



¿NUEVO PANORAMA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA?

Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental y el capítulo de salud mental y convivencia social del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Ximena Castro

xcastro@icesi.edu.co

Margarita Munévar

margar2026@gmail.com

Centro de Atención Psicosocial
Universidad Icesi, Cali, Colombia

Resumen

Se presenta una discusión crítica de algunos aspectos contemplados en la Ley de Salud Mental y el capítulo sobre salud mental y convivencia social del Plan Decenal de Salud. Se discute principalmente la coexistencia de dos paradigmas contradictorios: Uno que contempla una definición comunitaria de la salud mental y otro que se fundamenta en una concepción psiquiátrica, manteniendo como principal referente los trastornos mentales.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo actual se ha presentado un crecimiento vertiginoso de la enfermedad mental, afirmando que una de cada cuatro personas, a nivel mundial, ha sufrido un trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida. En Colombia se estima que alrededor de 8 de cada 20 personas han padecido este tipo de trastornos (Ministerio de Salud, 2013). Es en este contexto y ante la falta de reconocimiento del derecho a la atención y tratamiento en salud mental en nuestro país, que se expide la Ley 1616 en salud mental, también conocida como la “Ley de Esperanza”, con el fin de garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana. Asimismo, con la intención de alcanzar el mismo propósito, se

dedica un capítulo entero del Plan Decenal de Salud Pública 2014 - 2021 a la “Salud Mental y Convivencia Social”.

Tanto en la Ley de Esperanza como en el Plan Decenal se presenta una definición amplia de la salud mental, entendiéndola como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales o colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana” (Artículo 3°, Ley 1616). A partir de este planteamiento integral, no patologizante, se propone la necesidad de un trabajo intersectorial, donde se incluyan los ámbitos laborales, educativos y comunitarios, tal como se explicita en los artículos 9, 11, 24, 25 de la sección sobre promoción y prevención de la Ley. Del mismo modo, en el Plan Decenal, en concordancia con esta definición, una de las estrategias para “la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia” es la llamada “rehabilitación en salud mental basada en comunidad”.

A pesar de que se propone concebir la salud mental más allá del paradigma psicopatológico, lo que es consecuente con los referentes de la Organización Mundial de la Salud (2013), en la Ley de Esperanza aún se evidencia el paradigma psiquiátrico positivista, ya que mantiene la referencia al “trastorno mental” (Ley 1616, art. 5°). Este último, definido a partir de criterios estadísticos y biológicos, es el término que atraviesa la nosología psiquiátrica más utilizada a nivel mundial, el DSM, la cual desemboca en el uso extensivo de psicofármacos. Es pertinente mencionar que la “objetividad” y la “cientificidad” han sido los criterios a través de los cuales la psiquiatría, en su vertiente positivista, se ha valido para legitimarse socialmente (Galende, 2008). De esta forma se dio paso a que la psiquiatría se concibiera “por fuera de los conflictos y antagonismos de los sujetos y las sociedades, además de justificar intervenciones de máxima crueldad tanto de investigación como curativas” (Stolkiner y Garbus, 2009: 174).

Esta tradición médica y psiquiátrica también se evidencia en el capítulo “Convivencia Social y Salud Mental” del Plan Decenal, dado que se siguen usando criterios epidemiológicos, como los indicadores de evaluación en los que se propone reducir los indicadores de carga de enfermedad (AVISAS) causados por diferentes trastornos mentales. Un ejemplo de las metas propuestas en el Plan

es: “Al 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes”. Cuando en el Plan Decenal se sostiene una postura epidemiológica, se hace palpable cómo en este campo se ha ido “desplazando de las enfermedades que se producen por contacto con la naturaleza, a las enfermedades que se producen por contacto entre los propios seres humanos” (Fridman, 2009: 34). Sin embargo, este desplazamiento no ha implicado un cambio en la comprensión de la enfermedad mental más allá de sus correlatos biológicos, sino que ha contribuido a la fundamentación del uso de la medicación psiquiátrica como tratamiento privilegiado ante el sufrimiento psíquico de las personas. Desde esta perspectiva “la medicalización de la vida hace de la cura del cuerpo una obligación, y transforma a los que se ocupan de atender la salud en ‘aliviadores’ del dolor físico; desconociendo la enorme complejidad de la existencia humana” (Fridman, 2009: 34).

