

Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria¹

Alicia Stolkiner

Introducción

Suele afirmarse que el nivel de democratización de una sociedad se mide por la forma en que trata a las mujeres, a los niños, a los locos y a los diversos en general. Si nos guiamos por este termómetro, nuestra sociedad ha profundizado su democracia y a la vez queda mucho por hacer. En este trabajo se pretende historizar, contextualizar y describir el estado en que se encuentran las transformaciones actuales destinadas a garantizar y promover los derechos en el campo de la salud mental.

La atención de las problemáticas de “salud mental” se desarrolló, históricamente, con cierto aislamiento de la salud en general y especialmente de las prácticas comunitarias. Esto es porque el estigma social de la “locura”, el temor y la discriminación que producía, llevaron a la construcción de un tipo de institución, la asilar-manicomial, en las que las personas eran recluidas por larguísima períodos y a veces de por vida, bajo el supuesto de que se les brindaba tratamiento médico.

Por otra parte, el concepto mismo de “salud mental” se homologó a normalidad y muchas personas cuyas características o formas de vida no eran las comunes o socialmente aceptables fueron consideradas enfermas y factibles de tal tutela. Sin negar que hay problemas de este campo que requieran de atención especial con los recursos que brindan los desarrollos médicos, cabe la pregunta de si, en este caso, “el remedio no resultó peor que la enfermedad”.

Estas instituciones manicomiales, a las que se suele denominar hospitales neuropsiquiátricos o monovalentes, además de privar de libertad bajo el argumento de la curación, separan a las personas de sus ámbitos familiares y comunitarios, favoreciendo la cronificación por los efectos mismos de la institucionalización. Se constituyeron en espacios de privación de derechos y muchas veces de maltrato, hacinamiento y castigos o disciplinamientos, mal encubiertos bajo la forma de tratamientos o uso inadecuado de los mismos (electroshock, sobremedicación, cirugías de lóbulos frontales, confinamiento en celdas solitarias, etc).

En la segunda mitad del siglo XX se comenzó a cuestionar este modelo de asistencia en los países así llamados “centrales”. Según Emiliano Galende (1990) se produjo un reordenamiento, una transformación profunda del campo que antes era hegemonizado por la “medicina mental”, dando nacimiento a las Políticas en Salud Mental y abriendo un interrogante sobre qué es la “enfermedad mental”, quiénes deben tratarla y de qué manera. Los factores que favorecieron este cambio de enfoque, que puede ser considerado el paso a un nuevo paradigma, fueron múltiples.

¹ Capítulo del libro "Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria" Ed. Colihue 2015, pags. 57 a70

Se cuentan entre ellos el peso que adquirió la idea de derechos humanos y sociales como reclamo hacia los estados sociales o de bienestar en la posguerra, la consecuente aparición de sistemas de salud estatales planificados y, también, el avance de la psicofarmacología que permitió controlar (en el buen y en el mal sentido de la palabra) los síntomas, y facilitar la vida en comunidad de las personas anteriormente sometidas a reclusión.

Se inició así, en distintos países, un proceso con marchas y contramarchas que viene sostenidamente tratando de desarrollar y sostener formas de asistencia a las problemáticas consideradas tradicionalmente “enfermedades mentales” de manera ambulatoria y comunitaria, a la par que se comenzaron a incorporar en este campo políticas destinadas a problemas generales de las personas que no respondían al modelo tradicional de “enfermedades mentales”.

Hoy en día, la lógica manicomial no se manifiesta solamente en tales instituciones sino también en la creciente tendencia a “patologizar” la vida cotidiana y los problemas sociales complejos, dando respuesta a ellos de manera individual a través de la prescripción de medicamentos, lo que se denomina proceso de medicalización/medicamentación. Frente a esta tendencia, que se funda en la expansión de los mercados de psicofármacos, también se hacen necesarias acciones de salud mental que brinden promoción y asistencia fundada en los lazos sociales. Se trata de brindar respuesta sin patologizar o medicalizar, lo cual implica necesariamente un abordaje interdisciplinario, intersectorial y participativo.

