

# A 10 años de la Ley Nacional de Salud Mental: propuestas para saldar una deuda histórica

---

## Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010, previó la obligación estatal de sustituir definitivamente las instituciones psiquiátricas monovalentes, a fin de crear un sistema de atención en salud mental de base comunitaria que respete los derechos humanos. Su decreto reglamentario, promulgado en 2013, estableció el año 2020 como fecha límite para alcanzar dicha meta. El 2020 ha llegado, pero el sistema de salud mental en Argentina continúa siendo hospitalocéntrico, y no ha experimentado cambios sustantivos desde la sanción de la ley, situación que fue reconocida por el Estado argentino en una audiencia temática ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), celebrada el 14 de febrero de 2019 en Sucre, Bolivia. En agosto de 2020 también ha vencido el plazo previsto por la Resolución 3250/2019 del Ministerio de Salud para que las instituciones monovalentes con internación en salud mental presenten sus planes de adecuación a la ley 26.657.

Las graves condiciones de vida dentro de los hospitales psiquiátricos y demás centros que brindan atención en adicciones, que hace 10 años condujeron a la sanción de la LNSM, continúan siendo una realidad. No obstante, la comunidad de usuarios, usuarias y sobrevivientes del sistema, los organismos del Estado y la sociedad en su conjunto han avanzado en la problematización de este tema, y -si bien aún se halla invisibilizado en el discurso político y mediático- su inserción en la agenda de derechos humanos es hoy indiscutible.

Según el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental<sup>1</sup> (2019), en Argentina todavía hay 12.035 personas internadas en 162 instituciones monovalentes de salud mental, públicas y privadas, a las que aún deben sumarse las que residen en instituciones con internación en adicciones. El promedio de tiempo de permanencia en ellas es de 8,2 años, cifra que aumenta a 12,5 años en el sector público. Una de cada cuatro personas lleva entre 11 y 90 años internada. Son los motivos sociales, y

---

<sup>1</sup> Aun cuando la ley 26.657 prevé la obligación de realizar un censo de las personas internadas cada 2 años, el primero se realizó recién en el año 2019.

no los clínicos, los que continúan explicando el elevado número de internaciones y los tiempos excesivos durante los cuales estas se sostienen.

El vencimiento del plazo establecido por la LNSM para la sustitución definitiva de la política pública centrada en la institucionalización, coincide con un evento excepcional e inédito a nivel nacional y global: la pandemia generada por el virus COVID-19. Durante esta crisis, ha quedado evidenciada la centralidad de las condiciones de vida en la capacidad de vivir y sobrevivir a una amenaza epidémica a la salud. Avanzar en procesos de externación ya no es sólo un imperativo legal, sino una medida fundamental para la preservación de la vida y la integridad de las personas institucionalizadas por motivos de salud mental en Argentina.

Los procesos de externación requieren de una amplia gama de intervenciones y articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales, tendientes a asegurar que las personas puedan continuar con la atención de su salud en el ámbito de la comunidad, proveerles los apoyos que ellas, sus familias y referentes requieran, y garantizarles la disponibilidad y accesibilidad de dispositivos residenciales y de inclusión sociolaboral. El diseño, implementación y evaluación de estas acciones debe incorporar un enfoque interseccional, que tenga en cuenta el impacto diferencial que tiene la internación sobre ciertos colectivos sociales, como las mujeres y la niñez, particularmente expuestas a la invisibilización, a la estigmatización y a la desatención en las instituciones psiquiátricas.

Estos objetivos -y las acciones para alcanzarlos- deben prevalecer aún en un contexto complejo para el sistema público de salud, que evidencia problemáticas antiguas y estructurales, pero también fortalezas y potencialidades, encarnadas sobre todo en sus trabajadores y trabajadoras, que han puesto todos sus esfuerzos y arriesgado su salud para preservar la vida de la población.

La institucionalización prolongada por motivos de salud mental es un problema social, de derechos humanos y de salud pública, que no es ajeno a los riesgos que genera esta pandemia. Se trata de un imperativo legal incumplido hace 10 años, que debe ser abordado, incluso -y más aún- en este contexto de urgencia.

Las organizaciones que suscribimos este documento detallamos a continuación las medidas que son necesarias para garantizar la desinstitucionalización de las personas internadas y manifestamos nuestra voluntad de participar y aportar en todas las instancias que el Estado habilite para avanzar hacia una salud mental comunitaria.