En la Ley de Salud Mental se mencionan diversas problemáticas sociales y padecimientos de la existencia humana: trastornos mentales, discapacidad mental, consumos de sustancias psicoactivas, trastornos mentales en el contexto laboral y educativo. Estos son abordados desde una perspectiva ambientalista-conductista en la que se reduce la salud mental a “factores de riesgo” que están en el ambiente y que afectarían a los sujetos. Tal como se muestra en el artículo 7° de la Ley:

“El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.”

Desde esta perspectiva ambientalista, se plantea que controlando los factores de riesgo ubicados en el ambiente, a través de su detección y prevención temprana, se evitaría la manifestación de la enfermedad mental. De esta manera se impone un solo tipo de funcionamiento de tipo “para-todos”, en el cual se reduce la salud mental a una serie de fórmulas generales para “vivir mejor y más feliz” (Castro, 2013). Se ve claramente como este paradigma no solo desconoce la subjetividad y la singularidad del sufrimiento psíquico, reduciendo el malestar a factores susceptibles de ser medidos y controlados, sino que además deja a un lado la cuestión de cómo el sufrimiento humano también está relacionado con la fragmentación del lazo social en las sociedades urbanas

contemporáneas, en las que tiende a imperar el individualismo y el anonimato (Galende, 1996).

La perspectiva ambientalista y conductual en salud mental también se hace presente en el Plan Decenal, tal como se lee en el primer objetivo del componente sobre la promoción de la salud mental y la convivencia: “fomentar la cultura del auto-cuidado”. A pesar de que no se define lo que es el “auto-cuidado”, es posible afirmar que este término trae implícito el supuesto de que un sujeto que sufre es aquel que no tendría la voluntad de cuidarse, o que el sufrimiento psíquico sería consecuencia de la falta de información sobre cómo cuidarse y protegerse. Desde esta perspectiva se pretende que las personas tengan total dominio de su vida psíquica y no se conviertan en una carga para la sociedad. Quizá sea pertinente recordar aquí una de las enseñanzas de Freud cuando afirma que no somos soberanos de nuestra propia alma.

De igual modo, con el énfasis en el auto-cuidado se muestra cómo “el sujeto contemporáneo, inmerso en procesos de creciente fragmentación social está sometido a ideales inéditos de autonomía” (Cazenave, 2008), donde los servicios convencionales de salud mental, como son las psicoterapias adaptativas y la medicalización, cumplen el cometido de mantener la funcionalidad del sujeto en el orden socioeconómico imperante. Esto se evidencia en el artículo 5° de la Ley 1616: “la rehabilitación apunta a proporcionar el nivel *óptimo* de funcionamiento de individuos y sociedades”.

Por otro lado, en la Ley se procura introducir una aproximación centrada en lo comunitario con base en los principios y estrategias de la Atención Primaria en Salud (APS). A pesar de que de que su implementación aún está pendiente, es importante en este punto preguntarse cómo se concretará, por ejemplo, el artículo 6, dado que se lee cierta vaguedad al plantear que las personas tienen derecho a que “las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente”. En la Ley 1616 no se explicita cómo se conciben las prácticas de hospitalización psiquiátrica, lo que necesariamente conduce a tener presente el fenómeno que señala Dimenstein (2013) cuando analiza el caso de la reforma de la legislación en Salud Mental en Brasil: uno de los mayores obstáculos que ha tenido que afrontar dicha reforma ha sido “la

coexistencia explícita de dos paradigmas de atención, uno centrado en la institución del manicomio y otro de carácter psicosocial” (p. 47).

