que toda disposición de internación, dentro de las 48 horas, debe cumplir con el requisito de una evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y los motivos que la justifican 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.

Por otra parte la interdisciplinariedad parece ser una característica inherente al trabajo llevado adelante por los efectores de atención primaria para poder

²⁴ Artículo 8º, ley 26.657.

abordar las problemáticas propias de las comunidades en las que se encuentran insertos, que no tienen una raíz única en cuestiones de salud, sino que especialmente en la zona sur de la Ciudad, donde se concentra este informe, están atravesadas por situaciones de vulnerabilidad, combinando condiciones de hábitat y vivienda deficitarias, pobreza, entre otras cuestiones, las cuales requieren necesariamente una mirada que combine distintos aspectos.

Del trabajo de campo realizado se destaca que **el 96,42%, es decir prácticamente todos los efectores consultados, refieren realizar un abordaje interdisciplinario**, tanto en lo relativo al trabajo como a la conformación de los equipos.

En los CeSACs se encontró que los equipos de salud mental propiamente dichos suelen estar conformados generalmente por psicólogas/os y en algunos casos psicopedagogas/os y/o psiquiatras²⁵. Por otro lado, todos los CeSAC cuentan además con al menos un/a trabajador/a social y profesionales médicos y no médicos de diversas disciplinas (pediatras, ginecólogas/os, generalistas, fonoaudiólogas/os etc.). El abordaje interdisciplinario se da a través del trabajo conjunto de los profesionales de salud mental con los de las otras disciplinas, fundamentalmente con la de trabajo social.

De las entrevistas es interesante destacar algunas respuestas de profesionales de los CeSAC en torno a la consulta sobre el abordaje interdisciplinario.

- En el CeSAC 39 de Parque Patricios consideran que trabajan interdisciplinariamente, con profesionales de distintas disciplinas desde médicos, psicólogos, sociólogos, comunicadores sociales. Destacan que el abordaje del CeSAC es interdisciplinario y basado en la atención primaria de la salud, por lo que esta perspectiva también incluye a lo que se refiere a salud mental.

²⁵ Son muy pocos los CeSACs que cuentan con un profesional de esta disciplina.

- CeSAC 18 de Villa 20: destaca que la propia conformación del equipo es interdisciplinaria y se hacen interconsultas dentro del equipo y del Centro. Asimismo ponen como ejemplo distintos programas que se implementan y que son interdisciplinarios como el “Grupo Esperanza”²⁶ conformado por psicólogos, trabajadores sociales, fonoaudiólogo, nutricionista, kinesiólogo y otros profesionales.
- CeSAC 20 de la Villa 1-11-14: consideran fundamental la forma de trabajo interdisciplinaria. A tal efecto mencionan que una vez por semana se reúnen todos los profesionales para trabajar en ateneo sobre las consultas recibidas en el Centro.
- CeSAC 30 del NHT Zavaleta y Villa 21-24: realiza trabajo interdisciplinario con profesionales del mismo centro. Menciona: trabajo social, nutrición y pediatría.
- CeSAC 41 del barrio de La Boca: el equipo está conformado por profesionales de distintas disciplinas, *“pensado de este modo para tener las distintas miradas en una misma situación, sobre todo a la hora de la realización de los grupos de admisión”*.
- CeSAC 5 de Villa 15 “Ciudad Oculta” y NHT Del Trabajo: el abordaje interdisciplinario se lleva adelante en algunas áreas, por ejemplo en el caso de adolescentes, la psicóloga plantea que *“en el 90% de los casos se trabaja de manera conjunta con trabajo social o pediatría”*
- CeSAC 7 del CU Piedrabuena, Villa 17 y Asentamiento Scarpino: resalta que trabaja interdisciplinariamente en las actividades de prevención y en problemáticas específicas (violencia, abuso, algunos problemas médicos).

²⁶ Es un programa destinado a mejorar la accesibilidad al sistema de salud de niñas, niños, adolescentes y adultos con alguna discapacidad, articulando con otros sectores y niveles de atención, realizando acompañamiento individual y familiar.