En la Argentina hemos arribado a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010 y a las medidas posteriores tendientes a su cumplimiento, como hito en un largo proceso y en el marco de una serie de leyes que, en esta última década, han ampliado derechos. La ley de salud mental es una herramienta que debe ser utilizada para transformar prácticas largamente establecidas y representaciones sociales, lo cual no es una tarea sencilla. El camino de la implementación plena de sus postulados no es lineal dado que en salud mental, como en salud en general, hay fuerzas, actores e intereses que se resisten a la pérdida de hegemonía en este campo. Simultáneamente, el proceso mismo que llevó a ella y a su implementación ha potenciado actores fundamentales para que se concreten los cambios necesarios. A bona su posibilidad de concreción el hecho de que algunos de esos actores provienen de la irradiación que tuvo sobre la sociedad la lucha de los organismos de derechos humanos en pro de memoria, verdad y justicia ante los crímenes de la dictadura cívico-militar. En la medida en que el corazón de la ley de salud mental es la recuperación de la dignidad de las personas usuarias de servicios de salud mental en cuanto sujetos de derecho, sus principios se ligan directamente a los de los Derechos Humanos y se inscriben en una tradición de lucha fundada en la dolorosa historia de nuestro país, que se elevó a política de estado en los últimos años.

Otro de sus obstáculos es la histórica fragmentación y segmentación del sistema de salud del país. Una política integral de salud mental requiere de una política integral de salud y que haga posible romper el aislamiento de las acciones de salud mental.

Requiere también, como afirmaba Franco Basaglia-- gestor de la Reforma Italiana-- , de políticas de empleo pleno y de un estado garante de los derechos sociales, económicos y culturales. A su vez, el desarrollo de una política en salud mental inclusiva es un factor y herramienta de promoción de integralidad en los sistemas de salud. Como hemos afirmado antes, el éxito del campo de la salud mental sería su desaparición como campo específico, para fundirse en prácticas y sistemas integrales que contemplen simultáneamente las dimensiones biológicas, subjetivas y colectivas de los procesos de salud-enfermedad-cuidado.

La transformación de prácticas largamente instituidas no se logra de un día para el otro ni se impone de manera vertical. Requiere de una política activa que incluya transformaciones de la sociedad, ampliación de consensos y asignación de recursos. Se ha iniciado un camino que, para lograr un cambio real, debe ser temporalmente sostenido.

Una historia de avances y retrocesos

La respuesta médica a la problemática de la locura, materializada en las instituciones manicomiales, nació con la Revolución Francesa (1789). Es por encargo del estado revolucionario que Philippe Pinel inauguró una nueva especialidad: la psiquiatría, al hacer confluir la reclusión con la idea de asistencia médica en las instituciones asilares manicomiales, un lugar para albergar la “locura”, para los sujetos que no podían ejercer la ciudadanía por estar “privados de razón”.

El ideario iluminista abrevó la independencia de la Argentina y se manifestó tempranamente en este campo. Apenas constituido el Estado Nacional en (1853) se inauguraron los primeros hospitales psiquiátricos sobre la base de asilos preexistentes, conocidos hoy como “Borda” y “Moyano”. A principios del siglo XX y con el modelo de la psiquiatría anglosajona, se crearon las colonias emblemáticamente llamadas “de puertas abiertas”, bajo la idea de la cura por el trabajo y el contacto con la naturaleza.

En 1929 nació la Liga Argentina de Higiene Mental, tomando un modelo de los Estados Unidos de Norteamérica, que denunció las malas condiciones de vida en los hospicios y propuso medidas de prevención poblacional. No obstante que algunos de los médicos-políticos dedicados a esta temática vislumbraban la posibilidad de atención ambulatoria (Lucio Melendez, por ejemplo), no se esbozaba todavía la posibilidad de cuestionar la institución como tal. En ese período, la salud no era motivo de una política unívoca del estado nacional, y la filantropía se tenía como modelo base de la prestación de asistencia, acorde con el ideario liberal.

Con el advenimiento del primer período de gobiernos peronistas (1946-1955), que significó un cambio del concepto de la función del estado, se creó el Ministerio de Salud (1949) y se delinearon políticas nacionales en el área. Bajo la dirección del ministro Ramón Carrillo se produjo un importante desarrollo de la infraestructura hospitalaria estatal, prevista en el planeamiento de un sistema de salud de acceso

universal y gratuito con lógica preventiva. En materia de Salud Mental, se inició una reorganización de los establecimientos de internación de enfermos mentales, de modo que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias a fin de evitar la cronificación. Coincidente con la época, no se cuestionaba el modelo asilar en sí, pese a que Carrillo no consideraba inadecuada la internación de pacientes psiquiátricos en hospitales generales (Carrillo,1974). También se proponía una asistencia temprana en los Centros de Psiquiatría Preventiva considerados órganos técnicos de profilaxis de las enfermedades mentales y espacio de tratamientos ambulatorios (Chiarvetti, 2008).

