

XX CONGRESO NACIONAL y X LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGÍA
JURÍDICA

“Los estudios sociojurídicos en Argentina y Latinoamérica en épocas de crisis. Recurrencias,
alternativas y rupturas.”

Comisión de trabajo 6: Estado, políticas públicas y derecho.

LA LEY DE SALUD MENTAL FRENTE AL 2020.

Desmanicomialización y políticas públicas: avances, tensiones y resistencias.

Ignacio Oscar Zelasqui¹

Resumen.-

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 sancionada en 2010 planteaba un cambio de paradigma respecto del abordaje en la materia, en consonancia con los principios y derechos humanos de la persona, compromisos asumidos internacionalmente por el Estado argentino. La ley fue el resultado del activismo políticos de movimientos, operadores y usuarios del servicio de salud pública, siendo una ley ejemplo en términos de participación ciudadana y protección de derechos. Este cambio requería de una transformación del sistema de salud pública que apuntaba a nuevas prácticas, servicios y tratamientos en salud mental. Se estableció entonces un plazo de 10 años para que el Estado pueda intervenir mediante políticas públicas en el área, dotándola de recursos que generen estos nuevos espacios y dispositivos para la transformación del servicio público de salud mental, dejando atrás la lógica de encierro manicomial para dar lugar a tratamientos donde se refuercen los lazos social y la inclusión en la comunidad. Estamos a pocos meses de cumplirse el plazo que establece la ley para el cierre de los hospitales psiquiátricos dando lugar al nuevo abordaje en salud mental y el actual escenario de conflicto entre los actores intervinientes nos coloca frente a varios interrogantes.

Abstract.-

The National Law of Mental Health 26,657 enacted in 2010 proposed a paradigm shift regarding the approach in the matter, in line with the principles and human rights of the person, commitments assumed internationally by the Argentine State. The law was

¹ Abogado (FCJyS-UNLP). Becario investigador de la Universidad Nacional de La Plata(FCJyS-GECSI).
Cursando la carrera de Doctorado en Ciencias Sociales (FaHCE-UNLP).
Correo: ignazelasqui@gmail.com

the result of political activism of movements, operators and users of the public health service, being an example law in terms of citizen participation and rights protection. This change required a transformation of the public health system that pointed to new practices, services and treatments in mental health. A period of 10 years was then established so that the State can intervene through public policies in the area, providing it with resources that generate these new spaces and devices for the transformation of the public mental health service, leaving behind the logic of asylum confinement to give place to treatments where social ties and inclusion in the community are reinforced. We are a few months after the deadline established by the law for the closure of psychiatric hospitals giving rise to the new approach in mental health and the current scenario of conflict between the actors involved puts us in front of several questions.

Introducción.-

En el presente trabajo se pretende exponer el contexto actual en materia de salud mental teniendo en consideración la pretensión de sustituir los hospitales psiquiátricos y la proximidad de vencimiento del plazo para ello. En ese sentido abordaremos la cuestión desde dos ejes de análisis vinculados.

Por un lado, intentaremos dar cuenta de los niveles de cumplimiento de la ley mediante las políticas públicas desarrolladas durante estos años para terminar con la lógica manicomial y dar lugar al nuevo abordaje en salud mental. Por otra parte, procuramos describir cómo han reaccionado los diversos actores del sistema de salud mental ante la inminente desmanicomialización. A partir del modelo clásico propuesto por Robert Merton, procuramos observar si la ley y su finalidad es funcional o disfuncional a los diversos actores intervinientes.

Por último, como resultante del doble análisis esbozado pretendo describir tanto los avances y retrocesos, como las tensiones emergentes, distinguiendo obstáculos y facilitadores para la implementación efectiva de la Ley Nacional de Salud Mental.

Antecedentes, paradigmas y nociones.-

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 es el emergente en nuestro país de un proceso histórico marcado por el activismo de usuarios, familiares, profesionales y demás

organizaciones sociales que promueven un nuevo abordaje con eje en los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Esta visión alternativa al paradigma manicomial, con origen en Italia, fue logrando conquistas en instrumentos internacionales referidas a los derechos de las personas con padecimientos mentales que se constituyen en antecedentes de lo plasmado en el año 2006 por la convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A escala local se dió un proceso de activismo similar en torno al abordaje en salud mental, que fue incorporando esta tradición en argentina mediante legislaciones locales y concluyó con la sanción de la ley nacional en 2010 como directriz para todas las regulaciones locales estableciendo, a su vez, la política nacional en salud mental a partir de ese momento.

Antecedentes histórico internacionales:

Fue la tradición de la denominada Psiquiatría Democrática Italiana, propulsada por Franco Basaglia entre las décadas del 60-70 del siglo pasado, la que dio origen a un movimiento crítico respecto de los abordajes clásicos en salud mental, poniendo en cuestión el conjunto de prácticas y saberes que hasta ese momento justificaban la segregación y medicalización. Este movimiento, plasmado en Italia por la ley 180 en 1978, dio lugar a un proceso de sustitución de la institución manicomial por la creación de Centros de Salud Mental instalados en la ciudad de Trieste, servicios y dispositivos caracterizados por estrategias de abordaje comunitario que incluyó asambleas, clubes, pacientes, familiares y profesionales provenientes de diversos saberes. Con eje en la autonomía e inclusión social y laboral se trabajó en la construcción de residencias en la ciudad y en la conformación de cooperativas o emprendimientos para diversas formas de producción social (comercio, oficios, artes).