- CeSAC 9 de La Boca: todo el trabajo dentro del centro de salud está pensado interdisciplinariamente. Los profesionales destacan *“desde el equipo de salud mental, ya la admisión es interdisciplinaria, para tener las distintas miradas, aportes de cada disciplina. Cada profesional dentro del centro de salud tiene varios equipos de pertenencia, y siempre es con el objetivo de una mirada y un abordaje interdisciplinario”*.
- CeSAC 10, Centro de día para la asistencia de las adicciones Biedak: consideran que la problemáticas de las adicciones requieren de un trabajo interdisciplinario. *“Es impensable un abordaje efectivo sin la articulación entre Psicólogos, Psiquiatra, Trabajo Social y médico clínico”*.

Es de destacar que se observó que muchos de los equipos entrevistados presentaban heterogeneidades al interior del mismo en lo que se refiere a la manera de pensar el trabajo interdisciplinario. Es decir, que dentro de un mismo equipo coexisten: a) profesionales psicólogos que incorporan a las otras disciplinas desde el primer momento para pensar y sostener conjuntamente estrategias de abordaje con base en lo comunitario; b) profesionales psicólogos que realizan interconsultas puntuales con otras disciplinas del mismo centro; y c) profesionales psicólogos más abocados a la atención individual de consultorio.

Entre las dificultades para el abordaje interdisciplinario, un profesional manifestó en una entrevista que si bien en su centro se aplica la misma se hace de manera informal, y que por eso consideraba que debería implementarse de modo formal, con circuitos establecidos. Otro profesional por su parte comentó que *“En los casos que vienen derivados de otras especialidades del mismo CeSAC se conversan algunas cuestiones, pero no se piensan las estrategias de manera interdisciplinaria”*. De esta manera queda de manifiesto que en muchos casos si bien se busca la implementación de un abordaje interdisciplinario, no existen lineamientos claros ni canales predeterminados, sino que la misma se encuentra sujeta a la voluntad de los distintos profesionales.

Un último punto a resaltar es que la mayoría de los CeSAC relevados no cuentan con médicos psiquiatras en la conformación de sus equipos, lo cual es reconocido por los profesionales como una gran carencia a nivel de recursos humanos. Esta situación da lugar a que en la mayoría de los CeSAC no se atiendan personas con padecimientos en su salud mental que por su complejidad requieran asistencia psiquiátrica, constituyéndose esta condición en un criterio de exclusión del sistema de salud en el ámbito comunitario. Generalmente estos casos son derivados de manera informal a los hospitales de cabecera (Penna, Piñero, Argerich²⁷) u hospitales monovalentes (Tobar García, Alvear, Borda, Moyano).

En lo que respecta a los efectores dependientes del Ministerio de Salud que trabajan específicamente con adicciones, se destaca que los equipos están compuestos de manera interdisciplinaria y se observa más claramente la implementación de abordajes interdisciplinarios en sus actividades.

II. Articulación intersectorial

La LNSM reconoce a las personas con padecimiento en su salud mental una serie de derechos que enumera en su artículo 7º; entre ellos, que se promueva su integración familiar, laboral y comunitaria²⁸. Tanto el artículo 11 como el artículo 36 de la LNSM reconocen la profunda relevancia de la articulación intersectorial, estableciendo que debe promoverse en todas las jurisdicciones del país la coordinación de las áreas de salud con las de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan a los fines de implementar acciones tanto de prevención y atención en salud mental comunitaria, como de inclusión social, laboral y comunitaria. Así, el artículo 11 destaca que 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*

²⁷ Cabe aquí hacer la aclaración de que los CeSAC dependientes del Hospital Santojanni destacaron que no realizan derivaciones para atención psiquiátrica a ese hospital debido a que el Servicio de Salud Mental no funciona de manera adecuada y rechaza la atención de pacientes que llegan con derivación de los CeSAC de su área programática.

²⁸ Artículo 7º Inc. c) Ley 26.657.

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". A su vez, el Decreto 603/13 al reglamentar el artículo 11 promueve el armado de una red de servicios con base en la comunidad, la cual debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: "centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social".

Del relevamiento realizado surge que en los efectores de atención primaria de salud mental de la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires se trabaja en forma articulada con otras áreas de gobierno -especialmente con desarrollo social y educación- y con efectores comunitarios de cada barrio en el que se encuentran insertos (comedores, parroquias, organizaciones, etc.). Uno de los puntos importantes que surge de las entrevistas es que la articulación con efectores de otras áreas se produce generalmente de manera informal, no existiendo circuitos institucionales o protocolos establecidos de antemano. Las mismas suelen realizarse, dependiendo del caso, mediante el envío de una nota o llamado telefónico y dependen mucho de los contactos personales establecidos entre los profesionales de las distintas áreas.

