

# Ley de Salud Mental en el ámbito público y privado

Ley N° 26657/Decreto reg. 603/2013

## Curso anual de Auditoria Médica 2015 Hospital Alemán

Director: Dr. Orlando, Agustín



Autores:

Dr. Abate, Marcelo.

Dra. Aineseder, M. Laura.

Dra. Alonso, Cintia.

Dr. Badaró, Jorge.

Dra. De Rossi, M. Eugenia.

Dra. Sappia, Carolina.

## **Prólogo**

Como es sabido los servicios de salud mental presentan un gran déficit de recursos tanto edilicios, como de personal especializado en nuestro país. Ante esta realidad los hospitales tanto públicos como privados deberían integrar la salud mental en sus servicios, no como un área relegada sino como un área multidisciplinaria dentro del servicio de internaciones.

En Argentina existe la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, sancionada en el 2010 y reglamentada a través del decreto presidencial 603/2013.

Trataremos de hacer hincapié en una breve reseña de la misma y proponemos tener una visión como auditores de pacientes con trastorno en su salud mental internados en salas generales.

## **Breve reseña histórica (1)**

Debió pasar medio siglo para que en América latina y, sobre todo, en Argentina, pudiera sortearse una historia de avances y retrocesos en materia de Salud Mental.

En nuestro país, los desarrollos pioneros que se iniciaron hacia fines de 1950 se vieron interrumpidos por la última dictadura.

A los desarrollos retomados tras el advenimiento democrático y hasta 1989 le siguió un ciclo neoliberal, que, enmarcado en la doctrina del llamado "Consenso de Washington", avanzó en el desguace del Estado y el consiguiente arrasamiento de las políticas sociales, lo que incluyó otros muchos desarrollos institucionales y culturales de avanzada. Tras las devastadoras consecuencias de la dictadura militar y el neoliberalismo de los '90, y más allá de los avances ocurridos en el primer tramo democrático, recién a partir de 2003, la Salud Mental fue priorizada en las políticas sanitarias.

En ese contexto, en 2010, permea la concepción de que el redireccionamiento de la Salud Mental se nutra y sea una competencia de los poderes Legislativo, Judicial y Ejecutivo. La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la par de la gestación de la actual legislación, son muestras del advenimiento de un nuevo paradigma

En consecuencia, el 25 de noviembre de 2010, el Poder Legislativo sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público siendo su cumplimiento obligatorio

El 28 de mayo de 2013, a través del Decreto N° 603/2013, se reglamentó la Ley Nacional N° 26.657. Fue la cristalización de una ardua tarea de consultas y redacción en conjunto con las provincias, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la posterior revisión del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría Legal y Técnica de la Presidencia de la Nación.

Lo que el Decreto Reglamentario N° 603/2013 hace más evidente, y que ya formaba parte del cuerpo de esta Ley, es que todas esas gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo Ministerio sino de todos los organismos competentes del Estado nacional.

Para la implementación de la Ley, el citado Decreto establece la creación de:

1. La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, presidida por el ámbito de aplicación de la Ley
2. Un Consejo Consultivo de carácter honorario formado por organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores
3. un Órgano de Revisión, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objetivo de proteger los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental. El Decreto establece, además, que tanto en las provincias como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, deben ser creadas instancias equivalentes.

La aprobación de la Ley N° 26.657 y la reciente sanción de su Decreto Reglamentario N° 603 del 28 de mayo de 2013 regulan la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia de política en salud mental. Encuentran sus fundamentos en los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental. Se plantea un nuevo paradigma diferente al existente,

que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos

No menos importante es que esta normativa aborda la temática de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental que tienen como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas con uso problemático de sustancias, legales e ilegales, haciendo foco en la singularidad de la persona más allá del tipo de adicción que padezca. Entonces podemos afirmar que la nueva ley remueve las viejas prácticas manicomiales y establece un nuevo sistema que permite recuperar la dignidad de los pacientes. Esta nueva perspectiva implica la necesidad de promover la apertura a otros discursos, otras miradas y otros aportes. Este es el nuevo desafío que la ley impone. De ahí la necesidad de la capacitación y la práctica profesional de los distintos agentes, profesionales y efectores que integran los servicios de salud mental.

