

Salud mental en Río Negro ¿realidad o utopía?

AUTORA

Carolina Semprini

Proyecto de Investigación 04/V108

Sociedad Civil, Participación y

Modernización en el Estado Rionegrino,

desde la década del 90 hasta la actualidad

INTEGRANTES DEL EQUIPO

DIRECTOR

Claudio Alberto Mennecozi

DOCENTES

Mirian Ruth Maldonado

Eliana Carolina Medvedev Luna

María Emilia Ocampo

Magda de Los Rios Reyes

Carlos Vilte

Silvio Castro

Sergio De Piero

Franco Consiglio

Carolina Semprini

Maite Alicia Martitegui

Cecilia Aguirre

Yessica Aramendi

Leandro Berraz Oroño

Orlando Granizo

Rodrigo Nehuen Méndez

Augusto Pascuali

Cristian Adrian Salas

RESUMEN

La propuesta de Investigación está dirigida a indagar y comprender el estado actual de la Política de Salud Mental en Río Negro y poner en tensión las distintas miradas que tienen los actores-individuales y colectivos- sobre esta Política Pública. El objetivo general es Analizar las distintas miradas que tienen los actores -Poder Ejecutivo, Poder Judicial, Poder Legislativo, Sociedad Civil- sobre el estado actual de la Política de Salud mental en Río Negro. Los objetivos específicos tienden a Identificar los planes y programas de la Política Publica establecidos por la Ley 2440 y Analizar si se cuenta con los recursos efectivos para sostener en la práctica los lineamientos enunciados en la ley. Surge el interrogante si los dispositivos y programas enunciados en la Política de Salud Mental implementada en 1991, son una realidad o una utopía. La metodología destinada a relevar datos que permita inferir conclusiones será de carácter cualitativa.

Palabras clave: Estado; Políticas Públicas; Salud Mental; Sufrientes Mentales.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define a la Salud Mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Según este organismo una de cada cinco personas sufre algún trastorno mental.

El advenimiento de la democracia, a fines de 1983, inaugura una etapa de profundas transformaciones en todo el país. En Río Negro en el área de Salud, específicamente en Salud Mental, se comienza a desarrollar una Política basada en la desinstitucionalización manicomial, llamada desmanicomialización, neologismo que surge a partir de 1988 y es creado por los trabajadores de Salud Mental, entendiéndose como un antecedente de la Ley 2440-de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental-, sancionada en 1994.

En 1985 se crea en el ámbito del Ministerio de Salud un programa de Salud Mental que se diferenciaba del Hospital psiquiátrico; fue dirigido por el Dr. Cohen, se elaboraron los lineamientos para el corto plazo en Salud Mental; este fue el comienzo de pensar el tratamiento de manera diferente. Se comenzó con la capacitación de profesionales- médicos, enfermeros-. Asimismo, como parte de brindar respuesta a nivel local se pensó en la apertura de camas en todos los hospitales generales, esto implicó un cambio de cultura en la atención en salud mental y trajo algunas resistencias. Se cierra en esta época el Hospital Neuropsiquiátrico ubicado en la ciudad de Allen.

Como sostiene Cohen y Natella (2007) con el tiempo se fueron generando espacios de reflexión, debate y acuerdos, donde participaban personas involucradas directa e indirectamente con los pacientes; es decir profesionales de los hospitales y miembros de la Sociedad Civil como la Iglesia, Policía y Educación.