Por otra parte es de resaltar que existe fuerte articulación de los efectores de salud mental relevados con los efectores locales de cada barrio, lo cual, en consonancia con la LNSM, orienta la intervención a la restitución y promoción de los lazos sociales comunitarios y sustenta la atención desde una red de servicios con base en la comunidad.

Es importante destacar que, como se marcó en el apartado referido al abordaje interdisciplinario, al interior de los equipos existe también una heterogeneidad en lo vinculado a la articulación intersectorial, pudiéndose observar que los profesionales y equipos más propensos a pensar el abordaje de manera

interdisciplinaria, también son más dados a trabajar articuladamente con otras áreas y efectores tanto gubernamentales como comunitarios.

Por último cabe destacar que muchos profesionales entrevistados subrayaron que, si bien articulan cotidianamente acciones con otras áreas en pos de una mejor intervención, para avanzar en la dirección propuesta por la LNSM en relación a la progresiva desinstitucionalización aún resta la creación de muchos dispositivos y servicios alternativos, como casas de medio camino y dispositivos habitacionales, entre otros.

III. Atención de adicciones y derivaciones

La LNSM establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental²⁹. Así, los dispositivos de atención ofrecidos para quienes se encuentren atravesados por la problemática de adicción deben ajustarse a los derechos y garantías que promueve la legislación vigente. Las personas con consumo problemático de sustancias o cualquier otra situación que motive la consulta a un equipo de salud tienen derecho a acceder a un dispositivo de atención que contemple la perspectiva de derechos humanos, así como las circunstancias históricas, socio-económicas, culturales, biológicas y psicológicas de su padecimiento. La propuesta de la ley es sostener una mirada sobre las adicciones que las conciba –tal como debiera suceder con otras problemáticas- como un padecimiento de la salud mental y no como un cuadro psicopatológico que merezca un único modelo de tratamiento excluido de la comunidad³⁰.

A la luz de los preceptos de la ley es esperable que los tratamientos propicien un abordaje interdisciplinario e integral de la problemática, se elaboren estrategias de externación desde el inicio de cada tratamiento de internación, se facilite el acompañamiento de las redes sociales de cada usuario en su tratamiento, se establezcan planes de medicación enmarcados en un abordaje interdisciplinario y que se promuevan espacios psicoterapéuticos que aborden la relación singular de cada sujeto con el tóxico. La ley especialmente señala

²⁹ Conf. artículo 4 Ley 26.657.

³⁰ Curso Virtual On line sobre la temática de Infancia y Salud Mental dictado durante en año 2011, supervisado por la Asesoría General Tutelar.

que las personas con uso problemático de sustancias tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la LNSM, en su relación con los servicios de salud.

Paradójicamente, y a pesar de lo previsto por la LNSM, del relevamiento realizado surge que en casi ninguno de los CeSAC relevados –efectores de atención primaria propios del sistema de salud- se atienden problemáticas de adicciones. Incluso las mismas constituyen en los CeSAC criterios de exclusión y las personas con situaciones de consumo problemático son derivadas para su atención a efectores específicos que trabajan el tema (Centro Carlos Gardel, Centro Biedak, Centro La otra Base del Encuentro, Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones (EX CENARESO), SEDRONAR³¹, CIACs, etc.). Así las cosas, se observa que los efectores de atención primaria del subsistema estatal de salud (con excepción de los centros específicos)³², en su mayoría y por distintos motivos, no toman a las adicciones dentro de las problemáticas de su incumbencia, lo cual se opone a lo normado por la LNSM. En lo que respecta a los efectores del área de salud específicos de adicciones, se observa que realizan abordajes interdisciplinarios desde el ámbito comunitario y con perspectiva de atención primaria de la salud, estableciendo articulaciones con los efectores locales. En los casos en que es necesario realizar derivaciones para internación fuera del ámbito comunitario, articulan fundamentalmente con el Hospital Fernández (para desintoxicación), SEDRONAR, CENARESO y la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones del GCBA.

La problemática de adicciones en la Ciudad de Buenos Aires es abordada fuertemente desde el Ministerio de Desarrollo Social, donde la dependencia responsable es la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones. Las modalidades de atención ofrecidas por este ministerio se agrupan en tres categorías. Los Centros de Prevención Social en Adicciones (CPSA), los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC), y el Centro de

³¹ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

³² Centro Carlos Gardel, Centro Biedak, Centro La otra base del encuentro.