Esta discusión también se ha planteado en diversos escenarios locales, como los foros “Socialización y divulgación Ley 1616 de 2013 de Salud Mental” y “La salud pública en el contexto del Plan Decenal y de la reforma en salud” (Cali, 2013), donde diferentes ponentes han realizado fuertes cuestionamientos a la forma cómo se ha entendido la Atención Primaria en Salud y Salud Mental, ya que no ha sido concebida como un nuevo paradigma para la formulación políticas y la toma de decisiones en salud pública, sino que ha sido abordada como un mero instrumento de ejecución de servicios (Jiménez, 2013; Arboleda, 2013). Estas formas de entender la APS han sido también identificadas por Stolkiner y Garbus (2009), cuando exponen como en los procesos de reforma psiquiatría en países como Argentina y Brasil, han coexistido dos discursos: El primero, de corte tecnócrata, tiene como eje central del tratamiento la psicofarmacología y las actividades psicoeducativas. Fuertemente ligado a las políticas de salud cuyo propósito es la ampliación del mercado y la reducción del gasto, este modelo propone la sustitución de la internación prolongada por reinserciones centradas en el esfuerzo de los grupos familiares y del trabajo voluntario. En este discurso la APS se entiende como un primer nivel de prestaciones para personas de escasos recursos económicos. En el segundo discurso, el eje central es la restitución de la condición de ‘sujeto de derecho’ a los pacientes, proponiendo intervenciones centradas en las personas. Al reconocer cualquier tipo de enfermedad como una particular “forma de andar en el mundo”, promueve la integración de las prácticas de salud y la articulación con políticas sociales más amplias. En este discurso, la APS sería el eje a través del cual se contribuiría a la construcción de una lógica de ciudadanía y de inclusión social.

Frente a las ambigüedades y contradicciones presentes tanto en la Ley de salud mental como en el Plan Decenal, es pertinente preguntarse si la salud mental seguirá supeditada a las concepciones de una ciencia positivista, en la cual persiste el interés de estar al servicio del modelo económico imperante y sostener el orden social establecido, otorgándoles legitimidad. Si este sistema se sostiene se seguiría perpetuando la problemática de que “los usuarios, dentro de la trilogía de Estado, profesionales y seguros privados, ven restringida la

acción social, y la atención de sus sufrimientos mentales es sometida a los criterios económicos del mercado: utilidad, eficacia, menor costo” (Galende, 1996: 61).

Ante este nuevo panorama político e institucional es necesario analizar si aún es posible pensar en una salud mental que ponga en primer plano el lazo social y la integración de los sujetos; un sistema de salud mental que brinde dispositivos donde los sujetos encuentren una forma de elaborar su sufrimiento más allá de la medicalización, del adiestramiento conductual y de las campañas informativas. Nosotras creemos que sí lo es. La reglamentación de la Ley 1616 de 2013 constituye una gran oportunidad para los diversos actores del ámbito de la salud mental (instituciones públicas, privadas, profesionales y ciudadanos) ya que nos convoca a reflexionar, proponer e inventar nuevas formas de acción que antes no se contemplaban a nivel político, como la Atención Primaria en Salud Mental y la salud mental comunitaria. Lo anterior implica que aún está abierto el espacio de dialogo para proponer nuevos dispositivos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Lugares que posibiliten el encuentro, la palabra y la escucha; lugares donde los sujetos puedan construir mejores formas de arreglárselas con su sufrimiento y así establecer nuevos lazos con los otros.

Referencias

- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, 11, 73-114
- Cazenave, L. (2008). La medicalización de la vida cotidiana. *Consecuencias: Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento*, 2.
- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, 11, 43-72.
- Fridman, P. (2009). Los Principios de la Bioética en Salud Mental y Psicoanálisis. En: Fantin, J.
- Fridman, P. (Comp.), *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.
- Galende, E. (1997). *De Un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stolkiner, A., Garbus, P. (2009). Ética y Práctica en Salud Mental. En: Fantin, J. Fridman, P. (Comp.), *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.

Ley 1616 “Ley Esperanza” de Salud Mental de enero de 2013. Tomado el 1 de diciembre de 2013, de:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia, (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2014-2021. Tomado el 1 de diciembre de 2013, de:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Programa de la OMS acerca de la salud mental. 2013

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Foro de socialización y divulgación Ley 1616 de 2013 de salud mental. 18 de octubre de 2013. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Cali.

http://www.ascofapsi.org.co/portal/material_grafico/documentos_eventos/Colpsic-Ascofapsi_Foro%20Divulgacion%20Ley%20Salud%20Mental_Agenda-Octubre%202013.pdf

Foro: El Plan Decenal de Salud Pública y las reformas de salud. Cali, Diciembre 11 de 2013.

http://saludpublica.univalle.edu.co/Logros/Publicaciones/756_la_salud_publica_en_el_contexto_del_plan_decenal.pdf