## Propuestas para garantizar la externación sustentable de las personas internadas en los establecimientos monovalentes de salud mental y adicciones

### *1. Relevar la información necesaria para garantizar externaciones sustentables en cada jurisdicción y para elaborar políticas públicas que cumplan la ley*

Las diferentes acciones propuestas para la desinstitucionalización demandan fuentes de información centralizada, actualizada y desagregada sobre la situación dentro y fuera de los centros con internación en salud mental.

En tal sentido, es imprescindible que estos establecimientos sistematicen la información vinculada a las personas que residen en ellos, ya que estos son esenciales para llevar adelante procesos de externación sustentables. En particular, deben recolectar los siguientes datos:

- **Identitarios:** reconstrucción de las trayectorias personales y tramitación del Documento Nacional de Identidad.
- **Vinculares:** identificación de referentes afectivos que participen del proceso de externación.
- **Sanitarios:** condición clínica general e identificación del grado de institucionalización de la persona.
- **Económicos:** disponibilidad de recursos o estado de las tramitaciones para los subsidios o pensiones correspondientes.
- **Habitacionales:** recursos disponibles para el acceso a una vivienda.
- **Recursos institucionales y socio-comunitarios fuera del hospital:** posibilidad de recibir acompañamiento de familiares y referentes y disponibilidad de redes de apoyo.

Las entidades estatales con competencia en la materia deben garantizar que los hospitales públicos y las clínicas privadas releven estos datos y construir registros centralizados a partir de ellos. A su vez, en el contexto de pandemia debe producirse información oficial sobre la cantidad de contagios, de muertes y las condiciones de internación y de trabajo en hospitales psiquiátricos, así como otros datos específicos en el contexto de pandemia.

Al mismo tiempo, deben producir datos de política pública fundamentales para transformar estructuralmente el sistema de atención y tomar decisiones basadas en evidencia. A modo de ejemplo, deben conocer la cantidad de camas disponibles para internación en hospitales generales y de dispositivos de base comunitaria, el número de profesionales con formación en salud mental comunitaria y los recursos presupuestarios destinados al sostenimiento de las internaciones y a los tratamientos en la comunidad. También reviste vital importancia que el Estado cense las instituciones con internación en adicciones para conocer cuántas existen y cuál es la situación de la población alojada en ellas.

## **2. Robustecer el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención**

Las jurisdicciones locales deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los centros en el primer nivel de atención, y asegurar que cuenten con las herramientas necesarias para dar seguimiento a las personas con discapacidad psicosocial y para brindarles tratamiento, apoyo y asistencia ante una eventual situación de crisis. Asimismo, deben garantizar que se encuentren en condiciones de promover y fortalecer los vínculos con las personas usuarias y sus familiares o personas de apoyo, para planificar de forma conjunta las acciones destinadas a su recuperación e inclusión social.

A su vez, se deben crear instancias de capacitación del personal que se desempeña en el primer nivel para la atención de la urgencia, la asistencia en momentos de crisis y el seguimiento de las necesidades relativas a los procesos de inclusión social y comunitaria. Reviste suma importancia, además, asegurar la presencia de equipos de salud mental interdisciplinarios en cada uno de ellos, y promover una articulación eficiente con los hospitales generales.

## **3. Garantizar los tratamientos ambulatorios y el acceso a medicación**

Se debe asegurar que todos los centros de atención primaria, los centros provinciales de atención y los hospitales generales brinden atención ambulatoria en salud mental y adicciones, evitando que estos servicios sean provistos por hospitales psiquiátricos o comunidades terapéuticas. Es primordial desarrollar mecanismos de articulación con las empresas de medicina prepaga y las obras sociales, a fin de garantizar que estas también provean este tipo de atención a sus afiliados y afiliadas.

Asimismo, para permitir la continuidad de los tratamientos se debe garantizar que las personas externadas tengan acceso a la medicación prescrita. Por ello, se recomienda programar entregas en cantidad suficiente en sus domicilios, o en establecimientos o farmacias cercanos al lugar donde residen.

En el actual contexto de emergencia sanitaria, optimizar la atención ambulatoria por sobre la internación deviene particularmente relevante, y es coherente con los protocolos y lineamientos de prevención emanados de las autoridades sanitarias.