Admisión y Derivación, que es donde se concretan las internaciones en las Comunidades Terapéuticas.

En el Ministerio de Salud, además de los Centros Carlos Gardel, Biedak y La Otra Base del Encuentro, la problemática de adicciones es abordada por algunos servicios de salud mental de ciertos hospitales y por un número reducido de CeSACs que incipientemente han comenzado a trabajar en el tema.

Es importante señalar que no existen redes formales de derivación de los usuarios a otras instituciones dependientes del mismo ministerio o de otro, como así tampoco articulación intersectorial que permita un abordaje integral de la problemática.

IV. Conocimiento de la LNSM por parte de los efectores

La LNSM prevé en su artículo 13 que todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Específicamente en relación a los principios, derechos, garantías y responsabilidades previstas en la LNSM, el artículo 29 establece que deberá promoverse su difusión y conocimiento a todos los integrantes de los equipos de salud. El decreto reglamentario prevé la promoción de espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

Por otro lado, el artículo 33 de la LNSM establece que el Ministerio de Salud de la Nación 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 ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental.

Por su parte el artículo 33 de la reglamentación establece que deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo

interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad. Asimismo dicha norma destaca que se deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

El panorama en cuanto a la capacitación recibida por partes de los integrantes de los equipos de Salud Mental de los efectores visitados presenta luces y sombras. Por un lado el total de los entrevistados manifestó no haber recibido capacitaciones oficiales y externas por parte del Ministerio de Salud específicamente relacionadas a la LNSM. Por el otro, frente a esa falta de capacitación externa muchos profesionales decidieron desarrollar sus propias estrategias, ya sea informándose por cuenta propia; organizando capacitaciones y ateneos internos; por medio de las áreas programáticas y/o de las organizaciones gremiales. De esta manera se observó que se habían realizado capacitaciones, pero que las mismas no provenían desde los propios ministerios responsables.

Es destacable el hecho de que luego de las entrevistas a distintos efectores, éstos consultaron a profesionales de este Ministerio Público Tutelar acerca de la posibilidad de realizar presentaciones y capacitaciones en relación a la LNSM. A modo ilustrativo, en un Centro, los profesionales resaltaron lo importante e interesante acerca de tener *“charlas de capacitación sobre la ley nacional, espacios de debate para que todos los profesionales del centro la conozcan más, ya que no recibieron en ningún momento instrucción sobre la misma, y si bien la leyeron y la conocen, no tienen una noción real de su implementación específica en los centros de salud y en el sistema de atención primaria de la salud”*. Esto demuestra el interés de los efectores por ampliar su conocimiento de la LNSM, y la importancia de que se refuerce el área de transferencia de conocimientos ya sea desde los diferentes ministerios dependientes del GCBA como por parte del Gobierno Nacional.

V. Cambios producidos a raíz de la implementación de la ley

Un aspecto de difícil cuantificación, pero que se constituyó como central en el análisis fue la indagación acerca de si la LNSM había producido cambios a nivel de atención primaria de la salud en zona sur de la Ciudad de Buenos Aires.

Una de las cuestiones a observar es que la CABA ya contaba con su propia ley de Salud Mental, N° 448, con un espíritu considerado muy similar a la ley nacional, por lo que algunos equipos indicaron que ya se encontraban trabajando bajo un paradigma distinto al histórico desde antes de la sanción de la LNSM. Como explicó un profesional del área de adicciones: *“ya antes de la LNSM trabajábamos con mucho respeto a los derechos del paciente”*, y aclaró que tal cual estipula la LNSM, vienen desde hace tiempo haciendo firmar a la persona si consiente o no la internación, aceptando el rechazo si no hay riesgo cierto e inminente para sí o terceros y notificando a la familia.

Otra salvedad que resulta pertinente realizar es el tiempo relativamente reciente desde el dictado de la ley y más aún desde que la misma fue reglamentada en el 2013. Al encontrarse inserta en una temática sumamente compleja, se entiende que algunos cambios serán progresivos y que paulatinamente se irá observando el impacto.