Esta experiencia centrada en los derechos de las personas con discapacidad psicosocial logró, mediante el impulso de múltiples organizaciones y asociaciones que nuclean a diversos actores involucrados en la temática, su reconocimiento en sucesivos instrumentos internacionales. En la Declaración de Caracas del año 1990 se aprueban la Atención Primaria de Salud, la promoción de modelos comunitarios dentro de redes sociales, la garantía de dignidad personal y de Derechos Humanos, entre otras cosas. Adoptando entonces, una perspectiva crítica respecto del modelo tradicional de atención en hospitales psiquiátricos. Quince años después, en la Conferencia Regional

de Brasilia se ratificaron aquellos postulados referidos a la protección de la persona, sus libertades y derechos humanos fundamentales. Además, se manifestó la necesidad de reformar los servicios de salud mental mediante el reemplazo de los hospitales psiquiátricos por redes comunitarias. Mediante el Consenso de Panamá en el año 2010, con la participación de múltiples organizaciones (DDHH, académicas y de Salud a nivel americano y mundial), se adoptó la consigna de la década para el paso comunitario: “Por un continente sin manicomios en el 2020”. Dicho lema tuvo repercusiones explicitadas incluso en el art. 27 de nuestra ley nacional de salud mental y su decreto reglamentario, cuestión cuyas implicancias aún están en disputa y retomaré más adelante para su análisis.

Como corolario del impulso y participación activa de esta tradición histórica en la lucha por el reconocimiento de los derechos, a fines del año 2006, Naciones Unidas aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre la cual profundizaré más adelante con el fin de exponer las nociones que comprenden el nuevo paradigma en materia de capacidad, ya que éste es el instituto en que se traducen jurídicamente las cuestiones de salud mental, donde se reflejan las mismas tensiones y resistencias. En resumen, este instrumento que incluye en su conceptualización de personas con discapacidad a aquellas que tengan “deficiencias mentales o intelectuales”, entre otras cosas, establece mediante el art. 12 el igual reconocimiento como persona ante la ley. Afirmando que la persona con discapacidad tiene derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y como consecuencia de ello la capacidad. Promueve la autonomía de las PCD, así como la inclusión social y laboral, haciendo eje en la comunidad y los lazos sociales (art. 19), evitando cualquier tipo de aislamiento o segregación. El Estado argentino no solo ratificó el tratado en el año 2008, además, fue dotado de jerarquía constitucional por ley 27.044 en Noviembre del 2014, por lo tanto, tiene el deber de promover y garantizar los derechos allí reconocidos.

Precedentes normativos nacionales:

A su vez, tal como mencioné al comenzar este capítulo, a escala local se dió previamente un proceso de activismo similar en torno al abordaje en salud mental, que fue incorporando esta tradición en argentina mediante legislaciones locales y concluyó en la sanción de la ley nacional en 2010 y la aprobación de la Convención antes citada.

Ya existían con anterioridad a la ley nacional 7 leyes provinciales (Río Negro/91, Santa Fe/91, Entre Ríos/94, San Juan/99, Chubut/2009, San Luis/2010 y Córdoba/2010) y una ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2010, todas referidas a la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales y de las cuales se tomaron algunas premisas allí receptadas (HERMOSILLA Y CATALDO, 2012). Resumidamente, se pueden mencionar como puntos coincidentes en estas normas antecedentes y luego retomadas por la Ley Nacional 26.657, la denominación de padecimiento mental en contraposición a la noción de “enfermedad” propia de la psiquiatría y el positivismo biológico (GALENDE, 2006); la excepcionalidad de las internaciones; la noción de riesgo cierto e inminente en lugar de la idea de “peligrosidad”; el consentimiento informado como reconocimiento de sujeto de derechos y garantía de autonomía personal.

El modelo social de los derechos humanos. Nuevo paradigma, nociones y abordajes:

Como adelante, las cuestiones de salud mental en sus diversos abordajes ha encontrado su correlato jurídico en el instituto de la capacidad ya sean con el clásico paradigma manicomial de segregación, aislamiento y patologización o el modelo social de derechos humanos emergente de la perspectiva comunitaria. Los procesos judiciales vinculados a la temática (insania-curatela, determinación de la capacidad) traducen al discurso jurídico las prácticas y saberes hegemónicos en el abordaje de la salud mental, reflejando las mismas tensiones y resistencias.

El concepto de capacidad jurídica, con su tradicional distinción entre titularidad y ejercicio de derechos, constituye un discurso jurídico afianzado durante una larga historia normativa y se traduce en prácticas institucionales consolidadas. Desde la sanción del Código Civil en la segunda mitad del siglo XIX ha regido en nuestro país un modelo tutelar para las personas con discapacidad, estableciendo parámetros de “normalidad” fundados en un discurso médico-legal. La respuesta de este modelo ante aquellos que quedan fuera de los criterios normalizadores ha sido la sustitución de su voluntad y autonomía mediante figuras de representación, que más allá de las buenas intenciones, vedan a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos de modo acorde a sus deseos, necesidades y elecciones.

La Ley de Salud Mental 26.657, adecuándose a los compromisos internacionales asumidos por el Estado Argentino con la aprobación en 2008 de la Convención de

Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC), dotada de jerarquía constitucional en 2014, introduce el nuevo paradigma de derechos humanos en la materia. El art. 3 de la ley 26.657 define 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas...". En consecuencia, nuestro país asume el paradigma social en torno al cual se articula la CDPD, de manifiesto en su preámbulo.