Luego del golpe de 1955 se inició un período de alta inestabilidad política que se manifestó en sucesión de golpes militares y breves períodos de gobiernos electorales con proscripción del peronismo. También, hubo una creciente organización popular de resistencia que influyó y se manifestó en todos los campos, entre ellos la salud mental.

La influencia de los Estados Unidos de Norteamérica y del ideario desarrollista se manifestaron promovieron propuestas de “modernización” en el campo de la salud mental. Así, se crearon las carreras de psicología, se propusieron medidas políticas de reforma psiquiátrica y se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (1957). Durante la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966-1970) se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud Mental (1967), que tomó como modelo el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la Ley Kennedy de 1963 de Estados Unidos. También se crearon los servicios de psicopatología en hospitales generales y los centros de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Resulta paradójico que mientras la mayoría de las reformas de salud mental sucedieron en procesos de democratización, en la Argentina entraron como propuestas tecnocráticas durante dictaduras. El Plan proponía la externación de los grandes hospitales psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención mediante centros periféricos, también impulsaba el trabajo sobre los factores patógenos de la comunidad. Estos objetivos no se cumplieron, se mantuvieron los hospitales psiquiátricos, siempre ligados a las cátedras de medicina, y se crearon siete Colonias además de las seis existentes (Vainer,2007)

La innovación en el campo de la salud mental no provino del estado sino de las fuerzas irradiadas a la vida social por la resistencia y movilización. Así, cuando Mauricio Goldemberg creó en 1957 el Servicio de Salud Mental Comunitaria en el emblemático Hospital de Lanús -- fundado por Carrillo-- se pobló de jóvenes de ideas políticas y profesionales críticas. Junto con los provenientes de otras experiencias que se desarrollaban en el país, constituyeron una generación que propuso y ejecutó propuestas innovadoras bajo la forma de experiencias realizadas por fuera o en las grietas de instituciones fosilizadas.

En ese período surgió la Federación Argentina de Psiquiatras, crítica de la función represiva y normalizadora asignada a su profesión, se rompió por razones políticas la Asociación Psicoanalítica Argentina, la publicación de la Asociación de Psicólogos de

Buenos Aires promovía y publicaba las posiciones más radicales de la antipsiquiatría, y se desarrollaron experiencias de comunidades terapéuticas. En las universidades, los estudiantes y algunos profesores de las nuevas carreras transformaban las curriculas incluyendo debates sobre la realidad de la situación de salud del país y la necesidad de prácticas profesionales comprometidas con ella.

Este florecimiento sucumbiría ante el terror desatado por el poder, bajo la forma del terror de estado en la última dictadura cívico-militar (1976-1983), precedido por la acción de fuerzas paramilitares (Alianza Anticomunista Argentina) que se ensañaron con estas experiencias alternativas. Se desarticulaban los servicios, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición, acallamiento y exilio. Bajo la amenaza del terror, los servicios de salud mental se replegaron silenciosamente a la atención individual (las actividades grupales eran motivo de control) y el estado nacional se desprendió sin asignación presupuestaria de algunas de las grandes (y onerosas) instituciones, como el Hospital Santa María, que fue cedido a la Provincia de Córdoba, en el marco de una retirada general de prestaciones a la población. No obstante, la tradición de pensamiento en salud mental encontró una grieta de producción en el silencio. Los equipos psico-asistenciales que acompañaron a los organismos de derechos humanos, brindando asistencia a los afectados directos por la dictadura, produjeron teoría y prácticas sobre la atención de los efectos del terror de estado en los sujetos y sobre los efectos generales en la sociedad. Esta producción se extiende hasta la fecha con actividades académicas y extraacadémicas y ha sido capitalizada por programas y organismos estatales.

Con el retorno a la democracia (1983) renació el impulso de transformación. Se elaboraron, con la asesoría del Dr. Mauricio Goldemberg, los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, y dispositivos como las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM). Las medidas de gobierno abrieron la puerta a impulsos transformadores a los que se sumaba la fuerza con que los trabajadores del sector salud tomaron el ideario de Atención Primaria de la Salud, acordado en Alma Ata (1978). La Provincia de Río Negro inició una reforma con enfoque comunitario que culminó en 1991 con la ley que establecería el cierre de las instituciones de internación. Este período aportó la confluencia novedosa entre Atención Primaria de la Salud-- con eje en su enfoque participativo-- y salud mental, dejando la semilla de la posibilidad de su integración.

