

DESPABELLONIZAR NO ES INCLUIR, NI ES DEMANICOMIALIZAR

Sobre un nuevo ataque al texto y al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental desde las políticas públicas pseudo progresistas.

Yago Di Nella – Diciembre 2022

“La fuerte aparición de los Derechos Humanos, como política principal del gobierno, abrió todo un capítulo revelador de la crueldad y nulo resultados terapéuticos de los encierros manicomiales. Nadie puede dudar de la importancia de incluir humana y socialmente a estas personas que “permanecen presos por el solo delito de padecer un sufrimiento mental”, reponiéndoles el acceso al derecho como persona y miembro de la comunidad. Los más de 25.000 internados a los que lenta pero progresivamente se los va externando, crean una obligación prioritaria para los gobiernos, la comunidad toda y muy especialmente para el sector salud, volcando recursos que respalden y aceleren esta demorada e histórica reparación.”

Juan Canchi Sylvestre Begnis

(prólogo al libro Inclusión Mental: Vol 1)

Estos días estamos viendo un nuevo proceso de debate en las redes, academias y sitios vinculados al movimiento de articulación en la intersección entre los derechos humanos y la salud mental.

Resulta ser que el gobierno nacional ha anunciado la construcción de 50 viviendas dentro del predio de un asilo, la Colonia Nacional Montes de Oca.

Se puede ver el video completo del anuncio aquí:
<https://youtu.be/ugsjKVNFSqs>

Se supone que algunas personas internadas que allí residan no estarán más alojadas en grandes pabellones. El proyecto no es universalista ni totalizador, sino un aporte para con una porción de su población asilada, pues no dice en ningún momento que dejará de haber personas alojadas desde el modelo centenario aún vigente. Se construirán 50 viviendas para que algunas de estas personas alojadas en la Colonia -en un futuro aún no definido

temporalmente con exactitud- ya no supervivan desde ese modelo de vida manicomial.

El anuncio promueve la siguiente idea: Algunos sujetos alojados en la Colonia Montes de Oca pasarán a vivir en casas, sin decir que otras no. No se hace alusión alguna a -digamos así- el resto de los sujetos alojados en pabellones, a pesar de anunciarse una inversión de 700 millones de pesos. El spot plantea con “bombos y platillos” que se construirán 50 casas, en un naciente barrio donde solamente vivirán “pacientes”, dentro del predio colonial.

Un indudable avance, no podemos negarlo. Ahora vivirán personas por años pabellonizados en casas nuevas, conviviendo de a dos o de a cuatro personas, en lo que llamaron “hogares”, como si fuera en cualquier otro sitio de la comunidad. Pero fuera de ella, pues se construirán en un predio, según reza el video que lo anuncia, dentro del mismo espacio rural -no urbano- de la centenaria Colonia y fuera de todo contacto con una real y concreta sociedad.

Celeste Romero, una antimanicomial terapeuta ocupacional con formación basagliana, sabe claramente la diferencia entre “desmanicomializar” y “despabellonizar”. Wscribió en las redes sociales lo siguiente, y lo hago mío, a saber:

“En el día de los Derechos Humanos. Muchas ONG nos encontramos trabajando para favorecer más integración social y territorial, interviniendo ahí, en la cotidianeidad, brindando apoyos para la participación en la escuela, el trabajo, el arte, el club... En fin, donde ocurre la vida.

Como Terapeuta Ocupacional puedo decir que tenemos las herramientas para valorar y gestionar los apoyos necesarios que requieren las personas para vivir donde vivimos todos en lo social. El Comité de Expertos en Discapacidad de ONU en su informe para argentina del 2022 dice, muy sencillamente, que no puede haber verdadera inclusión sin superar el sistema asistencial muy presente en nuestro país.

Hoy nos encontramos con una inversión de 700 millones (¿?!!!), para construir 50 casas dentro de un predio manicomial, al cual se le pone el nombre de "comunidad". Una comunidad de 50 casas en el mismo predio del manicomio. Se habla en los discursos de "despabellonizar": les propongo a las autoridades que comencemos a "desalambra", quizás aprendiendo de las luchas de nuestro pueblo, fijemos un rumbo posible sin manicomios.

#losmanicomiosnosepintansecierran “

Este anuncio se hace el día de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental: 2 de diciembre de 2010-2022, esto es, doce años después. ¿El anuncio se ampara en lo que dice la Ley? ¿La respeta? ¿Se cumple así? ¿qué otra cosa se podría hacer con la inversión anunciada?

Veamos su texto, seamos prudentes y vayamos a la letra: En primer lugar, contemplemos esto como regla general

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Es decir, no todo es legal, ni la apertura de cualquier instancia y tratamental, convivencial o dispositivo es pasible de salirse de la norma. Dicho de otro modo, ¿es legal construir casas dentro de un manicomio y alojar allí personas, bajo la idea de un centro convivencial tipo “hogar” como *ratio* suficiente para dar cuenta de un espacio comunitario, de inclusión social plena?

**Toda psico-pato-logía
que observes en un
hospicio, tiene
correlato en otros
casos atendidos sin
encierro indefinido
para siempre.**

Leamos juntos este sencillo artículo:

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Como vemos el principal derecho cercenado por un proyecto como este, es el de vivir en la comunidad. Que en el siglo XXI sigamos encerrando personas por razones de discapacidad intelectual, por razones de padecer trastornos mentales constituye una atroz circunstancia que atrasa y que debiera avergonzarnos, de modo que pretender como superación de ese problema que ese mismo encierro sea en casas modernas y nuevas, construidas al efecto, en vez de en extensos pabellones constituye una cosmética ajena al derecho en materia de salud mental y solo puede aceptarse bajo la idea (enteramente manicomial) de que esas personas deben seguir

asiladas; que ese es su destino, que deben seguir allí, fuera de la comunidad, pero en mejores alojamientos.