En contraposición con el modelo tutelar, la CDPC consagra en su art. 12 el igual reconocimiento como persona ante la ley. Afirmando que la persona con discapacidad tiene derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y como consecuencia de ello la capacidad que es plena y no admite restricciones, solo apoyos para su ejercicio. En concordancia, la ley de salud mental establece en su art. 5, partiendo de la presunción de capacidad que "La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado." Mediante la interdisciplina, se pretende una evaluación acorde al modelo social ya que incluye áreas de psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Sin embargo, más allá de la intención de consolidar el cambio de paradigma en el ámbito de la evaluación, es menester resaltar las tensiones que genera esta vinculación entre distintos campos, reforzada por la hegemonía histórica que el discurso médico ostenta en esta materia y más aún en el ámbito judicial.

A modo de síntesis, al entenderse que la discapacidad es un fenómeno social y por ende dinámico, se desprende la necesidad de nuevas prácticas que se aparten del modelo médico-legal rehabilitador, garantizando a las personas con discapacidad el ejercicio de sus derechos con libertad y autonomía, para desarrollar su proyecto de vida en igualdad de condiciones, afianzando su dignidad como persona.

Políticas Públicas en Salud Mental: Avances, retrocesos y deudas.-

La Ley 26.657, como fuere reseñado, ha fomentado numerosas transformaciones en miras a garantizar los derechos de las personas con discapacidad psicosocial partiendo desde una visión que pone el eje en la inclusión social, promoviendo lazos comunitarios que faciliten el acceso y ejercicio de los derechos y, en consecuencia, la dignidad de la persona. Centrándonos en el tema que motiva esta presentación, la ley de Salud Mental y su decreto reglamentario 603/13 contienen la novedad, por ser producto del impulso y participación de diversas organizaciones (ddhh, usuarios, familiares, profesionales de la salud, entre otros) en su formulación e implementación efectiva, de haber planteado un cambio de paradigma que no se ha quedado en la mera declamación y abstracción legal sino que ha instado al poder a llevar adelante las políticas públicas necesarias para consolidar dichas transformaciones planteando objetivos, pasos a seguir, plazos, etc. Este cambio requería de una transformación del sistema de salud pública que apuntaba a nuevas prácticas, servicios y saberes en salud mental. Para ello, el Estado debe intervenir mediante políticas públicas en el área, dotándola de recursos que generen estos nuevos espacios y dispositivos, dejando atrás la lógica de encierro manicomial para dar lugar a abordajes donde se refuercen los lazos sociales y la inclusión en la comunidad.

Específicamente, el artículo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados y establece, para los ya existentes, que se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Completando este objetivo el decreto reglamentario 603/13 determina que la sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMÁ. A su vez, y estrechamente vinculado con este punto, el art. 32 prevé un incremento progresivo en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud. Por otra parte, establece la realización de censos nacionales cada DOS AÑOS en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, así como la obligación de los jueces de revisar las causas que determinen alguna inhabilitación o restricción de la capacidad cada TRES AÑOS fundada en evaluaciones interdisciplinarias.

Frente a este panorama y estando a pocos meses de cumplirse el plazo que establece la ley para el cierre de los hospitales psiquiátricos dando lugar al nuevo abordaje en salud mental, considero oportuno observar la presente situación, detallando las políticas públicas desarrolladas para cumplir con dichos objetivos y exigencias legales, para examinar los avances, retrocesos y deudas pendientes.

Responsabilidad Internacional:

Previo a comenzar a describir la situación actual, quiero resaltar que el Estado argentino está obligado internacionalmente desde que ratificó la CDPD a desarrollar estas políticas, ya que no transformar los servicios de salud mental y mantener los dispositivos manicomiales redundaría en violaciones de derechos humanos fundamentales. En este orden de ideas, en las Observaciones finales sobre el informe de Argentina aprobadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en septiembre de 2012, este organismo manifestó su preocupación centralmente en dos aspectos fundamentales. Por un lado, la internación involuntaria y prolongada que sigue prevaleciendo en Argentina, a pesar de la adopción de estrategias de desinstitucionalización y de que la Ley Nacional de Salud Mental se centra en el modelo de derechos humanos de la discapacidad. El Comité insta al Estado parte a implementar de manera efectiva las estrategias de desinstitucionalización adoptadas, así como a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, así como medidas eficaces que promuevan la desinstitucionalización de las personas con discapacidad. Por otra parte, el Comité lamenta que la efectiva implementación de la Ley 26.657 se encuentre en riesgo debido a su falta de reglamentación y que la conformación de su órgano de revisión siga pendiente e insta al Estado a adoptarlas lo antes posible y a que fortalezca la red de servicios comunitarios de salud mental y su coordinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de vivienda a fin de garantizar la eficaz implementación de la LNSM.

Con relación al primer punto, las estrategias de desinstitucionalización en miras a la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos han avanzado muy poco desde el 2012 a la actualidad y las internaciones involuntarias prolongadas existentes siguen siendo un foco de gran preocupación tras las evidencias recabadas de diversos informes

(CELS y MDRI, 2008) donde se documentaron las sistemáticas violaciones de derechos humanos en asilos psiquiátricos de Argentina. Sobre 25.000 personas institucionalizadas, se observó que la mayoría no contaban con la adecuada asistencia médica, psicosocial ni legal, sin alternativas de externación y víctimas de prácticas crueles, inhumanas y degradantes. En la actualidad, los informes del órgano de revisión de la LNSM y demás organizaciones reflejan que las condiciones estructurales de estas instituciones (infraestructura y prácticas) no han cambiado, por tanto las personas aún internadas continúan en situación de vulnerabilidad, mientras se avanza progresivamente a la sustitución de estos dispositivos.