La crisis hiperinflacionaria de 1989 operó como un disciplinador social de gran magnitud para que se iniciara una dramática transformación de la relación entre estado, mercado y sociedad. El ideario del Consenso de Washington (1989) de liberar las fuerzas del mercado, desregulando la economía y reduciendo el “gasto” social de los estados, se aplicó con particular rigor a una sociedad que elaboraba las huellas de la dictadura, la guerra de Malvinas y la hiperinflación. La reforma propuesta para el sistema de salud suponía arribar a un mercado de seguros en competencia en el cual el acceso dependía de la capacidad de cada unidad familiar de proveerse los

servicios. Para quienes no pudieran hacerlo, se proponían políticas focalizadas de servicios mínimos que el estado podía contratar en el sector privado. El Banco Mundial promovía estas políticas, cuyo cumplimiento solía ser parte de los compromisos de renegociación de la deuda externa con el Fondo Monetario Internacional.

En uno de los “achicamientos” del estado, desapareció la Dirección Nacional de Salud Mental. También culminó el proceso de descentralización, sin asignación especial de recursos. En 1992, junto con otros hospitales nacionales, el Moyano y el Borda pasaron a depender de la Ciudad de Buenos Aires.

No obstante esta contramarcha, hubo actores que siguieron impulsando reformas en salud mental. Hubo experiencias innovadoras en algunas provincias (por ej. San Luis desde 1993) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionó la ley 448 de Salud Mental (2000) cuya ejecución choca con fuertes resistencias y se encuentra pendiente.

Luego de la crisis económica, social y política en que culminó este período en el año 2001, se redefinió nuevamente la relación entre estado-mercado y sociedad, reasignándose al estado un rol rector de la economía y tendiendo a un desarrollo basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y políticas sociales con enfoque de derechos. Se generaron las condiciones para que en el campo de la salud mental aparecieran nuevos actores: los organismos de derechos humanos (de la sociedad civil y del estado) y las organizaciones de usuarios y familiares, desequilibrando la tradicional forma corporativa de los anteriores.

En 2007 el CELS y el MDRI (organismos de Derechos Humanos) publicaron un informe sobre la situación de las personas internadas en los asilos psiquiátricos en el país. Se diagnosticaba la existencia de 25.000 personas internadas en asilos psiquiátricos, de las cuales el 80% estaban encerradas más de un año y muchas de por vida. Se daban evidencias de tratamientos inapropiados, situaciones de abuso físico y sexual, muertes dudosas y falta de monitoreo de derechos.

El paradigma de la ley de salud mental y las tensiones de su implementación

El informe del CELS/MDRI potenció el debate preexistente sobre la salud mental y en 2010 se creó nuevamente la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, y se sancionó la ley 26.657, que fue trabajada y debatida largamente. Luego de su reglamentación en 2013, se crearon los organismos que establecía como necesarios para su implementación: el Cuerpo de Letrados y el Órgano de Revisión de Salud Mental en el Ministerio Público de la Defensa, la Comisión Nacional Interministerial en Salud mental y Adicciones, con sede en la Jefatura de Gabinetes de Ministros y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Se trata de organismos destinados a garantizar los derechos, promover la participación y asignación de recursos intersectorial para su implementación y darle un espacio a la voz de las instituciones y organizaciones de la comunidad. También, acorde al decreto

reglamentario, se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental.

El trabajo de implementación de la ley se complejiza por el carácter federal del país y la necesidad de que las provincias vayan adecuando sus instituciones y creando los organismos necesarios para la implementación. Para ello se requiere de mucho esfuerzo de creación de consenso, como ha sido posible observar en los encuentros convocados por la Dirección Nacional de Salud Mental con directores de salud mental y directores de hospitales provinciales. También se complejiza por la presencia de actores históricos de carácter corporativo, que pujan por no perder espacios de poder o por sus intereses.

La ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, que recoge las reivindicaciones y luchas de esta historia, es de avanzada en sus postulados. Se enmarca en la actual tendencia nacional e internacional, a generar políticas públicas con enfoque de derechos y atiende en su propuesta de implementación a dar espacio a distintos estamentos del estado y de la comunidad. Se fundamenta en principios, declaraciones y tratados internacionales de Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud referentes a derechos y lineamientos rectores para la atención en Salud Mental. La ley establece algunos hitos que la ubican en un cambio fundamental de enfoque con respecto a instituidos existentes. Su alcance es nacional y refiere tanto a instituciones públicas como privadas.