Algunas experiencias desarrolladas durante la pandemia del virus COVID-19 en relación a esta cuestión han resultado exitosas y debería considerarse su fortalecimiento luego de la crisis sanitaria, a fin de garantizar la atención en la comunidad y evitar la centralización de los cuidados en las instituciones monovalentes. A modo de ejemplo, el Hospital Alejandro Korn de la Provincia de Buenos Aires adaptó un dispositivo móvil, que cuenta con profesionales de trabajo social, psiquiatría y acompañamiento terapéutico. Este equipo móvil concurre semanalmente a domicilios, facilitando el acceso a la medicación y ayuda alimentaria a personas que fueron externadas luego de varios años de institucionalización y realizando un seguimiento de los casos. Ello permitió que continuaran en sus hogares personas que se encontraban con familiares con anterioridad a la pandemia, y que se sostuvieran o articularan externaciones con dispositivos de base comunitaria.

#### ***4. Asegurar una base habitacional digna y segura para las personas externadas***

Debe garantizarse la base habitacional necesaria para hacer sustentables los procesos de externación. Este factor implica que las personas puedan elegir libremente dónde y con quién vivir en función de las opciones disponibles, que el gasto en vivienda sea sostenible, que los dispositivos habitacionales cuenten con servicios y condiciones de habitabilidad adecuados, y estén ubicados en lugares apropiados en función del plan de vida de las personas usuarias.

Teniendo en cuenta el impacto que tiene la pandemia -y las medidas adoptadas a partir de ella- en la salud mental de las personas y las prácticas que se encuentran suspendidas, es fundamental que los espacios residenciales cuenten con las condiciones adecuadas para el desarrollo de actividades que permitan sostener la vida en un contexto de aislamiento y/o distanciamiento físico de las otras personas, promover la inclusión social y dar sentido al transcurrir del tiempo, tales como talleres y otros espacios de formación y de esparcimiento.

#### ***5. Diseñar medidas tendientes a garantizar la inclusión social de las personas externadas***

Los organismos estatales competentes deben diseñar -mediante un trabajo articulado con los efectores de salud que diseñan los planes para la externación- estrategias tendientes a fortalecer la participación comunitaria de las personas usuarias de los servicios de salud mental y adicciones, a fin de garantizar su inclusión en los

espacios sociales, educativos, laborales y culturales ya existentes y a los que acceden el resto de las personas.

Si bien muchas de las actividades que se podrían realizar actualmente no son posibles debido a la pandemia, deben promoverse alternativas para que el distanciamiento físico no implique un aislamiento social y no deteriore la salud de estas personas, asegurando que puedan estar en contacto con sus referentes afectivos y realizar diferentes tipos actividades que sostengan su vida en comunidad (por ejemplo, talleres virtuales de capacitación laboral, conformación de grupos virtuales de apoyo, etc.).

## **6. Brindar apoyos financieros específicos para las personas en proceso de externación**

El Estado Nacional y las jurisdicciones locales deben garantizar a las personas usuarias medidas de apoyo financiero, máxime en este contexto de crisis socio-sanitaria, que agrava la crisis económica preexistente. En tal sentido, se podría crear una asignación universal para la población externada o en proceso de externación, del mismo modo que se han dispuesto transferencias de recursos específicos para otros colectivos sociales.

Los fondos asignados deben alcanzar para sostener tanto el procedimiento de evaluación, gestión, acompañamiento, traslado y continuidad del tratamiento, como las condiciones de acceso a alimentos, medicamentos e insumos de higiene necesarios, tanto durante el período de medidas excepcionales dispuestas para la pandemia, como con posterioridad a esta.

## **7. Implementar medidas de apoyo a las familias y referentes afectivos**

El Estado Nacional y las jurisdicciones locales deben garantizar a las redes de apoyo de las personas usuarias las medidas que sean necesarias para facilitar su labor y sostener la vida en comunidad de estas personas. Es necesario que a partir de la identificación de las redes vinculares que hagan los efectores de salud en relación a los usuarios y usuarias de estos servicios, se brinden a familias y referentes afectivos apoyos de carácter financiero (por ejemplo, subsidios) y acceso a programas sociales y/o de acompañamiento (por ejemplo, instancias para conversar sobre las mejores formas de apoyar a la persona en su recuperación y en su vida en comunidad), según los requerimientos de cada caso concreto.

Cabe señalar que, en el actual escenario de pandemia, se debe asegurar la accesibilidad de todos los servicios relacionados con la crisis del COVID-19 y de la información que se suministra desde el Estado, incluyendo aquella sobre modos de

prevención y cuidado y sobre servicios esenciales, la cual debe proporcionarse en formatos y modos alternativos de comunicación que se ajusten a las necesidades de cada persona.