Respecto al segundo punto, cabe mencionar que se produjo un avance significativo, ya que en el año 2013 se reglamentó la ley mediante el decreto 603, también fruto de una amplia participación de los sectores involucrados, donde se establecieron y aclararon varios puntos difusos en la ley. Entre ellos, se reglamentó la operatividad del Órgano de Revisión Nacional (ORN) de la ley, su funcionamiento, conformación, ámbito y dependencia. En consecuencia, el 1º de diciembre de 2013 el ORN aprobó su primer plan de trabajo semestral y se encuentra aún hoy en funcionamiento.

Políticas públicas: Programas, servicios y dispositivos de red comunitarios:

En lo vinculado a las políticas públicas que fortalezca la red de servicios comunitarios de salud mental y su coordinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de vivienda a fin de garantizar la eficaz implementación de la LNSM durante estos años, el escenario actual marca un resultado deficitario producto de marcados retrocesos en las políticas públicas, especialmente en los últimos años. Además de no generarse nuevos dispositivos comunitarios, se han vaciado los pocos existentes. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires en Septiembre de 2012 se desarticuló el Programa de Atención Comunitaria (PAC) para Niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Severos. Muchos jóvenes se beneficiaban con el programa logrando mantener sus lazos sociales y su pertenencia comunitaria y familiar. La solución del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) para esos jóvenes fue una masiva institucionalización en el Hospital Tobar García, es decir, lo contrario a los propósitos de la CDPD y de la LNSM. Sumado a ello, el GCBA llamó a licitación pública para tercerizar en servicios privados las internaciones prolongadas, en contradicción a la ley

de salud mental que insta a la creación y apertura de dispositivos comunitarios para la atención, rehabilitación y reinserción social que sustituyan progresivamente a los dispositivos de internación, considerados el último recurso terapéutico. Tras las acciones legales de la Asesoría General Tutelar y de organizaciones de la sociedad civil, el llamado a licitación se suspendió (CELS, 2015).

A esfera nacional, de un total de 21 programas identificados con salud mental en el análisis de las cuentas de inversión 2010-2014 sobre los cuales la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) pidió información, sólo obtuvo respuesta concreta con información presupuestaria relevante respecto de 5, de los cuales 3 se vinculan con actividades desarrolladas por organismos descentralizados (Colonia Montes de Oca, Hospital Posadas, Centro Nacional de Reeducción Social -CE.NA.RE.SO-), y sólo el de la Colonia Montes de Oca hace alusión a la información presupuestaria solicitada. Los datos remitidos por Montes de Oca evidencian que desde 2010 se registra una subejecución del presupuesto. Por su parte, en el proyecto de presupuesto 2017 para este organismo, el porcentaje de rehabilitación y externación de pacientes desciende respecto de lo previsto para el año 2016 (ACIJ, 2016).

Sobre el Programa de Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales se desprende que el porcentaje del presupuesto asignado a salud mental en lo relativo a este programa representa entre el 2,1 y el 3, 8 % (durante los años 2010 a 2014) del total general de salud. En igual sentido Chubut (Hospital Regional Comodoro Rivadavia) y Corrientes (Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís) en las cuales los números disminuyen del año 2013 al 2014. Sumado a que en estos últimos y en el Hospital Nuestra Señora del Carmen de Tucumán siguen existiendo residencias de salud mental que sólo cuentan con la especialidad de psiquiatría. Agregan que hasta octubre de 2014 existió un Hospital de Día Psiquiátrico para pacientes con patologías subagudas, cuyo funcionamiento fue suspendido “por decisión de la superioridad, debido a situaciones de reestructuración” (ACIJ, 2016). Respecto al programa Asistencia Integral y Prevención en Drogadicción, en los años 2010 a 2014 también evidencia sub-ejecución presupuestaria (ACIJ, 2016).

De la cuenta de inversión 2015 surge, en relación con el CE.NA.RE.SO que “en la mayor parte de los indicadores físicos se superaron las metas establecidas. *Las únicas excepciones son Asistencia para la Reinserción Social (Casa de Medio Camino) que*

presentó una merma del 20% con respecto a lo previsto porque se presentaron desperfectos edilicios en la casa durante el segundo y tercer trimestre, y Asistencia Financiera para la Externación (“Vuelta a Casa”), que disminuyó en el cuarto trimestre por no poder prever la continuidad del proyecto”. A su vez, se informó la cantidad de pacientes internados y externados durante los años 2013 a 2015 en los dos programas mencionados, observándose un aumento de las externaciones en dicho período ya que mientras en 2013 representaba un 39% sobre el total de internaciones, en 2015 dicho porcentaje había aumentado al 57% (ACIJ, 2016).

Frente al último pedido de información dirigido en 2016 al Ministerio de Salud para que identifique qué partidas proyectó a salud mental, respondió que en el anteproyecto enviado a la Oficina Nacional de Presupuestos, la única actividad en salud mental es “Apoyo y Promoción de la Salud Mental y Adicciones”. Explicita que el porcentaje que representa dicha actividad en relación al anteproyecto 2017 total del Ministerio, es del 0,19%. Aun considerando que dicho porcentaje no equivale al total de recursos que el Estado gasta en Salud Mental, pues no incluye el presupuesto destinado a salud mental por los organismos descentralizados, puede observarse cuán lejos está del 10% impuesto por la ley. Además, se constata que en el Presupuesto 2017 del Ministerio de Obras Públicas no se hace ninguna mención a la construcción de viviendas asistidas, casas de medio camino, etc. (ACIJ, 2016).