Define 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 las personas”. Esta definición constituye el soporte conceptual de todos sus postulados. Conviene leer el documento completo, que está escrito, acorde con las tendencias actuales de democratización de la justicia, en un lenguaje accesible.

Para evitar las prácticas que con frecuencia han disfrazado de diagnóstico la discriminación y la “normalización” de la diversidad, la ley deja sentado que los diagnósticos no pueden basarse exclusivamente en la pertenencia a un status socioeconómico o político, un grupo racial, cultural o religioso. Tampoco pueden hacerlo en base a demandas familiares, por creencias que no se adecuan a las prevalecientes en su comunidad, por la identidad sexual o la mera existencia de antecedentes de hospitalización. Establece también que se debe partir de la presunción de capacidad.

Es un dato relevante que coloca las adicciones en el campo de la salud mental, y reclama la garantía de los derechos de los consumidores de sustancias legales e ilegales. Tiende así a retirarlas de la esfera de seguridad y penal, para ubicarlas claramente en el terreno de la salud.

Desarrolla específicamente los derechos de las personas con padecimiento psíquico, entre los que algunos se dirigen a modificar prácticas existentes, tal como el derecho a estar acompañado –rompe con el aislamiento inicial que se suele determinar por norma en las internaciones--, a tomar decisiones en su tratamiento, a acceder a su

historia clínica, a recibir información adecuada, a no ser objeto de investigaciones sin su consentimiento, a recibir justa compensación por su tarea y a no ser sometido a trabajos forzados, etc

Uno de los puntos de debate es que la ley no utiliza la categoría “enfermedad mental”, sino “padecimiento mental”. Se inscribe así en una consideración más amplia del sufrimiento psíquico acorde a la definición en la que se basa. Tanto de la definición de salud mental, como del uso de la categoría “padecimiento” en lugar de “enfermedad” se promueve luego la necesidad de que los diagnósticos y decisiones sean tomados en el marco de un equipo interdisciplinario, que –en el caso de las internaciones—debe contar con por lo menos un psicólogo o un psiquiatra. Esta pérdida de hegemonía ha sido uno de los motivos de la oposición de corporaciones psiquiátricas a la ley.

Esta decisión del equipo interdisciplinario habilita a realizar una internación involuntaria si se evalúa que la situación implica “riesgo cierto e inminente”. Para hacer posible esto la ley incluye una modificación del artículo 482 del Código Civil por el cual la internación forzosa se realizaba por “peligrosidad para sí o para terceros”. Lo que parece un cambio de palabras es un cambio profundo de concepción. La peligrosidad puede ser comprendida como un “atributo” de la persona y por ende justificar su confinamiento prolongado, el “riesgo cierto e inminente” define una situación transitoria, por ejemplo una crisis, que debe ser atravesada con este tipo de cuidado a fin de que la persona retorne lo más rápido posible a su comunidad.

Conforme con esto se modifica la función del Poder Judicial, ya no corresponde al juez indicar la internación, sino ser informado de ella a fin de garantizar la justicia. A esto se suma que la ley establece que la persona internada involuntariamente tiene derecho a ser asistida por un abogado y que, en caso que no lo designe, el estado lo proveerá. Es por ello que se ha conformado la unidad de letrados en el Ministerio Público de la Defensa, pero como su alcance es la Capital Federal, resulta necesario que las provincias cuenten también con este servicio.

En su decreto reglamentario se fija una fecha para que las actuales instituciones monovalentes dejen de existir como tales (2020) y se especifican acciones a realizar e instituciones a crear. Obviamente esto toca intereses en el sector privado y también una preocupación de los trabajadores del sector con respecto a su fuente de trabajo que ha promovido acciones y propuestas de los gremios.

De ella y de su reglamentación se desprende un modelo asistencial en el que las crisis que ameriten internación la recibirían en un hospital general con servicios adecuados. Pero además se deben generar las medidas y recursos necesarios para dar soporte en la comunidad a las personas con padecimiento mental dado que nadie puede permanecer internado por simples carencias sociales, y que se deben crear dispositivos asistenciales comunitarios para quienes requieran cuidados prolongados, tales como casas de convivencia, hogares, hospitales de día. Se espera que los centros de salud puedan también integrar acciones y servicios de salud mental.