En paralelo, para lograr implementar la ley, es necesario, desde los órganos del Estado, diseñar las políticas públicas en materia de salud mental, para la accesibilidad al sistema de salud integral mediante la creación de condiciones hospitalarias para la atención. Así, se trata de impulsar la creación o fortalecimiento de las redes de salud pública a nivel municipal y provincial, en los hospitales generales, teniendo en cuenta la especificidad del tema, con guardias en salud mental, áreas acondicionadas y los dispositivos clínicos necesarios.

Esta ley impone una responsabilidad colectiva que implica una participación más activa de todos los involucrados en la temática –no solo el sector de la salud–, sino las áreas relacionadas con la vivienda, educación, empleo digno y la accesibilidad.

En ese mismo sentido, es dable mencionar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad impone también un cambio de paradigma basado en el modelo social o de derechos humanos, con abandono del enfoque médico de la discapacidad.

## **Introducción**

Se define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de cada persona”. (2)(Art. 3)

A propósito de un caso clínico, el cual se puede presentó en nuestra área de trabajo, se nos ha planteado la necesidad de interiorizarnos en el ámbito de la salud mental desde la perspectiva de la auditoria médica y su gestión.

## **Caso Clínico**

A continuación haremos un breve resumen acerca de un caso clínico que tratamos en nuestra institución privada a principio de este año.

La paciente R.E. de 61 años con diagnóstico de esquizofrenia hace mas de 25 años es traída en ambulancia de la institución acompañada por policía y familiar por cuadro de psicosis aguda. Debió ser internado por orden del juez ya que la misma se negaba a su internación por ideación paranoide hacia sus familiares que según ella querían quedarse "con su casa".

Fue tratada en guardia con sedantes y se dispuso su internación en sala general en una habitación con ventanas selladas, sin elementos cortopunzantes, sin acompañante por indicación del psiquiatra y sólo acceso a médicos clínicos, psiquiatra y en su momento comenzó con tratamiento psicológico.

Todos los estudios solicitados por el psiquiatra tales como TOMOGRAFIA DE CEREBRO, ELECTROENCEFALOGRAMA, LABORATORIOS CONTROLES CON DOSAJE DE HORMONAS Y DROGAS fueron realizados por la institución sin demora lo mismo que las drogas indicadas.

La paciente ingresa en abril y evoluciona en forma favorable con recaídas que requirió hasta cambio de profesional de psiquiatría en más de dos oportunidades manteniendo empatía con la gente de clínica médica y psicóloga, creando un equipo multidisciplinario donde se pudo empezar a realizar las salidas transitorias por 24 horas luego por 48 hs y así hasta que luego de informe de cada una de las salidas y autorización legal se logra la externación con acompañante terapéutico y familiar que logró aceptar la paciente luego de 4 meses.

Actualmente continúa su terapia en forma ambulatoria aclarando que la mutual a la cual pertenece se hizo cargo de todo.

## Desarrollo de la ley (2)

El objetivo principal se aclara en el **capítulo I** de dicha ley el cual es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todos los argentinos y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos que presenten padecimiento mental.

En el **capítulo II** se define a la salud mental como se realizó previamente y aclara que la existencia de diagnóstico en el campo de la Salud Mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, la que solo será valorada por un grupo de especialistas interdisciplinarios en cada situación y momento particular.

En el **capítulo III** (ámbito de aplicación) los servicios y efectores de Salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

El derecho de las personas con padecimiento mental se evalúa en el **capítulo IV** donde se aclaran los derechos de dichos pacientes, entre ellos: recibir atención sanitaria y social integral y humanizada por acceso gratuito igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de la Salud; reconocer y preservar su identidad, grupo de pertenencias, genealogía y su historia; atención basada en sus fundamentos (ajustado a la ética); derecho a tratamiento más conveniente; a ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares o a quien el paciente designe; recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; no ser identificado o discriminado por su padecimiento mental actual o pasado; a ser informado a sus derechos y a todo lo inherente a su salud y tratamiento; a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento dentro de sus posibilidades; tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad; no ser objeto de investigaciones médicas ni experimentales sin su consentimiento; a que su estado mental no sea considerado inmodificable; a recibir justa compensación por su tarea o labor que realice.

