

Grupo de Trabajo N° 6

Reflexiones en torno a la idea de *riesgo* en Salud Mental

Lic. Valeria Laura Carosella

(HIEAyC 'Dr. Alejandro Korn' – Facultad de Trabajo Social – UNLP)

El presente trabajo intenta constituirse en un aporte desde el Trabajo Social a los debates actuales en el campo de la Salud Mental surgidos fundamentalmente a partir del cambio de paradigma que implicó la sanción de la Ley Nacional N° 26657.

En este sentido, interesa profundizar analíticamente respecto a la dimensión del *riesgo* en Salud Mental, partiendo del carácter polisémico que adquiere dicha categoría y de las modalidades particulares de comprensión que priman en el campo.

Se considerará para ello el análisis de tres dimensiones constitutivas desde mi punto de vista respecto al tema intentando compartir reflexiones surgidas de la intervención profesional en un Hospital Especializado en Salud Mental.

En primer lugar, definiremos la noción de *riesgo cierto e inminente*; luego profundizaremos en la idea de *dignidad de riesgo* y por último se plantearán algunas consideraciones respecto a la situación actual de las personas con las que trabajamos en el campo de la salud mental desde un efector público de salud, en lo que a mi entender configuraría una situación de *riesgo existencial*; procurando propiciar el entrecruzamiento de las tres dimensiones señaladas.

En este trabajo se tomará como referencia la definición que propone la Ley Nacional de Salud Mental en su Artículo 3. Allí se plantea que "(...) 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"¹.

Esta definición constituye un avance en términos de comprensión del fenómeno ya que incorpora las distintas dimensiones que constituyen la perspectiva de determinación social de la salud a la que adherimos; alejándonos de una mirada reduccionista que definiría la problemática desde una concepción estrictamente biomédica.

1 Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

En este sentido, esta conceptualización se complementa con la definición del Decreto Reglamentario de la mencionada Ley que entiende por padecimiento mental “ a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes (...)” de conformidad con lo establecido en el Artículo mencionado anteriormente.

En el cotidiano de la intervención en un efector especializado del sistema público de Salud, estas definiciones normativas se reflejan en situaciones concretas de extrema complejidad corporizadas en las personas con las que trabajamos; y que ponen de manifiesto las múltiples determinaciones de la salud.

De este modo, la población mayoritariamente asistida en el efector refleja la desigualdad social existente en nuestra sociedad traducida en trayectorias vitales marcadas por la precariedad y la vulneración de derechos; en las que el padecimiento mental se añade a situaciones previas de fragilidad.

Nos encontramos con personas con escasa o nula trayectoria educativa y laboral, con ausencia de cobertura social y con condiciones materiales de existencia signadas por la precariedad que llegan al Hospital con muchas dificultades de accesibilidad y que no cuentan, en la mayoría de los casos, con una red vincular que pueda constituirse en un soporte.

En este sentido, interesa puntualizar en las situaciones de urgencia en salud mental como un momento de quiebre en la cotidianeidad y que supone "(...) 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, consideren que requiera atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/ o sociales y constituyen una ruptura del equilibrio vital"².

Esta urgencia es la que define la presencia de un *riesgo cierto e inminente*. En este sentido, “se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte; (y) se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de

2 Lineamientos para la atención en la urgencia en salud mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Año 2013

sucedan en un plazo perentorio”³. El riesgo cierto e inminente es el criterio que define la necesidad de internación o no de una persona.

A los fines de este trabajo, podríamos pensar que si bien en la evaluación en los dispositivos de urgencia prevalecen las situaciones en las que el cuadro clínico es el que en última instancia define la necesidad o no de ese recurso terapéutico, es la complementación de ese cuadro con los múltiples determinantes de la salud de la persona lo que en muchos casos conlleva a la implementación de esa medida restrictiva de la libertad.

Ello se refleja en la ausencia de recursos terapéuticos suficientes a nivel comunitario, en las dificultades de acompañamiento por parte de los referentes vinculares o la ausencia de los mismos, sumado a situaciones de pobreza y condiciones materiales de existencia de extrema precariedad que generan que la descompensación en la salud mental de la persona termine requiriendo de una internación como la única alternativa terapéutica efectivamente posible.

En este sentido también adquieren relevancia los frecuentes reingresos de las personas que han transitado internaciones, que si bien pueden interpretarse como un acontecimiento propio del proceso de salud/enfermedad/asistencia de ciertos padecimientos mentales (Mendoza: 2009); deben leerse también a la luz de la actual coyuntura en la que a la situación de crisis socioeconómica se suma la ausencia de dispositivos o estrategias terapéuticas superadoras de la internación como respuesta asistencial desde el sistema público de salud.

En este marco, interesa puntualizar otro de los sentidos que adquiere la palabra *riesgo* en el campo de la Salud Mental vinculado con la autonomía de las personas con padecimiento mental y que se ha definido como *dignidad del riesgo*.

Esta idea supone un cambio de paradigma respecto a las personas con padecimiento mental, que tiene como antecedente las luchas de los movimientos sociales por la vida independiente de las personas con discapacidad y diversas reflexiones ligadas a dicha temática⁴.