Estos trabajos de monitoreo y recopilación de datos por parte de las organizaciones de ddhh, usuarios y profesionales, confirman la carencia de políticas pública en el terreno de la salud mental y la persistencia del modelo manicomial. En consecuencia, el Estado ha sido denunciado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) por tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes en hospitales psiquiátricos de la Argentina, que llevaron adelante nueve organizaciones y que contó con la presencia de representantes del Estado. En dicho marco, se realizó una audiencia en Sucre el 14 de Febrero de este año donde *el Estado argentino reconoció las violaciones de derechos humanos denunciadas y que “el proceso de transformación no es homogéneo y que la lógica manicomial aún perdura” ya que la concentración de trabajadores/as y presupuesto siguen en los hospitales psiquiátricos y no existen los dispositivos intermedios necesarios.*

Asignación de recursos en Salud Mental:

Este reconocimiento de incumplimiento por parte del Estado argentino se ven reflejadas a su vez en los presupuestos durante los años de vigencia de la LNSM donde resulta evidente el incumplimiento del art. 32 que prevé un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud al cual se llegaría progresivamente en no más de 3 años desde su sanción sin admitir regresión alguna (principio de progresividad en ddhh).

Debido a la falta de información pública referida a los fondos destinados a salud mental, con el detalle correspondiente respecto de los diversos programas y dispositivos comunitarios existentes y las partidas destinadas a los mismos debemos recurrir a organizaciones de la sociedad civil que recopilan los datos y monitorean el efectivo cumplimiento de la LNSM. Esta información no es publicada de forma activa por parte del Ministerio de Salud ni por la Dirección Nacional de Salud Mental, tampoco es posible conocerla a través de la herramienta de los pedidos de acceso a la información pública, ya que no dan respuesta a los requerimientos o brindan información incompleta, confusa e insuficiente. Pese a que ello no permite evaluar la totalidad del presupuesto que el Estado destina a salud mental, de la información disponible se desprende que, a nivel nacional, el porcentaje destinado a salud mental entre 2010 y 2014 nunca superó el 3% (ACIJ, 2016). De lo expuesto se puede arribar a dos conclusiones a nivel nacional. Por un lado, no se puede conocer con precisión cuánto dinero se gasta en salud mental por falta de transparencia en el uso de los recursos públicos (no hay precisión sobre cómo y cuánto se gasta, detalle de las partidas presupuestarias asignadas a programas, áreas y actividades vinculadas a salud mental), sumado al incumplimiento del Estado y sus organismos frente al derecho al acceso a la información pública, no contestando los requerimientos o brindando respuestas imprecisas. Por otra parte, no hay previstos recursos destinados hacia políticas públicas tendientes a la sustitución de hospitales monovalentes por servicios de salud mental que garanticen las terapéuticas comunitarias (ACIJ, 2016).

En la Ciudad de Buenos Aires, el CELS ha realizado un estudio presupuestario entre los años 2010-2014 que da cuenta de un aumento en el presupuesto total destinado a la salud pero no así su proporción destinada a la salud mental, contrariando el aumento gradual del rubro salud mental hasta llegar a un 10% de lo destinado a salud (CELS,

2015). De 2010 a 2012 hubo una disminución considerable del porcentaje del presupuesto destinado a esta área. La tendencia cambia para 2013 y hasta 2014, ya que se incrementó la asignación presupuestaria aunque no recuperó los valores de 2010. En cuanto a la distribución de la partida presupuestaria, la mayor cantidad del presupuesto se asigna a las cuatro grandes instituciones psiquiátricas de CABA: Borda, Moyano, Alvear y Tobar García. La LNSM indica la migración progresiva de recursos, como modo de apuntalamiento de las nuevas prácticas. Si bien, en términos porcentuales, la asignación a los psiquiátricos monovalentes disminuye con el correr de los años, la reducción es mínima. Más del 80% se asigna a estas instituciones librando apenas un 20% para los dispositivos ambulatorios y los programas que apuntan a la reinserción en la comunidad (CELS, 2015).

En Provincia de Buenos Aires se observa un avance para el presupuesto de 2019, pero no por iniciativa del Estado en políticas públicas que breguen por la implementación de la LNSM, sino como resultado del litigio estructural fruto del cual se lo obligó a destinar 23 millones de pesos para la externación de personas manicomializadas en Romero. En 2014, el CELS, el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero y la Comisión Provincial por la Memoria presentaron una acción de amparo colectivo por las vulneraciones a los derechos humanos de las personas alojadas en el Hospital “Melchor Romero”. El Estado de la provincia de Buenos Aires se comprometió ante el Juzgado en lo Contencioso Administrativo N° 3, del Departamento Judicial de La Plata a alquilar doce viviendas y a brindar los recursos y apoyos necesarios para la externación sustentable de personas alojadas en el Hospital “Melchor Romero”, durante 2019 y a gestionar dos nuevos dispositivos comunitarios para la atención en salud mental en la Ciudad de La Plata, en articulación con el resto de los centros de salud.

Si bien el monto no refleja la pauta presupuestaria estipulada por la Ley Nacional de Salud Mental, que indica que el presupuesto debe representar el 10% de lo destinado a salud, es un avance concreto en esa línea. Aun así es importante destacar que la población actual de dicho hospital es de 470 personas y las medidas planificadas prevén la externación de solo 60 de ellas.