En el **capítulo V** se explica la modalidad de abordaje que deberá consistir en un equipo multidisciplinario con la debida acreditación de la autoridad competente. La atención del paciente deberá realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario de ser posibles, basados en los principios de la atención primaria de la salud. La Autoridad de aplicación deberá promover acciones de inclusión social, laboral y de atención de Salud Mental comunitaria.

En el **capítulo VI** se evidencia acerca del equipo multidisciplinario que realizará la evaluación serán profesionales con título de grado, que deberán capacitarse y adecuar sus conocimientos a fin de mejorar su atención.

En el **capítulo VII** se aborda el tema de las internaciones que se consideran como recurso terapéutico de carácter restrictivo y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios para el paciente. La internación debe ser lo más breve posible y en ningún caso la internación puede ser indicada o

prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda para lo cual está el estado. Toda **internación por 48 horas** deberá tener **evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la misma con la firma de al menos 2 profesionales del servicio** donde se interne y uno de ellos deberá ser psiquiatra o psicólogo. Deberá buscar la identidad y el entorno familiar y además tener un consentimiento informado del paciente o de su representante legal.

La persona **internada con su consentimiento** podrá decidir cuando externarse. Si la internación **se prolonga más de 60 días** se deberá **comunicar** con el **Órgano de revisión y al juez**. El **juez en menos de 5 días deberá responder si continúa internado de forma voluntaria o ya pasa a ser involuntaria y deberá coordinar con el Órgano de revisión pronta externación**. La internación involuntaria solo se realizara como recurso terapéutico excepcional en caso que no se pueda tratar por ambulatorio y solo podrá realizarse si hay riesgo inminente para si o para terceros. Deberá hacer constar: el dictamen profesional, determinando situación de riesgo cierto o inminente con la firma de 2 profesionales que no tengan parentesco amistad u otro y uno de ellos deberá ser psiquiatra o psicólogo; ausencia de otra alternativa; informe de instancias previas si las hubo.

La internación involuntaria debe notificarse en un plazo de 10 horas al Juez competente y órgano de revisión debiendo agregarse a las 48 horas todas las instancias previas. El juez en un máximo de 3 días deberá responder si la autoriza a dicha internación o no. Con respecto al alta, externación o salidas permitidas de la institución dependen del equipo de salud sin requerir permiso por el Juez, el mismo deberá en caso de ser internación involuntaria, deberá pedir informes cada 30 días o menos y de pasar 90 días internado el paciente llamara a Órgano de Revisión para valorar la mejor opción para el paciente.

Por lo tanto, las internaciones de salud Mental deberán realizarse en hospitales generales, sean estos públicos o privados. El rechazo de las mismas se tomara como acto de discriminación.

En el **capítulo VIII** aclara el tema de derivaciones del paciente que deberán realizarse hacia lugares donde tenga mayor contención y apoyo el paciente.

El Ministerio de Salud es la autoridad de aplicación y es quien establece las bases para el Plan nacional de Salud Mental como está reglamentado en el **capítulo IX**. La Autoridad de Aplicación es quien deberá realizar censos en todos los centros de atención de Salud Mental (tanto en hospitales públicos y privados) cada 2 años.

El Órgano de Revisión como se describe en el **capítulo X** tiene como objeto proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental. Debe ser un equipo multidisciplinario y estará integrado por representantes del Ministerios De Salud, de Secretaria de derechos Humanos, del Ministerio Publico de la Defensa y otros.



## Acerca del programa médico obligatorio y Salud Mental en nuestro país

(3)

La puesta en vigencia del PMO generó importantes consecuencias en el mercado de la salud mental. Hasta ese momento la oferta de servicios dependía de los **criterios de la auditoría médica de cada Obra Social**. Por lo tanto el paciente recibía distinto tipo de modalidades asistenciales, con diferente frecuencia y duración dependiendo esto de la Obra Social a la que estuviera afiliado.

El PMO unificó, pero también limitó cuantitativamente las prestaciones.

En muchos ámbitos existe siempre una brecha entre el saber y su aplicación efectiva por las organizaciones diseñadas para utilizarlo. Eso es particularmente notorio en el campo de la atención de la salud. Un caso particular de esta dificultad se presenta cuando se analiza una parte de la cobertura a la que los beneficiarios de sistemas de salud prepagos tienen derecho según el Programa Médico Obligatorio vigente en la República Argentina.