Realizadas estas consideraciones, el trabajo de campo realizado arroja que **no se han producido cambios significativos luego del dictado de la LNSM. La conformación y forma de trabajo de los equipos no ha variado, ni tampoco los espacios físicos y recursos materiales. Asimismo no se registraron cambios en la práctica profesional, ni se observó que con la entrada en vigencia de la LNSM se produjeran articulaciones, interconsultas o derivaciones más rápidas.**

Es poderosamente llamativo que si bien durante las entrevistas cada pregunta abría un abanico muy amplio e interesante de respuestas, frente a la consulta de si la ley produjo cambios o no, la respuesta unánime de los profesionales de los efectores fue muy sintética y concisa: no.

En los casos en los que se produjeron cambios en los equipos de los CeSACs, los profesionales refirieron que habían sido producto de la cobertura de cargos vacantes de profesionales que se habían jubilado, pero que estas incorporaciones no estaban relacionadas a la implementación de la LNSM.

Únicamente los efectores especializados en adicciones manifestaron haber presenciado algunos cambios, ya sea la incorporación de otras disciplinas a sus equipos de trabajo, como la realización de articulaciones y derivaciones más rápidas con organismos nacionales. Sin embargo, con respecto a este último punto, señalan que esto más que con la ley podría relacionarse con la gestión llevada adelante por algunos organismos nacionales vinculados a la temática.

VI. Avances y obstáculos para la implementación de la LNSM

En cuanto a la mirada de los efectores de zona sur en relación a los avances y aspectos facilitadores de la LNSM son varios aspectos que se destacan.

En las entrevistas aparece muy fuertemente valorada la incorporación de la perspectiva de derechos, subrayando que con la nueva ley se protegen y respetan los derechos del paciente.

El cambio en la forma en la que se realizan las internaciones también es visto como un avance; como reflexiona un profesional: *“Es positivo que la internación sea menos compulsiva y no dependa tanto del médico”*.

También se pondera positivamente todo lo relativo a la interdisciplina, aunque este también resulta un campo de heterogeneidades y disputas, como se desarrolló en otra sección de este documento.

Otros aspectos positivos resaltados son la incorporación de la problemática de adicciones dentro de la normativa de salud mental, la revalorización del ámbito comunitario dentro de la atención, la creación del órgano de revisión y la implementación de guardias de salud mental en los hospitales generales de agudos.

En definitiva, como señala un entrevistado: ***“La ley hizo legal lo que era legítimo”***.

En relación a los obstáculos encontrados por los actores entrevistados, el que subyace principalmente está relacionado a la insuficiencia de recursos para la adecuada implementación de la LNSM, como se puede desprender de los siguientes extractos de entrevistas:

- *“No existen recursos ni espacios para atención comunitaria”*
- *“Resulta imposible realizar articulaciones en el ámbito comunitario cuando no existen recursos adecuados para ello”*
- *“Falta de recursos humanos para atención de pacientes graves en el ámbito comunitario”*
- *“Falta de recursos para cumplir la letra de la ley”*
- *“Falta de recursos materiales, físicos y profesionales para implementar la nueva ley, por ejemplo casas de medio camino”*
- *“Falta de capacitación, de recursos económicos y de profesionales”*
- *“No hay lugar para atender a la población, por ejemplo nuestro programa no tiene sede propia donde atender”.*

Uno de los aspectos que se pueden considerar entre los más innovadores de la LNSM es el relacionado a las internaciones, sin embargo algunos profesionales cuestionan la *“falta de eficacia a la hora de solicitar una internación psiquiátrica”*, lo cual se relaciona con la falta de recursos y circuitos armados acordes a la ley en vigencia.

Finalmente, algunos efectores resaltaron que el desconocimiento de LNSM se presentaba como un obstáculo a la hora de su implementación.

6. Reflexiones finales

A lo largo de este documento se buscó analizar el grado de implementación de la LNSM en clave de avances y obstáculos en los efectores de atención primaria de la salud de la zona sur de la CABA. Para ello se realizó un profundo trabajo de campo a modo de recuperar las propias voces de los actores, de los

profesionales que trabajan diariamente en el territorio y que son quienes conocen la realidad de los barrios.

De la información presentada precedentemente surgen varios aspectos a tener en cuenta en el proceso de transformación del modelo de atención actual en salud mental en el camino gradual que conduce a instalar los principios enunciados en la LNSM. Se trata de un proceso sumamente complejo, plagado de heterogeneidades y contradicciones.