Por último, es de público conocimiento el actual contexto de crisis socioeconómica de Argentina profundizado desde mediados de 2018 a la actualidad que produjo, entre

otras cosas, la degradación del Ministerio de Salud a Secretaria, sumado al lugar marginal que históricamente la salud mental ocupa dentro del área de salud y los hospitales. Esto no solo repercute como desvalorización simbólica del área, sino en concretas reducciones presupuestarias, donde el ajuste económico incluye áreas esenciales para la vida social como la salud y se profundizan en la salud mental por el rol marginal que el estado le asigna dentro del sector.

Proyectos de reforma:

Para finalizar, en los últimos años se han observado intentos de reforma del reglamento 603/13 mediante el cual se pretendió modificar el espíritu de la LNSM, con un retroceso gravísimo en el respeto de los derechos humanos de este grupo de persona priorizando un modelo de intervención contrario al modelo social de discapacidad. El proyecto impulsado en Septiembre de 2017, si bien no logró concretarse por la resistencia de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la implementación efectiva de la LNSM, refleja la tendencia de la actual gestión de gobierno hacia políticas públicas regresivas en el área que consistían en lo siguiente: Reinstalar el modelo médico hegemónico de perspectiva biologicista habilitando exclusivamente las “prácticas fundadas en evidencia científica” y excluye los aportes interdisciplinarios; reinstalar el manicomio bajo el nombre de “hospitales especializados en psiquiatría y salud mental” y admitiendo el aislamiento pleno de personas a quienes vuelve a considerar “enfermos” como un tratamiento regido por el “arte médico”; retomar el concepto de peligrosidad ya que permite una evaluación basada en riesgos potenciales; volver a la lógica del modelo tutelar de sustitución de la voluntad, al reconocer expresamente que una persona puede ser declarada completamente incapaz; quitar de la competencia del Ministerio Público de la Defensa la designación de la máxima autoridad del Órgano de Revisión de la Ley para adjudicarse al Ministerio de Salud de la Nación, al mismo que debería controlar.

El fin de los Hospitales Psiquiátricos y sus múltiples consecuencias: Actores, funcionalidades y resistencias.-

A casi diez años de la sanción de la ley de Salud Mental y referidos los avances, retrocesos y deudas existentes, a meses del 2020, fecha fijada como meta para la

sustitución de los hospitales psiquiátricos, han reflatado las tensiones entre los sectores intervinientes ante la proximidad del eventual cierre de los manicomios. Considero entonces, un momento oportuno para revisar los efectos de dicha política.

Entendiendo a la LNSM como la consecuencia de una acción social colectiva con miras a modificar el sistema de salud mental mediante políticas públicas centradas en un nuevo abordaje con base en el modelo social de ddhh, intentaremos conocer la múltiples consecuencias de la misma en los diversos grupos que intervienen en este sistema. A partir del modelo clásico propuesto por Robert Merton, procuramos observar si los diversos actores actúan de modo funcional o disfuncional, es decir, los efectos positivas o negativas de la LNSM de acuerdo a la situación o posición social de cada uno dentro del sistema de Salud Mental, para observar si se ajustan o adaptan al nuevo sistema o funcionan como resistencia al mismo. Según la regla general, concurren simultáneamente funciones y disfunciones en los resultados de las políticas sociales (ATRIA, 2005).

Para ello, tomamos los debates parlamentarios durante el tratamiento de la ley en 2010, también información pública recabada luego de su sanción por organismos de ddhh que impulsan y monitorean la implementación efectiva de la misma (CELS, ACIJ). Por otra parte, retomo datos recabados en otros trabajos de investigación en la materia. A su vez, es resultado de la observación participante como miembro de Clínicas Jurídicas, comisión Discapacidad y Derechos Humanos (FCJyS-UNLP), donde tenemos acceso a problemáticas vinculadas a la implementación de la ley y asesoramos jurídicamente al respecto, interviniendo mediante litigio de perfil estratégico o estructural desde el 2014 a la fecha, con una perspectiva de investigación acción participativa.

Los profesionales intervinientes y la interdisciplina: La pretensión de la ley de salud mental respecto del abordaje interdisciplinario, equiparando los diversos saberes y profesiones, sigue siendo disfuncional con el poder hegemónico que en salud mental ostenta el discurso médico (específicamente psiquiátrico) y sigue encontrando allí uno de los principales obstáculos. Ya desde las discusiones en la Comisión de Salud y Deportes de la Cámara de Senadores se expresaron contrarios a esta idea la Facultad de Medicina de la UBA, manifestando que no existen en la nomenclatura médica

criterios terapéuticos interdisciplinarios. Además, definió la prescripción de fármacos como un acto médico no interdisciplinario, cuando el hecho de que la prescripción sea incumbencia del médico no invalida el abordaje interdisciplinario. Lo que se observa entonces, es una defensa de los intereses particulares de la disciplina que se defiende y el mantenimiento de su posición privilegiada en el área, más que una crítica a la interdisciplina, sus dificultades y efectos terapéuticos.

Consecuentemente la ley es funcional a los profesionales no médicos, a los cuales revaloriza colocado a todos en un nivel de paridad para trabajar en equipos interdisciplinarios.