El programa postula en el apartado dedicado a salud mental lo siguiente:

*1- **Prestaciones cubiertas**: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.*

*2- **Internación**: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día hasta 30 días por año calendario. La cobertura prevista es generosa en comparación con la establecida por ley para los sistemas prepagos en muchos otros países con desarrollo igual o superior pero no parece haber una razón científica para garantizar treinta “visitas” anuales en lugar de cuarenta o treinta días de internación en lugar de veinte. Con este esquema, los pacientes graves, que necesitan de una serie compleja de intervenciones en diferentes niveles, tiene derecho al mismo número de prestaciones psicológicas o psiquiátricas que el paciente levemente deprimido. Dado que toda problemática parece tener derecho a la misma cantidad de intervenciones, es evidente que la cantidad y la frecuencia de las mismas parece tener más que ver con la capacidad de la influencia del paciente identificado o su familia que con el esquema de tratamiento más adecuado para su patología. Es decir, se garantiza un derecho a la atención pero no la calidad de esa atención.*

En el marco de la legislación vigente, las instituciones de seguridad social o prepagas se ven obligadas a pagar el número prescripto de sesiones, a facilitar la internación temporal cuando se considere necesario, y a nada más. Eso no significa que algunas de ellas no se preocupen además por otros aspectos específicos de sus programas de atención, pero lo cierto es que nada los obliga

a ello y no hay nada en el sistema que vuelva visibles esas diferencias para la superintendencia de salud o para los usuarios.

Existe también un tema no menor: el económico. Ha habido crecimiento en la demanda en materia de salud mental dada la incorporación de nuevas patologías, como problemáticas de la niñez que ahora son consideradas tratables, patologías asociadas al envejecimiento poblacional y adicciones. Pero no han sido acompañadas por un aumento en los recursos destinados a este sector, no necesitándose una gran incorporación de nuevas tecnologías y siendo los profesionales los directamente afectados. En la medida que sólo paga por prestación y cada profesional trabaja en su consultorio, el sistema desestimula el trabajo en equipo, cada vez más necesario dada la variedad de disciplinas que pueden concurrir sobre un mismo caso (psicopedagogo, psiquiatra, psicólogo). Tampoco se hace hincapié ni se estimula la capacitación. Otro punto relevante es que parte de las prestaciones en salud mental debieran darse en el contexto de la atención primaria de la salud, apuntando sobre todo al cambio de hábitos en problemáticas vinculadas con enfermedades crónicas y algunas de ellas incapacitantes, tales como cardiovasculares, respiratorias, diabetes y artritis. Esto permitiría una mejora sustancial en la salud y bienestar de esos pacientes y un ahorro significativo para las organizaciones.

Para concluir y a modo de reflexión, el Programa Médico Obligatorio facilitó el acceso de una buena parte de la población a la asistencia para la salud mental. El paso siguiente implica mejorar la calidad y la relación costo - efectividad de los servicios brindados.

#### **Acerca de los hospitales monovalentes actuales (4)**

El 8 de octubre del año 2010 la Ley 26.657 fue aprobada por unanimidad y reglamentada a finales de mayo del 2013 luego de varias negociaciones con las corporaciones médicas y las farmacéuticas. Si bien se destacan los aspectos "**positivos**" de la ley como **derechos humanos y ciudadanos de pacientes, abordajes interdisciplinarios y comunitarios**, etc., traza como "meta principal" el cierre de los hospitales monovalentes de salud mental para el año 2020 donde el 100% de las personas con padecimiento mental que se encuentran institucionalizadas con más de dos años en efectores públicos sean externados e incluidos en un hogar de referencia o en dispositivos residenciales comunitarios. La orientación del Plan Nacional explícitamente insta al cierre "gradual" de instituciones monovalentes para la presunta apertura de nuevas prestaciones y "abordajes comunitarios" de los llamados "dispositivos alternativos" y hospitales generales. La reglamentación de la ley 26.657 establece que "...deberá entenderse que la expresión hospitales generales incluye tanto a los establecimientos públicos como privados..." En síntesis, se incluye al sector privado en la categoría de "hospital general" que prestará servicios de internación y tratamientos ambulatorios, mientras lo que queda claro es que son los monovalentes del sector público (como, por ejemplo, el hospital Borda) los que deberán cerrar sus puertas a más tardar en el año 2020.