Si bien el avance es lento, desde 2012 hasta 2015 aumentaron en un 88% los

hospitales generales públicos con servicios de atención en salud mental, siendo a la fecha 275. Los servicios intermedios con base en la comunidad (casas de convivencia, centros de día, etc) se habrían incrementado en un 64 %, existiendo 233. Las camas de internación en establecimientos monovalentes de hospitales públicos disminuyeron un 19 % (Ministerio de Salud, 2015).

Unos pocos años son absolutamente insuficientes para modificar un sistema de profundo arraigue en la sociedad y con actores fuertes, no obstante uno de sus efectos ha sido potenciar actores que tenían menos visibilidad y peso. La presencia de las organizaciones de usuarios y familiares a los que se convocó para formar parte de las decisiones (participaron del debate de la Ley y participan en el Órgano de Revisión y en el Consejo Consultivo Honorario) le ha dado un impulso a estas organizaciones y ha potenciado la constitución otras nuevas en distintos lugares del país, las que abogan por la cabal implementación de la ley.

El Órgano de Revisión presentó ya su primer informe de actividades con los relevamientos realizados en instituciones públicas y privadas a las que se instó luego a modificar prácticas violatorias de los derechos garantizados por la ley 26657. La CONISMA ha producido acuerdos y documentos de recomendaciones, uno de ellos a actores del sistema educativo y comunidad en general con indicaciones para limitar el sobrediagnóstico y medicalización de la infancia y otro con recomendaciones a las universidades para adecuar las carreras de las profesiones del campo. En base a este último se realizaron reuniones con los representantes de las universidades a fin de promover y consensuar dichos cambios. También se trabajó un protocolo que regule la acción de las fuerzas de seguridad cuando deben intervenir en situaciones donde estén implicadas personas con sufrimiento psíquico severo. Las primeras acciones del Consejo Consultivo Honorario, el órgano más reciente, muestran su potencialidad.

No obstante se trata del comienzo de un camino y todavía hoy diariamente en nuestro país muchas personas sometidas a situaciones de anomia por su condición de sujetos de servicios de salud mental. Diariamente la resistencia silenciosa al cambio se encuentra en las prácticas cotidianas, algunos apelan a la ley para no brindar asistencia oportuna bajo el argumento de que “la ley prohíbe internar”, lo cual no es cierto. Cuando se iniciaba este proceso, en 2010, un profesional afirmó en una reunión: “esta ley va a traer muchos problemas” a lo cual otra persona respondió: “Es posible...pero por suerte va a traer problemas nuevos porque los viejos son muchos y graves”.

Una ley es básicamente una herramienta de acción. Ésta lo es particularmente porque su implementación depende de la gestión de muchos actores que a la vez promueve. Pero su plena implementación, por la que debemos abogar, será un paso más en la siempre acabada profundización de la democracia.

Bibliografía y Links

Carrillo, R.(6 de octubre de 1949). El problema de la asistencia de los enfermos mentales. Conferencia pronunciada en el Congreso de Psiquiatría de La Plata. En

Ramón Carrillo, (1974). Clasificación sanitaria de los enfermos mentales. Obras Completas, Tomo V. Buenos Aires: Eudeba.

CELS/MDRI: Vidas Arrasadas- La Segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. 2007.

Chiarvetti Silvia: La reforma en Salud Mental en la Argentina: una asignatura pendiente, Revista Argentina de Psicología Clínica, Vol. XVII, 2008.

Galende Emiliano: Psicoanálisis y Salud Mental, Paidós, Buenos Aires 1990

Ministerio de Salud : Gestión Sanitaria 2003-2014 (Informe de la Presidenta en la Inauguración de las Sesiones Parlamentarias 2015)

Vainer Alejandro: Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización. Topía- Un sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura, <http://www.topia.com.ar/.../pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud...> (acceso: 10/6/2015)

Links de Organismos

--Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones <http://www.mpd.gov.ar/.../organo-de-revision-de-la-ley-de-sal...>

-- Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones <http://www.jefatura.gob.ar/consejo-consultivo-honorario-en-...>

-- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones <http://www.msal.gov.ar/saludmental/>

-- Unidad de Letrados Art. 22 de la Ley 26.657 <http://www.mpd.gov.ar/.../unidad-de-letrados-art-22-de-la-ley...> (25/5/15)

- Organo de Revisión de Salud Mental <http://www.mpd.gov.ar/.../organo-de-revision-de-la-ley-de-sal...> (25/5/15)