En 1989 el jefe del Departamento de Salud Mental, en colaboración con la asesoría legal elaboran un proyecto de ley que es presentado a fines de ese año en la Legislatura Provincial; los fundamentos fueron redactados con el acompañamiento de los trabajadores de salud y aportes de instituciones políticas, sociales, culturales y

religiosas. Si bien el proyecto no fue tratado, la línea de tratamiento en los hospitales continúa desarrollándose. Sin embargo, la Ley se sanciona mucho tiempo después - 1991-

La Ley 2440, vino a poner un marco legal a la atención en Salud Mental; se basa en hacerse cargo de los sufrientes mentales, confiando en su recuperación y comprometiéndose con su reinserción social dentro de la comunidad; principios que están fundados en los Derechos Humanos. Para establecer su marco normativo se toma como antecedente la declaración de Caracas, realizada en 1990 en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud. En esta declaración se plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad. En la misma se observó que la existencia de esas instituciones que desconocen acuerdos internacionales sobre derechos humanos, advirtiéndose sobre su ineficiencia en términos económicos y su vulnerabilidad ante la corrupción de funcionarios públicos. Tal como lo destaca Alicia Miller (2003) Río Negro pasa a ser pionera en materia de Salud Mental en nuestro país, la colocaría a la vanguardia en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimientos Psicológicos, y en su tratamiento comunitario.

La nueva legislación, implementa estrategias terapéuticas como actividades recreativas y productivas en lugar de psicofármacos. Esto permite, por un lado, la des- medicalización del paciente dado que con esta modalidad el usuario es integrado al sistema bajo el diagnóstico de sufriente mental y no bajo la idea de una discapacidad o locura. Por otro lado, se rompe con el paradigma biomédico, en donde el lugar que se le otorgaba al usuario era el de un sujeto sin posibilidades de reinserción social y su exclusión del medio. Asimismo, da lugar al paradigma biopsicosocial, en donde el usuario es pensado como sujeto de derecho incluyéndolo dentro de la propia comunidad como también previendo la externación del mismo.

Dispositivos comunitarios como estrategias de inclusión

La sanción de la Ley 2440, no solo significó un cambio cultural, en relación al tratamiento de los usuarios del Servicio de Salud Mental, sino el cambio de las prácticas asilares, que cambiaron su denominación; se pasó de un hospital monovalente a tener hospitales generales, esto implicó todo un proceso, se incluyó distintas prestaciones: Ambulatorias, Acompañamiento y seguimiento institucional, domiciliario y comunitario de los usuarios del sistema, Gestión de estructuras y dispositivos intermedios para la promoción y desarrollo de la vivienda y el empleo, entre otras.

Así como se modificaron los hospitales también se crearon nuevos dispositivos para mejorar la atención de los usuarios del servicio. Uno de ellos es la creación de los Equipos de Salud Mental, que fueron el eje de la red de servicios y su principal articulación; fueron coordinados por equipos interdisciplinarios, si se proponía una concepción biopsicosocial, el Jefe Coordinador podía ser un médico o un psicólogo, un trabajador social o un enfermero. La disciplina no fue la determinante para la atención, sino las cualidades para organizar y facilitar la tarea de todos los integrantes del equipo. El pasaje de servicio a equipo fue motor y sostén de la transformación de prácticas y estructuras (Cohen y Natella, 2013).

La elección del Hospital General como estructura principal de atención e internación fue esencial porque permitió trabajar en un dispositivo polivalente, donde los recursos humanos son parte de un todo. Desde este espacio se generó una labor que tuvo dos ejes: hacia el interior de la Institución y hacia el entorno socio sanitario.

Otras estrategias del proceso terapéutico implementadas fueron las Casas de Medio Camino y las Empresas Sociales, como base comunitaria de la nueva red de servicios de salud mental. En el caso de las casas de medio camino pueden ser definidas como un espacio de contención y producción de saberes, donde se concentran acciones integrales destinadas a la rehabilitación y reinserción social de pacientes con padecimiento mental que buscan la promoción y el desarrollo del máximo de sus potenciales capacidades, en su medio habitual.

Tienen la finalidad de lograr un mayor grado de autonomía en la situación de cada uno de los pacientes. A través de actividades recreativas y productivas generando la formación de hábitos, como por ejemplo de limpieza, de alimentación, de un orden de horarios, de socialización. Existen en varias localidades de la Provincia, por ejemplo, en la ciudad de Viedma, los pacientes realizan actividades de convivencia y ocupacionales, como, talleres de cocina, alimentación, de limpieza y jardinería. Participan de las actividades el equipo interdisciplinario del hospital Zatti de la ciudad.