Cuando como auditores nos enfrentamos ante una internación psiquiátrica tenemos que tener en cuenta el estado actual no el “estado ideal “de la aplicación de la ley.

Para ello lo mejor sería basarse en las problemática que surgen de su aplicación. Actualmente no se encuentra con información exhaustiva sobre el tema solo algunos trabajos individuales provinciales y de CABA; para ello tomaremos como ejemplo el Documento de Trabajo n°21 de Salud Mental, Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.(5)

### **Inconvenientes surgidos de la aplicación de la ley**

- Internaciones involuntarias efectuadas en guardia que se prolongan (hasta por 20 días) por no contarse con cama de internación (ni en el propio Hospital ni en otros).

- Internaciones evitables e innecesarias efectuadas en guardia que se prolongan (hasta por 20 días) por no contarse con dispositivos alternativos intermedios para sostener tratamiento ambulatorio (casa de medio camino, recurso habitacional, dispositivo de alojamiento, etc.).

- Internación en Sala del Hospital (no especializada en Salud Mental) por más de 1 año, por no contarse con dispositivos alternativos intermedios para sostener tratamiento ambulatorio.

- Prolongación de internaciones en guardia por denegación por parte del SAME de realización de traslado interhospitalario del paciente por falta de DNI.

Otro de los principales inconvenientes con los cuales nos enfrentamos es la falta de información estadística por parte de las obras sociales acerca de la admisión de pacientes con patologías psiquiátricas en instituciones privadas.

En el ámbito público la información estadística brindada por las entidades competentes nos permiten poder evaluar la capacidad del sistema de salud para resolver la problemática asociada a los problemas surgidos de la aplicación de las normativas vigentes, de las cuales como auditores podemos extraer información y aplicarla a nuestros casos particulares.

Ejemplificaremos algunos datos estadísticos extraídos del Documento de Trabajo n°21 de salud mental para poder observar cómo van cambiando los datos a partir de la creación de la ley en año 2010.

Dicha información se extiende hasta el año 2011 ya que es el último año que se dispone de información oficial.

## Admisiones en hospitales (5)

**Cuadro 1:** Evolución de las Admisiones y Prestaciones Ulteriores de Salud Mental por Tipo de Hospital.  
CABA. Años 2000 -2011

Hospital	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU
Total	89.790	1.273.103	83.662	1.275.081	91.352	1.457.054	80.343	1.516.495	74.697	1.553.233	63.227	1.448.185
Hospitales Generales de Agudos	57.222	571.013	52.595	551.662	56.454	609.807	49.496	634.609	44.570	629.018	38.226	636.557
Hospitales Especializados	21.818	448.620	22.214	485.479	24.809	580.878	22.405	640.086	20.637	689.603	17.179	590.559
Hospitales Monovalentes	13131	372064	12849	393747	16876	474729	15040	525623	13486	573645	9810	471982
Centros de Salud Mental (* -**)	5.356	152.319	5.099	139.156	5.821	168.828	5.538	171.824	5.263	158.115	4.615	143.793