### **8. Garantizar dispositivos de comunicación a las personas externadas**

La disponibilidad de herramientas que permitan una comunicación efectiva, fluida y adecuada durante la internación y luego de la externación es fundamental para impulsar y sostener los procesos de desinstitucionalización.

La comunicación es, además, fundamental para la defensa de derechos. El Órgano de Revisión Nacional afirmó que garantizar las comunicaciones a través de teléfonos móviles, videollamadas y otros medios es un modo de lograr la accesibilidad a la defensa de los derechos y asegurar que las personas puedan manifestar sus preferencias y sus reclamos específicos<sup>2</sup>.

Por tal motivo, durante las internaciones y fuera de ellas, el Estado nacional y los Estados provinciales deben reconocer la centralidad de las comunicaciones y apoyar con los recursos extraordinarios a las personas o a las instituciones en la que residen, evaluando posibles coordinaciones con las empresas prestadoras de servicios de telefonía e internet en caso de ser necesario.

### **9. Fortalecer los servicios de apoyo y los equipos de profesionales que trabajan en salud mental y adicciones**

El Estado Nacional y las jurisdicciones locales deben asegurar que los equipos de profesionales que trabajan en los efectores de salud mental y adicciones, y quienes desarrollan servicios de apoyo y asistencia personal a las personas usuarias cuenten con personal suficiente y que estén en condiciones de trabajar y ejercer su función de forma segura. Debe, además, garantizarse que tengan instancias de formación en salud mental comunitaria, a fin de que sus intervenciones se ajusten en todo momento a lo dispuesto en la normativa vigente.

Las autoridades estatales deben asegurar que las obras sociales, empresas de medicina prepaga y el Programa Federal Incluir Salud abonen en tiempo y forma los salarios de los y las profesionales, y que los servicios de acompañamiento a personas con discapacidad psicosocial no sean desfinanciados.

Además, dada la coyuntura, los equipos de profesionales han alterado sus modalidades de trabajo, lo que consta en realización de compras de productos que las

---

<sup>2</sup> Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental, Resolución S.E nro. 01/2020, 2020, p. 6.

personas usuarias necesitan y en la realización de llamadas para su acompañamiento. Por ello, el Estado Nacional y los Estados locales deben procurar que estas entidades reconozcan y remuneren las adaptaciones coyunturales a la labor que se realiza.

#### **10. Desarrollar sistemas de control y evaluación de las externaciones**

En su rol rector de la política de salud, el Ministerio de Salud de la Nación debe generar lineamientos, directivas y protocolos específicos para garantizar controles efectivos de los procesos de externación y para monitorear las condiciones en que estas se llevan a cabo. Esta recomendación se extiende a la órbita provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la relación directa de las autoridades de salud con los efectores monovalentes bajo su jurisdicción. Fortalecer los mecanismos de fiscalización de los procesos de desinstitucionalización permitirá prevenir situaciones de crisis e incentivar a los diversos efectores y profesionales que intervienen en estos procesos a adoptar modalidades de intervención respetuosas de los derechos de las personas usuarias. Crear sistemas de monitoreo efectivos y eficientes es particularmente relevante para fiscalizar las prácticas de las instituciones de gestión privada, que en ocasiones utilizan su independencia respecto del Estado para actuar discrecionalmente y en violación de la normativa vigente.

Además, es de suma importancia que los organismos de protección de derechos, como los Órganos de Revisión locales, las defensorías públicas, los comités de prevención de la tortura y los cuerpos de abogados y abogadas de las personas internadas sean fortalecidos y se les garanticen condiciones de trabajo seguras para que puedan llevar adelante su labor.

#### **11. Asegurar la participación real de los usuarios y usuarias en las políticas que se adopten y en todo lo concerniente a su tratamiento y proceso de externación**

Las personas externadas o en proceso de externación deben poder participar activamente en todas las etapas de sus tratamientos y expresar sus opiniones, preferencias, dudas y angustias en un clima de libertad y confianza. Por tal motivo, el Estado Nacional y las provincias deben crear protocolos para garantizar instancias en las que puedan expresar sus opiniones, asegurando que estas sean efectivamente tenidas en cuenta, y que en todo momento se respete su voluntad y los tiempos que necesitan. Debe permitirse, a su vez, que participen sus referentes vinculares y las agrupaciones de usuarios y usuarias cuando ellas lo soliciten, y en todo lo que sea pertinente para evaluar, valorar y modificar las condiciones en las que se da el proceso de externación.