En relación a la modalidad de abordaje interdisciplinario e intersectorial, se destaca la alta valoración que los profesionales realizan del mismo, observándose una tendencia orientada hacia ese abordaje propuesto. Sin embargo, este campo resulta a su vez un terreno de tensiones y disputas, en el cual no existen lineamientos claros por parte de las autoridades sanitarias y en el cual su implementación queda sujeta a la voluntad de cada profesional.

Algo similar ocurre con la incorporación de las adicciones al campo de la salud mental. Si bien esto es reconocido por gran parte de los actores entrevistados como un avance, se observa que las mismas no son abordadas desde casi ninguno de los efectores de atención primaria dependientes del Ministerio de Salud porteño -con excepción de los efectores específicos-. Algunos CeSAC han comenzado recientemente a trabajar en adicciones, pero aún queda un largo recorrido para que la temática sea tomada como un problemática cotidiana desde el primer nivel de atención en salud.

En cuanto al conocimiento que tienen los profesionales de la LNSM y capacitaciones recibidas, el relevamiento indicó que los profesionales no recibieron capacitaciones por parte del Ministerio de Salud de la Ciudad. Frente a ello, el deber de informarse quedó nuevamente sumido a la voluntad de los profesionales del sistema de salud, quienes adoptaron diferentes caminos, ya sea informándose por cuenta propia, autogestionando espacios de formación, organizando ateneos o de otras maneras, pero no recibéndolas de manera oficial por parte de los organismos correspondientes. A esto se suma el hecho de que muchos profesionales no tienen claridad de los alcances de la ley.

En relación a la letra de la ley, los profesionales han destacado numerosos aspectos dignos de resaltar. En primer lugar se señala la valoración positiva que realizan los equipos entrevistados de la LNSM como instrumento de protección y respeto de los derechos de las personas con padecimiento mental.

De la misma manera consideran positivo todo lo relativo al abordaje interdisciplinario, la revalorización del ámbito comunitario dentro de la atención en salud mental y la incorporación de la problemática de adicciones dentro de la normativa de salud mental.

A su vez, con respecto a las principales dificultades resaltadas por los efectores entrevistados para la implementación de la ley, en casi todos los casos surgió la insuficiencia de recursos dispuestos para ello.

En esa línea, se destacó la falta de recursos humanos³³. Una faceta de esta falencia está dada por la cantidad insuficiente de profesionales para dar respuesta a la demanda que se le presenta a los efectores; viéndose esto reflejado en la gran cantidad de CeSAC que cuentan con listas de espera, especialmente para la atención de niños, niñas y adolescentes. La otra faceta está dada por la ausencia en casi todos los efectores del primer nivel de profesionales psiquiatras, lo cual se refleja en que los CeSAC no atiendan personas que requieren asistencia psiquiátrica y esta situación se constituye en un criterio de exclusión que expulsa a la persona de la atención de salud mental en el ámbito comunitario.

También se resaltó la insuficiencia de recursos materiales y físicos, la inadecuación de los recursos edilicios existentes, a la vez que la falta de dispositivos alternativos a la internación que permitan articular una red de servicios con base en lo comunitario tal como lo prevé el artículo 11 de la LNSM y su correspondiente reglamentación.

Por otro lado, se resaltaron las dificultades para realizar derivaciones para internación en los hospitales generales, la que provocan a su vez que desde los efectores del primer nivel se siga derivando a los hospitales monovalentes (Borda, Moyano, Alvear, Tobar García), lo cual se opone a lo previsto por la LNSM.

Los recursos son a todas luces escasos para hacer frente a una problemática de la magnitud y complejidad como la abordada y en contextos de gran vulnerabilidad como los analizados en el recorte geográfico tomado. En este sentido una política pública no puede implementarse sin recursos que la lleven

³³ Cabe resaltar que esta problemática no es exclusiva del área de salud mental sino que abarca otras especialidades del primer nivel de atención. Para ampliar información al respecto, puede consultarse Documento de Trabajo N 15 "La salud en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un derecho vulnerado", Ministerio Público Tutelar, octubre de 2012, disponible en http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/DTN_15_web.pdf

adelante. Esta falta de recursos repercute para poder llevar adelante los cambios propuestos por la ley. Es por ello que entendemos que el dictado de la ley no influyó ni en la manera de abordaje de los equipos, ni en la readecuación de los recursos materiales, humanos ni edificios.