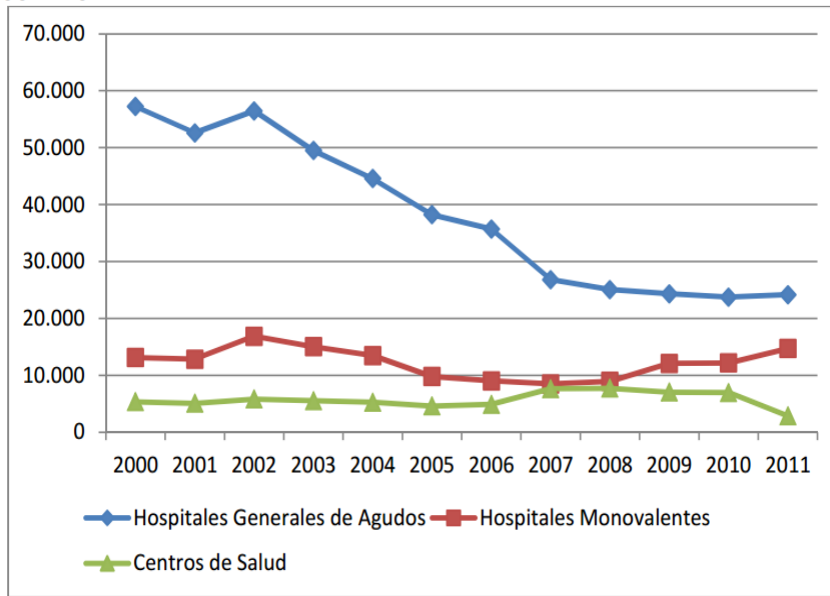
Hospital	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU	A	PU
Hospital Total	59.056	1.368.137	52.139	1.283.715	52.319	1.293.128						
Hospitales Generales de Agudos	35.707	578.604	26.819	480.527	25.061	481.111	53.621	1.177.157	46.975	1.030.776	56.911	1.213.894
Hospitales Especializados	15.418	600.848	14.590	522.975	15.521	504.727	24.322	446.649	23.737	472.072	24.169	495.383
Hospitales Monovalentes	9044	487160	8509	413086	8939	401028	18.367	490.873	19.240	498.070	14.199	343.705
Centros de Salud Mental (*)	4.889	149.073	7.652	223.261	7.747	243.813	12103	390963	12176	410107	14.725	310820

\* Hasta el año 2006 incluye Centro de Salud Mental N° 1.

**Como resultados obtenidos:** “El descenso más significativo se verificó en el caso de los Hospitales Generales de Agudos, los que, respecto al año 2000, redujeron dichas admisiones a la mitad, pasando de 57.222 en el 2000, a 24169 en 2011. Igualmente significativa es la reducción en el caso de los Centros de Salud Mental, donde se pasó de 5.356 en el año 2000, a 2868 en el 2011.”

Otros datos de interés se reflejan en los gráficos que siguen, donde puede visualizarse que desde el año 2010 - año de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental -, la tendencia decreciente para la realización de admisiones se estancó para el caso de los Hospitales Generales de Agudos, se agrava significativamente en el caso de los CESAC (Centros de atención primaria) – que mantenían una tendencia estable – y aumentan para los Hospitales Monovalentes.

**Gráfico 1:** Evolución de las Admisiones de Salud Mental por Tipo de Hospital /Efactor. CABA. 2000 – 2011



Con estos datos los cuales no son muchos, podemos observar que a pesar de lo esperado la internación en hospitales generales esta en descenso, como auditores debemos tener en cuenta estos datos estadísticos para poder enfrentar las situaciones actuales y planificar futuras estrategias de planificación en salud mental en nuestros establecimientos de salud.

## **Definiciones y patologías de prevalencia psiquiátricas (6)**

**Urgencia en salud mental** : Toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.

**Emergencia psiquiátrica:** Se denomina emergencia a crisis en la vida de una persona en la que puede peligrar su integridad física, la de otros y la integridad funcional y psicológica para adaptarse a la realidad y/ o la integridad de la familia (muerte de un familiar, ausencia brusca de un padre que puede generar alguna alteración en un hijo, etc.)

En el marco de la 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. (Ley Nacional de Salud Mental 26.657 - art. 3).

**Marco legal:** Con la nueva Ley se remarca que se debe asistir a la persona con un padecimiento mental (sin dejar de lado el consumo problemático de sustancias y/o adicciones), sin ningún tipo de menoscabo o discriminación en toda institución de salud y en la zona o ámbito comunitario de atención de dicha institución.

**GRÁFICO. PORCENTAJE ESTIMADO DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS AFECTADAS POR TRASTORNOS MENTALES. PREVALENCIA ÚLTIMO AÑOS. TOTAL ARGENTINA.**



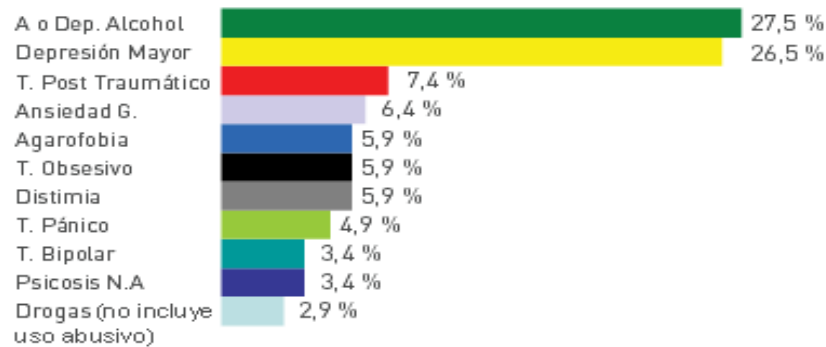
**BASE: 38.362.640**

Fuente: Estimaciones calculadas con base en las tasas medianas de América Latina y el Caribe para Argentina 2010