Hospitales psiquiátricos y Hospitales generales: Este aspecto se vincula con el anterior pero a su vez revela nuevos elementos a considerar específicos de este sector. Las cuestiones mencionadas respecto de la hegemonía del saber médico-psiquiátrico en salud mental se reproduce en los hospitales destinados específicamente a ello y para los cuales la ley prevé su sustitución. En este orden de ideas, la tensión se agudiza en lo referido a la disputa hegemónica en los hospitales psiquiátricos siendo disfuncionales a la efectiva implementación de la ley. Pero aquí la problemática demuestra otros matices en lo vinculado a los profesionales. La idea del cierre de los manicomios despierta un temor a la pérdida de la fuente de trabajo lo cual genera que la identificación de los profesionales no médicos como funcionales a la ley se vuelva difusa. Es decir, los hospitales psiquiátricos albergan profesionales médicos que se oponen por mantener su rol hegemónico (son directores, jefes de servicio, etc.) combinado con el mantenimiento de esos cargos. Respecto de los profesionales no médicos se da una situación más compleja, la consecuencia manifiesta o esperable de la ley con relación a ellos era la funcionalidad, sin embargo, se encuentra latente el temor a la pérdida de la fuente de trabajo lo cual hace que aun estando de acuerdo con el nuevo abordaje se opongan al cierre de los manicomios.

Con relación a los hospitales generales también se observa una resistencia a la internación psiquiátrica allí. Es decir, la falta de políticas públicas que generen dispositivos de abordaje comunitario genera una resistencia por parte de los hospitales generales a la implementación de la ley porque interpretan que ello se va a traducir, ante un eventual cierre de los manicomios, en numerosas internaciones en sus

establecimiento por la carencia habitacional para los abordajes con inclusión sociolaboral (casas de medio camino, viviendas asistidas, etc.).

Laboratorios: La corporación farmacológica se constituye es uno de los obstáculos a la implementación de la ley. La disfuncionalidad es evidente, el modelo social que aboga por un abordaje interdisciplinario con inclusión sociolaboral en la comunidad y coloca a las internaciones como supuestos excepcionales, al punto de bregar por la eliminación de los hospitales psiquiátricos, colisiona con los laboratorios que abastecen de psicofármacos a los hospitales monovalentes donde se desarrollan tratamientos con base casi exclusiva en ello. A su vez, los laboratorios desarrollan sus investigaciones en los hospitales psiquiátricos.

Gestión política: Al momento de sancionarse la ley se podría interpretar que era funcional al gobierno y sus funcionarios políticos que la promovieron. Sin embargo, habida cuenta de la falta de inversión de recursos y políticas públicas que progresivamente faciliten la efectiva implementación podría definirlos como un factor de resistencia. Ha sido funcional en lo formal, lo cual no es menor, pero disfuncional en el fondo, es decir, en la gestión de los recursos, programas dispositivos comunitarios, etc, donde la política ha sido discontinua y claramente deficitaria en cuanto a sus resultados.

Respecto de la actual gestión de gobierno, no caben dudas de su resistencia, ha sido regresiva en lo referente a las partidas presupuestarias y programas en salud mental, así como activa en intentos de modificar la ley para volver a instaurar principios y lógicas del modelo manicomial.

Poder Judicial: Como referí en capítulos anteriores y con resultado en la experiencia de Clínicas Jurídicas (FCJyS-UNLP), el poder judicial se resiste a la implementación de la ley de salud mental y el modelo social de ddhh. Si bien es un tema que excede esta ponencia, el poder judicial sigue reproduciendo en sus prácticas una tradición tutelar de restricción de derechos y sustitución de la persona (ZELASQUI, 2019). Con base en un discurso médico, cuya hegemonía también se refleja en la justicia, y se traduce en procesos que segregan, limitando los derechos, libertades y autonomía personal.

Usuarios y familiares: A simple vista la LNSM es funcional a los usuarios y familiares del sistema de salud mental ya que nace justamente para terminar con una perspectiva

segregativa, inhabilitante y contraria a la dignidad humana, reconociendo a los usuarios como sujetos de derechos y planteando un abordaje del padecimiento mental en la comunidad, reforzando sus lazos familiares y estableciendo redes que faciliten su inclusión sociolaboral. Más allá que esta sea la postura mayoritaria en este grupo, existen consecuencias no previstas en la ley al interior de este sector. Debido a una larga tradición manicomial en nuestro país, hay personas con internaciones de varias décadas (en algunos casos hasta 40 años) que carecen de una familia y, en consecuencia, sus vínculos filiales están identificados con la institución y las persona que la habitan. En estos casos, que algunos denominan “crónicos”, la externación se vuelve mucho más compleja y presenta resistencias por parte de la misma persona a quien se le ofrece una vida digna. Cabe resaltar que muchas de las internaciones en los hospitales psiquiátricos tienen como principal motivo el social (pobreza, ausencia de familia y vivienda) incluso varias de las persona alojadas allí no tiene “criterio de internación”.

Organizaciones sociales: Tanto para la sanción de la LNSM como en su efectiva implementación las organizaciones han sido y son funcionales al nuevo paradigma impulsado. Por un lado, los organismos de ddhh son agentes centrales en el monitoreo e impulso de su implementación que culmine con los manicomios, tanto controlando el cumplimiento en cuanto al presupuesto destinado y su ejecución, como constatando las condiciones de vulnerabilidad de las personas internadas en hospitales psiquiátricos y eventualmente demandando al estado por sus incumplimientos por medio del litigio colectivo con perspectiva estructural. Realizan una tarea fundamental en escenarios como el actual, donde hemos dado cuenta de la carencia de políticas y recursos destinados, logrando condenas que resuelven situaciones concretas, visibilizan la problemática y mantiene en alerta al Estado. Por otra parte, también como respuesta ante la ausencia de políticas públicas, existen organizaciones de la sociedad civil que desarrollar tareas de abordaje de la salud mental cumpliendo las premisas del modelo social. A modo de ejemplo, en la ciudad de La Plata hemos tomado contacto con experiencias autogestivas donde se cuenta con espacios, prácticas y saberes que promueven los derechos de las personas con discapacidad psicosocial en estricto cumplimiento con las previsiones de la ley y convención. En un marco de inclusión comunitaria, mediante diversos emprendimientos cooperativos con miras al sustento

económico autónoma de los usuarios, el desarrollo de oficios, actividades artísticas y culturales, todo bajo el seguimiento de un equipo de profesionales.