Eduardo Basz (2011) plantea la dignidad del riesgo tomando en consideración fundamentalmente el ejercicio de la capacidad jurídica y el consentimiento informado por parte de los usuarios.

3 Atención de las Urgencias en Salud Mental

4 Sobre este tema, ver Palacios, A. (2008).

Al partir la Ley 26657 de la presunción de capacidad de todas las personas y sumado al marco regulatorio que impone la Convención por los Derechos de las personas con discapacidad (2006), se modifica sustancialmente –al menos en materia normativa- la idea de que las personas con padecimiento mental son incapaces y requieren de la tutela de otros o del Estado en todos los casos.

En la particularidad del Hospital Especializado nos encontramos con diversas tensiones sobre todo respecto a la población de larga estancia que se encuentra alojada en dispositivos con características asilares y que reflejan la persistencia aún de la modalidad de asistencia manicomial.

Estas tensiones tienen que ver con lógicas instituidas de funcionamiento de la institución y también de modos de relacionarse con las personas que se encuentran alojadas allí, que tal como se explicitara en distintos informes ⁵ no lo están por motivos de salud sino por otras causas vinculadas con la falta de acceso a derechos sociales (CELS: 2015).

En ese marco, frente a la ‘seguridad’ que suponía la modalidad de asistencia asilar basada en la tutela y la restricción de la libertad de las personas con padecimiento mental se impone la necesidad de nuevas intervenciones que promuevan justamente aquello que anteriormente se coartaba.

La dificultad radica también en que las internaciones prolongadas implican un arrasamiento subjetivo y la pérdida de habilidades sociales necesarias para el desenvolvimiento de las personas en el marco de las actividades de la vida diaria que es preciso desandar en la búsqueda de nuevas posibilidades de abordaje; que principalmente parten de la intención de profesionales y trabajadores de las instituciones y que no se reflejan aún en políticas públicas acordes.

En este sentido, es necesario comprender que “la autonomía de aquellos que tienen un límite en su capacidad se ejerce a través de la asistencia para la vida independiente y no a través de la sustitución con base en la protección”⁶; por lo que es necesario fortalecer la dimensión de los apoyos en el abordaje, cuestión para la que se requiere de evaluaciones particulares respecto a lo que cada persona requiere y también recursos para poder garantizarlo, sin que ello implique su invisibilización o su pérdida de autonomía.

5 Entre ellos el Informe ‘Cruzar el muro’ del CELS (2015) y los resultados del Censo realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental, 2019.

6 Iglesias, M. *Capacidad, información y autonomía: principio de la dignidad*. Sin más datos

El trabajo en los Consultorios Externos de Salud Mental nos permite visualizar que las personas con algún tipo de padecimiento mental que viven en la Comunidad despliegan en su cotidiano distintas estrategias que les permiten sostenerse pese a su problemática de salud, pero también nos muestran que en la mayoría de los casos esto se logra con muchísimo esfuerzo y existe algún tipo de lazo con otro/a que contiene en mayor o menor medida a esa persona. No necesariamente me refiero a una relación afectiva o signada por las relaciones de parentesco pero sí a otra persona (a veces puede ser un/a profesional del equipo de salud) que contribuye a ese sostenimiento, fundamentalmente a partir de la escucha y el vínculo⁷(Carosella: 2017).

En este punto quisiera mencionar el modo en que el sostenimiento comunitario de las personas con padecimiento mental se encuentra atravesado y limitado por las condiciones materiales de existencia de esta población y el detrimento de esas condiciones de vida que venimos observando en los últimos tres años.

En primer lugar, resulta importante a fin de caracterizar a la población con la que trabajamos mencionar que, tal como dijéramos anteriormente, en su gran mayoría no se encuentran insertos en el mercado de trabajo ni formal ni informalmente, pese a encontrarse en muchos casos dentro de lo que se conoce como Población Económicamente Activa. Ello si bien puede atribuirse a la situación general del país respecto al acceso al empleo, también se vincula con la ausencia o insuficiencia de políticas sociolaborales destinadas a esta población.

No se trata aquí de apuntar a una focalización extrema de las políticas públicas, pero sí a la necesidad de que se contemplen particularidades inherentes a las dificultades que atraviesa esta población. En este sentido se puede mencionar el cupo de personas con discapacidad que debe ocupar cargos públicos, el cual resulta insuficiente y rara vez es accesible para personas con problemas de salud mental.

Las personas con padecimiento mental requieren, para acceder a algún tipo de derecho ligado a su condición de salud, de un documento que acredite y certifique su discapacidad.

En términos de capacidad laboral se considera que la persona debe tener afectada más del setenta y seis por ciento de la misma para acceder a una Pensión por Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. El otorgamiento de este tipo de beneficio previsional se encuentra prácticamente paralizado desde hace aproximadamente dos

años, y no sólo no se están otorgando nuevas prestaciones sino que se están exigiendo nuevos requisitos para quienes ya las poseían, a riesgo de perderlas.