Del total de estas patologías, el alcoholismo llega a un 27,5%, lo que equivale a 1.438.785 de hombres afectados y 219.536 de mujeres; seguido por la depresión mayor con 26,5%, compuesto por 1.113.363 mujeres y 513.852 hombres. Los trastornos post traumático y la ansiedad generalizada siguen en grado de importancia con 7,4% y 6,4% respectivamente.

**Grafico 1(7)**

**GRÁFICO2. PORCENTAJE CALCULADO SOBRE TOTAL DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS SEGÚN PATOLOGÍAS SELECCIONADAS. PREVALENCIA ÚLTIMO AÑO. TOTAL ARGENTINA**



**TOTAL PERSONAL AFECTADAS POR LOS TRASTORNOS MENTALES SEÑALADOS: 6.193.979**

Fuente: Estimaciones calculadas con base en las tasas medianas de América Latina y el Caribe para Argentina 2010

**Grafico 2 (7)**

## **Medidas iniciales del tratamiento** (6)

### **Cabe Destacar lo que la Ley de Salud Mental en vigencia indica:**

- 1- Brindar una atención digna, receptiva y humanitaria.
- 2- Atender la urgencia prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis.
- 3- Garantizar condiciones de cuidado (No dejar a la persona sola, garantizar el acompañamiento por parte del equipo de salud y/o familiares, no dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos: armas, bisturí, elementos corto punzantes, medicamentos, etc.)
- 4- Evitar cercanías con puertas y ventanas. El equipo de salud se situará más próximo a la salida y sin cerradura por dentro de la habitación.
- 5- Disponer del tiempo necesario para la atención.
- 6- Disponer de ser posible de un ambiente de privacidad / intimidad.
- 7- Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- 8- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes.
- 9- En el caso de que la persona llegue sola, localizar referentes vinculares. En caso de desconocimiento de su identidad deben realizarse averiguaciones tendientes a esclarecer.

### **Evaluación inicial**

- 1-Aspecto general de la persona.
- 2-Examen físico general: Signos vitales, embarazo, signos de abuso sexual/maltrato, signos de autolesión (intento de suicidio), signos físicos de consumo nocivo de alcohol y otras drogas.
- 3-Estado psíquico global.
- 4-Desencadenantes de la crisis.
- 5-Antecedentes de episodios similares y/o tratamientos previos.
- 6-Antecedentes familiares.
- 7-Tener en cuenta las condiciones de vida (vínculos existentes, empleo, vivienda, situación económica). Considerar factores protectores y factores de riesgo.

### **Manifestaciones prevalentes**

#### 1. Excitación psicomotriz :

Signos y síntomas más habituales: Actividad verbal o motora aumentada o inadecuada, respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o heteroagresión.



- Alteración de las funciones psíquicas: alucinaciones, delirios, alteraciones de la conciencia, del juicio, la memoria. Insomnio. - Tener en cuenta los Signos de escalada en la excitación.
- Alteración Orgánico: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, posquirúrgicos. Se deberán tratar
- Psicógenos: descompensación psicótica, crisis maníaca, episodio de ansiedad.

## 2. Inhibición Psicomotriz:

Signos y síntomas más habituales:

- Disminución o ausencia de la actividad motora, cognitiva y/o verbal, dificultad o desinterés por el entorno y/o por sí mismo y actividades cotidianas,
- Aislamiento o retraimiento, la mirada perdida, insomnio o hipersomnia
- NO descartar algo orgánico (tóxico, metabólico, tumoral, infeccioso, traumático, etc.).

## 3. Estados confusionales:

- Síndrome de confusión mental
- Otros estados de alteración de la conciencia: desorientación temporoespacial y/o de sí mismo, también disociación o despersonalización no olvidar distorsión de la atención (distracción excesiva, dispersión), de la memoria, de la percepción, de la actividad psicomotora y del sueño y perplejidad.