A modo de síntesis, se observa que la mayoría de las resistencias que existieron previo a la sanción de la ley se mantuvieron durante los años de vigencia, constituyéndose en sectores disfuncionales a la plena implementación del modelo social. Podríamos mencionar que éstas son las consecuencias manifiestas, aquellos sectores para los cuales la ley evidentemente iba a resultar disfuncional. Resulta de mayor interés resaltar aquellas consecuencias latentes al diseñar la ley y las políticas necesarias para su efectiva implementación. Dicho de otro modo, aquellos obstáculos que no fueron previstos como tales (incluso previstos en sentido contrario) pero que se manifestaron como disfuncionales a la ley al entrar en vigencia y aproximarse el plazo para la desmanicomialización definitiva. Lo mismo se observa respecto de los grupos funcionales a la ley, son coincidentes con aquellos que favorecieron a la sanción de la misma y hoy se constituyen en facilitadores para su implementación.

Consideraciones finales.-

A modo de corolario, quisiera esbozar algunas reflexiones que considero importantes para seguir avanzando en la plena implementación de la LNSM. Más allá de no haberse cerrado ni un solo manicomio en casi diez años, ni haberse creado viviendas asistidas, servicios de atención domiciliaria supervisada u otros dispositivos de apoyo, los retrocesos en las políticas públicas, la desinversión en salud mental y los diversos sectores que obstaculizan la implementación de la ley, debemos continuar poniendo el foco en las organizaciones y la sociedad civil que impulsa el modelo social de ddhh. En primer lugar, porque la LNSM es el resultado de esa tradición histórica de activismo social por los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. En segundo lugar, porque dicha ley no es una mera declamación abstracta, dota al poder político de las herramientas necesarias para llevarlo a cabo mediando voluntad para ello. Por último y más relevante, porque es por medio de esa postura que vamos a generar los dispositivos necesario, tanto mediante la denuncia como por la transformación de los espacios para que aborden desde la perspectiva de la LNSM. En este sentido, el compromiso con la reforma en salud mental requiere de ciudadanos activos, buscando

incidir y modificar aquellos factores que forman parte de la vida social y política de la que somos parte y que la condicionan (Gorbacz, 2013).

Solo de ese modo se podrá traccionar la voluntad política. En nuestro propio país contamos con una experiencia como referencia de la factibilidad del fin de los manicomios. El caso de Río Negro es una demostración de viabilidad y resultados exitosos en la protección de la persona y promoción de sus derechos con inclusión comunitaria, sin dejar de mencionar que su ley se limita a un programa de desinstitutionalización en salud mental (HERMOSILLA Y CATALDO, 2012). Para lograr que el Estado deje de destinar la mayoría de sus fondos a los hospitales monovalentes y comience a redireccionarlos a otros espacios con perspectiva social hay que generarlos. Ejemplos autogestivos exitosos como los mencionados, podrían facilitar la creación de herramientas similares por parte del estado o incluso lograr que subsidie dichas experiencias, donde la sociedad organizada desarrolla actividades que garantizan los derechos que el estado no cumple siendo su obligación. En suma, frente al 2020 la reforma en salud mental sigue siendo un terreno en disputa que requiere del impulso comunitario para consolidar las transformaciones pendientes.

Bibliografía.-

ACIJ (2016). “Salud Mental y Presupuesto: Por un presupuesto transparente y adecuado.” Publicado en <https://acij.org.ar> ACIJ, Discapacidad y DDHH, Buenos Aires.

ATRIA R. (2005): “Políticas Sociales. Concepto y Diseño.”En Revista de Estudios Sociales 116/2, Santiago de Chile: Corporación de Estudios Sociales (CPU).

CELS & MDRI (2008) “Vidas arrasadas. La segregación de las personas de los asilos psiquiátricos argentinos.” Siglo Veintiuno, Buenos Aires.

CELS (2015) “El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios.” En Derechos humanos en argentina. Informe 2015. Siglo Veintiuno, Buenos Aires.

GALENDE E. (2006) “Consideración de la Subjetividad en Salud Mental”. Ponencia presentada en Congreso Catalán de Salud Mental, Barcelona, España.

GORBACZ L. (2013) “Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental.” Estrategias: Psicoanálisis y salud mental, Año 0, Vol 1, 36-41. Buenos Aires.

HERMOSILLA ANA Y CATALDO ROCÍO (2012) “Ley de salud mental 26.657 antecedentes y perspectivas.” En *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, Buenos Aires, Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica.

MERTON R. (2002) “Teoría y estructura sociales.” Fondo de cultura económica, Buenos Aires.

VVAA (2011) “Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental.” En *Actas de las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*, Instituto Gino Germani, Buenos Aires.

ZELASQUI, IGNACIO (2019) “Salud Mental, Discursos Jurídicos y Servicio de Justicia: tensiones entre el paradigma médico y el emergente modelo social de derechos humanos exteriorizadas en una novedosa resolución de la SCBA.” En *XIII Jornadas de Sociología, las cuestiones de la Sociología y la Sociología en cuestión*. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.