En cuanto a las empresas sociales, se basan en diferentes propuestas laborales para las personas con padecimiento mental. Su objetivo consiste en el desarrollo de distintas capacidades para la vida cotidiana, como la responsabilidad, la autoestima, la interacción con la comunidad, de manera tal de generar un bienestar en estas personas, partiendo de la base de que son sujetos capaces de diferentes producciones. Esas producciones son ofrecidas a la comunidad en distintas formas, a través de las empresas sociales.

Para acompañar a los sufrientes mentales se desarrollan Asambleas Comunitarias, pensadas como dispositivos de inclusión. Como sostiene María Ghio (2010), es un recurso posible para tener en cuenta en la elaboración de estrategias de abordaje psicosocial. Es una alternativa para que todos los actores sociales se involucren en la problemática, pueden participar usuarios, familiares y la comunidad en general con el objetivo de toma de conciencia sobre su propia responsabilidad frente a los problemas que le conciernen. Los profesionales médicos, Psicólogos o especialistas, ofician de mediadores, solo garantizan que circule la palabra.

Conclusiones

A modo de conclusión se puede decir que el proceso de desmanicomialización que se da a partir de 1984 y luego con la sanción de la Ley 2440 en 1991, la cual vino a legitimar una práctica que ya estaba instalada; fue una etapa de gran compromiso tanto desde la esfera estatal como por parte de la esfera no estatal. Esta política pública forma parte de un conjunto de leyes sancionadas en la Provincia de Río Negro en la década del 90 donde se propiciaba la participación de la Sociedad Civil.

Han transcurridos más de 20 años de su sanción y el Estado no ha logrado implementar el artículo 10 del decreto reglamentario que estableció que el Consejo Provincial de Salud Pública tenía que gestionar las partidas presupuestarias para poner en funcionamiento lugares de rehabilitación y resocialización.

La Ley 2440 establece distintos espacios destinados a la atención y contención de usuarios y familiares. En una primera etapa, estos espacios tenían que funcionar en las localidades de El Bolsón, General Roca y Viedma y en una supuesta segunda etapa, se habilitarían en las localidades a determinar conforme a las necesidades regionales.

En la actualidad los espacios que funcionan lo hacen con muchas dificultades tanto edilicias como de recursos humanos, sin embargo, los mismos son sumamente necesarios, porque con el cierre del Neuropsiquiátrico, se trató de trabajar para modificar el vínculo entre el sufriente mental y la comunidad de pertenencia. Cada propuesta de abordaje que brindan los distintos espacios se piensa como un proceso donde la persona/usuario que participa pueda reconocerse como miembro de su espacio y deje de ser estigmatizado y ser visto como un marginado social.

Para lograr esta transformación institucional en Salud Mental en forma plena requiere la acción conjunta de todos los actores, especialmente del Estado que considere a esta Política Pública como una inversión y no como un gasto, donde los hospitales cuenten con presupuesto adecuado, sean eficientes, eficaces, actualizados científicamente y que respeten los Derechos Humanos.

Lecturas sugeridas

1. Cohen, H. y Natella, G. (1995): Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro, Lugar Editorial, Buenos Aires.
2. Cohen, H. y Natella, G. (2013): La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro, Lugar Editorial, Buenos Aires.
3. Ghio, María (2010) “La asamblea comunitaria. Un dispositivo posible para las estrategias de abordaje en Salud Mental Comunitaria” Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental - Volumen XVI - N° 3: 105-109
4. Muscillo, M. (2001) “La Empresa Social, una forma de ser en el mercado” en Diario *El Bolsón* -diario@elbolson.com
5. Schiappa Pietra, J. (2008): Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental. Fondo Editorial Rionegrino-Salud Pública documento de trabajo: La Desmanicomialización en Rio Negro. 1995.