A modo de conclusión, se considera que si bien algunos de los lineamientos marcados por la LNSM se vienen trabajando en la Ciudad de Buenos Aires incluso desde antes de la sanción de la misma, aún resta un largo camino por recorrer para instalar el paradigma de atención de la salud mental propuesto por esta normativa. Si bien la sanción de la norma es relativamente reciente, del relevamiento realizado se desprende que desde la sanción de la ley a esta parte, las acciones desplegadas por los organismos responsables de su implementación en la Ciudad de Buenos Aires han sido insuficientes. Por ello quedan pendientes una serie de reformas a fin de garantizar progresivamente el cumplimiento de la LNSM en los efectores de atención primaria de la salud de la zona sur de la Ciudad.

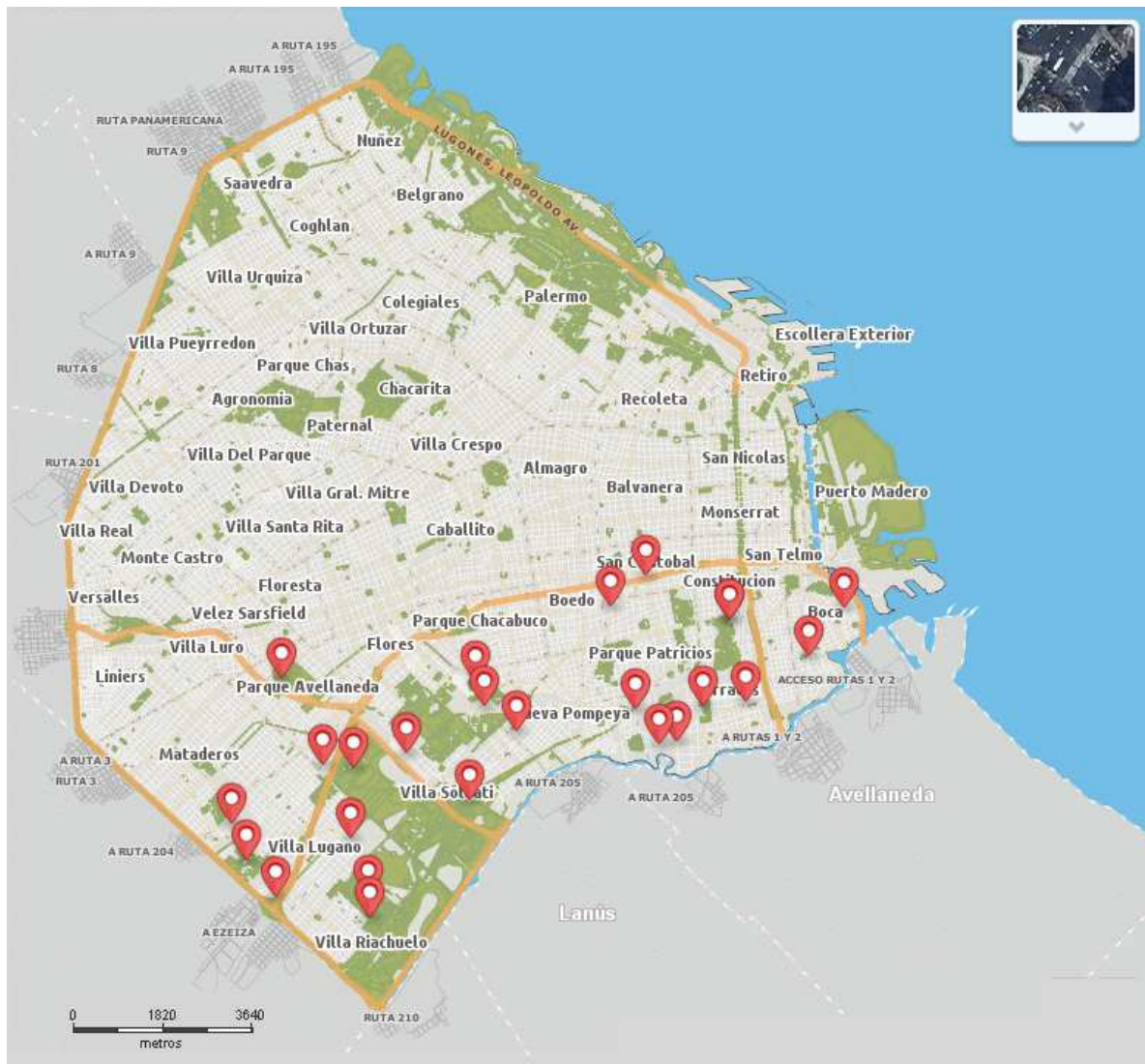
ANEXO

Listado de entrevistas realizadas a efectores del nivel de atención primaria de la salud de la zona sur de la Ciudad