## 4. Crisis de angustia y/o ansiedad:

- Sensación desmedida de alerta, inquietud, aprehensión, desamparo, miedos inespecíficos y/o excesivos.
- Sensaciones subjetivas de dolencias físicas: adormecimiento, hormigueo en manos y piernas, "ahogo", opresión precordial, sensación de muerte inminente o locura.
- Taquicardia, sudoración, hiperventilación, rigidez corporal, llanto, temblor generalizado, agitación, etc.

## 5. Estado delirante/ alucinatorio:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, olfativas (percibir voces, imágenes, sensaciones corporales, olores inexistentes, respectivamente).
- Pensamiento incoherente y/o disgregado.
- Conducta desorganizada y actitudes extrañas.



## Conclusiones (8) (9)

Con la aprobación de la Ley de Salud Mental han quedado en evidencia cuatro conceptos que son centrales al romper legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo:

El primero de ellos está en relación a los derechos humanos. Claramente establece la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la **“constatación de riesgos cierto o inminente. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos”**.

El segundo elemento es el trabajo a través de un equipo interdisciplinario que toma principal relevancia cuando se plantea que **“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes...”** Además podemos seguir en relación a esto **“...el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales..”** **“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica...”**

El tercer elemento se expresa en relación a las estructuras manicomiales. Es otro artículo central que dice **“...Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos...”** Esta idea no solo refleja una realidad superadora sino que además define el tema de la salud mental como un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

El cuarto y último concepto, lo que podríamos destacar es una reivindicación absolutamente democrática, Cuando dice que **“...los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. ...”**

Creemos que en estos cuatro elementos que plantea la Ley de Salud Mental: derechos humanos de los pacientes, el trabajo interdisciplinario que de alguna

manera rompe con la hegemonía psiquiátrica, prohibir la estructuras manicomiales y las reivindicaciones democráticas en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales, se encuentran los principales avances de esta Ley de Salud Mental. De esta forma produce una ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría en especial en el campo de los derechos humanos. Creemos que esta ruptura a nivel legal no es algo de menor importancia, al contrario, pero debemos tener en cuenta que por más que sea algo legal siempre será muy difícil poder romper el poder político, gremial y empresario que hay en el campo de la salud mental.

Por ello debemos tener en cuenta que para oponerse al poder privado es necesario que el Estado sostenga la salud pública desarrollando una política universalista de seguridad social con la participación de equipos interdisciplinarios y los usuarios. Para ello debe asignar un presupuesto adecuado para dar una cobertura de Salud a todos los ciudadanos independientemente de sus posibilidades económicas y que los profesionales cobren un sueldo acorde con la práctica que realizan. Esto no sólo es posible sino necesario. Pero mientras el poder lo tengan las empresas privados la hegemonía psiquiátrica neopositivista tratará de impedir modificar el campo de la Salud Mental. De esta manera los artículos de la Ley Nacional de Salud Mental quedaran como meros enunciados. Sin embargo su sanción permite avanzar en la lucha por una organización ética, racional y científica en el campo de la Salud Mental.

## **Bibliografía**

- 1- Políticas Públicas en Salud Mental de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos (compilado por Malena Arriagada, Leticia Ceriani, Valeria Monopoli. 1ra. Edición Bs. As, Ministerio de Justicia y derechos Humanos, Presidencia de la Nación, 2013).
  
- 2- Ley de salud mental  
(<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>)
  
- 3- PMO [http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=PMO&opc=res\\_201](http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=PMO&opc=res_201)
  
- 4- [www.medmun.org.ar/index/gollan-ministerio-salud-adequacion](http://www.medmun.org.ar/index/gollan-ministerio-salud-adequacion).
  
- 5- Febrero de 2014 Documento de Trabajo No 21 Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires SALUD MENTAL  
([http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21\\_internaciones\\_0.pdf](http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf))
  
- 6- [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10\\_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental)
  
- 7- <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-estimacion-de-la-poblacion-afectada.pdf>
  
- 8- Revista Topía N°74 Agosto/2015 (Enrique Carpintero, César Hazaki, Alejandro Vainer)
  
- 9- Organización Mundial de la Salud. El contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de Salud Mental (año 2005).