Al momento actual estas pensiones rondan los ocho mil pesos, con lo cual tampoco pueden equipararse al ingreso que la persona percibiría si pudiera desempeñarse laboralmente, ya que el salario mínimo vital y móvil se encuentra alrededor de los doce mil quinientos pesos al mes de Junio de este año.

En el caso de las Pensiones por Invalidez de la Provincia de Buenos Aires, la situación aún es peor en términos de ingresos ya que si bien permite contar con la obra social loma, actualmente no llega a los mil pesos.

Como se puede observar, medidas que supondrían la consideración de la situación de esas personas las colocan en una situación de vulneración de derechos dada por quien debiera garantizar los mismos.

En términos de políticas públicas para el sector, podemos mencionar la posibilidad de acceder a un Certificado Único de Discapacidad (CUD) que se obtiene a partir de una evaluación interdisciplinaria de la persona por una Junta de tres profesionales conformada a tal fin que certifica que la persona tiene afectada su funcionalidad de acuerdo a la normativa que regula a nivel nacional la discapacidad, en este caso, mental o intelectual.

En términos concretos el CUD sólo permite la gestión de la asignación por discapacidad de la Anses (ya sea la AUH o el Salario Familiar) siempre que haya algún referente vincular (ascendente o descendente en términos de parentesco) que pueda percibirla. En los casos en que se trate de la Asignación no implica contar con Obra Social.

El Certificado también posibilita la gestión del Pase de Transporte para viajar de manera gratuita, siendo éste el motivo que con mayor frecuencia origina el pedido del CUD por parte de las personas con las que trabajamos.

Desde los equipos de salud muchas veces es éste el principal motivo para intentar aportar a la accesibilidad al tratamiento ya que las personas no cuentan con recursos económicos para llegar al Hospital y discontinúan por ello su atención sanitaria.

Hasta hace un año aproximadamente existía la posibilidad de gestionar el llamado SUPEBA (Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida) surgido a partir de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia), consistente en el pago de dos mil pesos mensuales por un período de seis

meses prorrogable por seis meses más que (supuestamente) contribuiría a lograr las externaciones o el sostenimiento comunitario de las personas con padecimiento mental.

En la actualidad no se pueden gestionar ingresos, y sólo lo cobran quienes ya lo percibían. Incluso se ha planteado su incompatibilidad con las Pensiones por Discapacidad pese a lo irrisorio de los montos.

Es frecuente que en las consultas surja la demanda expresada con angustia de asistencia alimentaria; incluso ha aumentado la cantidad de personas que nos solicitan esta prestación por parte del hospital. En las delegaciones del municipio se está entregando una bolsa de mercadería cada 45 días. Las personas a las que atendemos nos plantean que no todos los días tienen algo para comer.

El panorama descrito nos permite entonces expresar nuestra preocupación y definir la situación actual en términos de *riesgo existencial*. Ello debido a que lo que está en juego no es ya el sostenimiento comunitario pensando en las vicisitudes que atraviesa una persona con padecimiento mental en una sociedad que no la contiene. De lo que estamos hablando es del sostenimiento vital de esa persona, que no cubre ni siquiera mínimamente sus necesidades básicas y que no cuenta con ninguna política pública que contribuya a superar esta situación.

En este sentido, la conjunción de las tres dimensiones del *riesgo* que se esbozaron en este escrito como una invitación a la reflexión nos convocan a continuar trabajando para visibilizar esta situación, reconociendo los límites profesionales y coyunturales con los que nos encontramos y aportando a su superación, con la certeza de que otra realidad es posible.

En este contexto, pese a que resulta difícil pensar en la superación del escenario planteado, resulta primordial seguir reclamando por otras condiciones de atención y porque la población con padecimiento mental pueda contar con los apoyos necesarios para transitar su vida.

Es necesario, para finalizar, destacar el compromiso de los y las profesionales que se desempeñan en el campo y que continuarán visibilizando esta situación, que deberá estar acompañada del reclamo porque el cumplimiento y la garantía de los derechos de las personas con padecimiento mental superen el plano enunciativo y se transformen en una realidad.

Referencias bibliográficas:

- Basz, E. *Dignidad del Riesgo. La autonomía del usuario*. En Panorámicas de Salud Mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Eudeba (2011).
- Carosella, V. (2017) *Intervención Profesional del Trabajo Social en el Hospital 'Dr. Alejandro Korn' en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. Desafíos y Obstáculos*. En López, Torres y Weber Suardiaz (comp). Debates en el campo de la salud mental: Práctica profesional y Políticas Públicas. Edulp
- CELS (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Censo Nacional de Personas Internada por Motivos de Salud Mental. Informe ejecutivo*.
- Iglesias, M. *Capacidad, información y autonomía: principio de la dignidad*. Sin más datos
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013) *Lineamientos para la atención en la urgencia en salud mental*.
- Mendoza, M. (2009). *Crítica a la modalidad de asistencia en Salud Mental*. Buenos Aires, Ed. Mate
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Grupo editorial CINCA, Madrid