Establecimiento	Dirección	Villa, Asentamiento, Barrio Municipal (en caso que corresponda)	Barrio	Comuna	Área Programática	Ministerio responsable
Centros de Salud y Acción Comunitaria						
CeSAC N° 41	Ministro Brin 843		La Boca	4	Hospital Argerich	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 39	24 de noviembre 1679		Parque Patricios	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 1	Vélez Sarsfield 1271		Barracas	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 10	Amancio Alcorta 1402		Parque Patricios	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 9	Irala 1254		La Boca	4	Hospital Argerich	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 8	Cruz, Osvaldo y Luna	Villa 21-24	Barracas	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 13	Directorio 4210		Parque Avellaneda	9	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 14	Horacio Casco 4446	Villa 6 "Cildañez"	Villa Lugano	9	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 16	California 2346		Barracas	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 18	Miralla y Batle Ordoñez	Villa 20	Villa Lugano	8	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 20	Ana María Janer y Charrua	Villa 1-11-14	Flores	7	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 24	Martínez Castro y Laguna (Pasaje L)	Barrio Ramón Carrillo	Villa Soldati	8	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 28	Cafayate 5388 (E 15 DE 21)	Complejo Lugano	Villa Lugano	8	Hospital Santojanni	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC N° 29	Av. Dellepiane 6999	Villa 19-Barrio Inta, Asentamiento María Auxiliadora, Asentamiento Obrero y Asentamiento Bermejo	Villa Lugano	8	Hospital Santojanni	Ministerio de Salud GCBA

CeSAC Nº 3	Soldado de la Frontera 5144	Complejo Urbano General Savio I, II y III (Lugano) y Villa 16 "Emaus"	Villa Lugano	8	Hospital Santojanni	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 30	Amancio Alcorta e Iguazú	Villa 21 24 NHT Zavaleta	Barracas	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 32	Charrua 2900	Barrio Charrua	Nueva Pompeya	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 35	Oswaldo Cruz y Zavaleta	Villa 21-24	Barracas	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 44	Saraza 4202	Complejo Urbano Nágera	Villa Lugano	8	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 5	Piedrabuena 3200	Villa 15 "Ciudad Oculta" Elefante Blanco, NHT Del Trabajo	Villa Lugano	8	Hospital Santojanni	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 6	Mariano Acosta (sin número) y Av. Intendente Rabanal (ex Av. Roca)	Complejo Soldati	Villa Soldati	8	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
CeSAC Nº 7	2 de Abril y Montiel	Complejo Urbano Piedrabuena, Villa 17 "Pirelli" y Complejo Urbano Pirelli, Asentamiento Scapino	Villa Lugano	8	Hospital Santojanni	Ministerio de Salud GCBA
Efectores especializados en adicciones						
La Otra Base de Encuentro	Pres. Camilo Torres 2101 y Tenorio	Barrio Rivadavia I Bajo Flores	Flores	7	Hospital Piñero	Ministerio de Salud GCBA
Centro Carlos Gardel	Cochabamba 2622		San Cristóbal	3	Hospital Ramos Mejía	Ministerio de Salud GCBA
Centro de Día para la asistencia de las adicciones Dr. Biedak	Amancio Alcorta 1402		Parque Patricios	4	Hospital Penna	Ministerio de Salud GCBA

Mapa de establecimientos relevados



Fuente: Mapa del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**MINISTERIO PÚBLICO
TUTELAR | CABA**

**ASESORÍA GENERAL
TUTELAR | CABA**

Alsina 1826 |C1090AAB|
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
tel (+5411) 5297-8000

www.asesoriatutelar.gob.ar

agt@jusbaire.gov.ar

MPT

El **Ministerio Público Tutelar** es una institución que integra el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Su misión principal es promover la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes y de las personas afectadas en su salud mental.

Para ello, la **Asesoría General Tutelar** se ha propuesto una intervención estrictamente vinculada al control de la política pública local a través de acciones de monitoreo, interpelación, articulación y seguimiento del debido funcionamiento de las instituciones del Estado.