Asimismo, las autoridades estatales deben crear mecanismos que permitan la participación real y efectiva de organizaciones de personas usuarias de los servicios de

salud mental en el proceso de elaboración, implementación y evaluación de las políticas públicas y de los planes de gobierno que puedan afectarles directa o indirectamente.

### ***12. Incorporar partidas presupuestarias suficientes y adecuadas a fin de asegurar la sostenibilidad de las acciones implementadas para la desinstitutionalización***

La implementación de las políticas públicas para avanzar en procesos de externación sustentable difícilmente puedan ser cubiertas sin recursos presupuestarios específicos, sobre todo en un contexto en el que el financiamiento en salud en las distintas jurisdicciones está siendo redireccionado hacia otros sectores vinculados a la crisis sanitaria generada por la pandemia.

El Ministerio de Salud de la Nación, en su carácter de autoridad de aplicación de la LNSM y como organismo a cargo de dos hospitales monovalentes de salud mental, debe destinar partidas presupuestarias específicas, suficientes y adecuadas para la creación de dispositivos comunitarios que permitan la externación, la habilitación de servicios de salud mental en hospitales generales, el otorgamiento de subsidios a personas con discapacidad psicosocial, familias y referentes afectivos y la implementación de las restantes medidas recomendadas. De igual forma deben proceder las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La obligación de incrementar las partidas presupuestarias destinadas a salud mental, que surge de la ley 26.657, cobra especial relevancia a diez años de su sanción y en el marco del vencimiento del plazo previsto para el cierre de los manicomios.

En el contexto de pandemia, las autoridades públicas podrían realizar pedidos específicos para la externación de emergencia a los fondos de financiación multilaterales a los que el gobierno está accediendo actualmente.

### ***13. Aprovechar el rol operativo del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones en la generación de acciones intersectoriales concretas***

El Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones debe jugar un rol central en el proceso de transformación hacia un sistema de salud mental comunitaria, por lo que debe reforzarse el mecanismo de consulta constante a este organismo por parte de la autoridad de aplicación nacional en todas las cuestiones comprendidas en su órbita de competencia.

## Suscriben:

- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ)
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)
- Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres (ATL)
- Asamblea Permanente de Usuarixs de los Servicios de Salud Mental (APUSSAM)
- Asamblea de Usuarios/as de Salud Mental por Nuestros Derechos (Rosario)
- Asociación Casa Club Gualeguaychú
- Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM)
- Espacio PUEBLA - CABA
- Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios (Red FUV)
- Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR)
- Asociación Civil ACUFA
- Centro de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús
- Dr. Hugo Cohen, ex asesor subregional en salud mental para Sudamérica de la OPS/OMS y director de posgrado "Salud mental; legislación y derechos humanos" de la Universidad Nacional de Entre Ríos
- Equipo de investigación UBACyT "Salud Mental Comunitaria: territorios de precarización y políticas del cuidado", de la Facultad de Psicología de la UBA.
- Práctica Profesional "Salud mental y desinstitucionalización", de la Facultad de Psicología de la UBA
- Cátedra Psicología Preventiva, de la Facultad de Psicología de la UBA.
- Observatorio de Prevención y Protección de la Salud Comunitaria, Facultad de Psicología de la UBA
- Movimiento de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la LNSM
- Dirección de Unidad Académica Salud Social y Comunitaria, Universidad del Chubut
- Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMYA) de la Ley 26.657: *Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), Asociación Civil Intercambios para el estudio y atención de problemas relacionados con drogas, Asociación Civil Los Abuelos del Francés, Asociación de Profesionales de Servicio Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Asociación de Reducción de Daños de la República Argentina (ARDA), Asociación de Terapistas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ATOGBA), Asociación Manos Abiertas y Solidarias (AMAS), Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM), Cátedra de Salud Pública y Salud Mental (I y II) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Confluir. Usuarios en Acción por el Derecho a la Salud Mental, Federación de Centros Barriales de la Familia Grande Hogar de*

*Cristo, Forum Infancias, Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Junta Interna de Delegados y Delegadas de la Asociación de Trabajadores del Estado de la Secretaría de Gobierno de Salud (ATE Salud), La Huella Cooperativa de Trabajo, Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, Red Estratégica para el Desarrollo Social (REDES Río Negro), Red Experiencia Santa Fe, Sociedad Argentina para el Estudio de los Consumos Problemáticos de Sustancias y Unión de Personal Civil de la Nación – Seccional de Trabajador@s Públicos Nacionales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*