Esta idea de *reforma* es la que estamos poniendo en crisis, pues no lo es, es una simple renuncia con pretendido discurso progresista a todo lo que sostiene la ley nacional de salud mental en materia de derechos de los pacientes. Hacia allí vamos ahora en este breve escrito.

Ya nos lo venía avisando hace años con su particular tono maternal, pero preocupado, la psicóloga Mercedes Rattagan¹:

De gran relevancia es la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26.657, el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre por la Presidenta de la Nación. Esta ley, basada en estándares internacionales de derechos humanos vigentes, marca líneas de acción y concepciones en salud que implica una revisión de prácticas y concepciones jurídicas sanitarias. Es una ley que propone un importante cambio de paradigma.

La sustentabilidad del proceso de reforma dependerá de la capacidad de promover cambios efectivos a nivel institucional, de la eficacia y calidad de las acciones y servicios, lo que garantizará la preservación del apoyo social a la reforma.

En este punto es donde es preciso ir nuevamente al texto de la ley 26657 y ver si un dispositivo residencial (vivir en casas) al interior de un manicomio y (aún) fuera de las comunidades de convivencia social, puede garantizar los derechos consagrados por la norma vigente, para eso (¡claro!) que hay que conocerla, por eso no descansamos en difundirla.

Resulta fundamental avanzar en el pasaje de la igualación de lo mental con *la locura*, hacia la concepción de lo mental como dimensión inseparable de todos y cada uno de los procesos de la salud pública. ¿Es dentro de un asilo que esto puede llevarse adelante? Sin duda, en este aspecto estamos en pañales. El proceso se encuentra por demás atrasado si se interroga la mentalidad de los funcionarios y responsables de las políticas públicas, para quienes –más allá de sus más o menos bellos discursos- siguen en lo concreto administrando según el viejo paradigma biomédico asistencialista clásico.

Lo mental allí no tiene lugar, pues siempre termina interviniéndose en él, cuando molesta la gestión, siendo su irrefrenable destino en tanto espacio de exclusión/es. Pacientes, profesionales e instituciones de “lo mental”, terminan caminando por la marginalidad del Sistema. La Ley viene a poner coto a esto, al menos en los parámetros de *lo legal*, pero aún todos los resabios del pensamiento clásico siguen vigentes y operantes.

En este marco, es en la capacidad de respuesta y presión de pacientes y familiares, así como en su acompañamiento por las nuevas camadas de profesionales donde deben buscarse las expectativas de un sistema sanitario que integre *lo mental*, como dimensión más que como especialidad degradada

¹ En la Introducción al libro *Inclusión Mental Vol. 1* y allá por 2012 ya nos decía esto.

a espacios de apartamiento social: en este sentido, el proyecto de casas en la Colonia es *un Apartheid*.

La Ley Nacional de Salud Mental es un documento que debe ser leído en el marco de un proceso de ampliación de derechos. Dimensión inseparable e irreductible de la salud colectiva, tal como por otra parte es recitado al unísono cuando se define –un tanto malogradamente- a la Salud, en los discursos de ocasión basados en la histórica definición de la OMS. Pero conocerla es o debiera ser, un buen paso inicial, por lo cual volvemos a ella. Haremos comentarios puntuales a cada ítem del artículo 7 de la ley 26657 que a continuación expondremos, a saber:

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

Texto del artículo 7 de la ley nacional de Salud Mental	Comentarios desde el enfoque de derechos del proyecto de despabellonización en casas de convivencia intramanicomiales	Grado posible de cumplimiento en una casa de convivencia dentro de un manicomio
a) <i>Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;</i>	La atención de la salud no sufre modificaciones pues seguiría justamente atendiéndose desde la Colonia. Esta circunstancia es justamente la razón de ser manicomial es decir, la constitución de un sistema de exclusión sanitaria donde la persona no recibe atención en el sistema público de salud (el hospital público polivalente, sino el “servicio de enfermería” del asilo. Una atención por definición degradada, inicial, sin la complejidad, la aparatología y la capacidad del sistema sanitario. Vivir en casas intramanicomiales no produce inclusión sanitaria y lo más seguro y probable es que estas personas no accedan al sistema de salud como lo hace el resto de la población, la que vive en comunidades convencionales tradicionales, en sociedad.	No garantido. Inequidad de acceso Enfoque asistencialista (no promocional). Más referencias: <i>Capítulo 1: Modelos de Estado y políticas de Salud Mental: Historización.</i> en el libro <i>Inclusión Mental -Vol 1</i>
b) <i>Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de</i>	Es evidente que la preservación de los pacientes en un espacio de exclusión (la vida intramanicomial), por más humano que sea el hábitat (una casa) no contribuye a	Derecho cercenado. Negación de derechos culturales sociales y civiles.

Sobre un nuevo ataque al texto y al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental desde las políticas públicas pseudo progresistas.

<i>pertenencia, su genealogía y su historia;</i>	preservar su identidad previa, fortalecer su capacidad vincular, acercarlo a sus grupos de pertenencia comunitaria, ni mucho menos a respetar su historia de vida comunitaria previa a la internación. El tiempo de internación (muchos años), ni la discapacidad (conciencia de enfermedad) son razón suficiente para cercenar este derecho. En tender el alta del hospicio como la salida del pabellón masivo constituye un problema ético y científico que motiva el presente escrito. Vivir en una casa dentro de un asilo no es incluir socialmente, ni constituye ningún cumplimiento de la ley. Hasta nos resulta irrisorio tener que explicarlo, refutarlo, conversarlo.	Más referencias: <i>Capítulo 2: Modelos de Externación: del “alta médica” a la “inclusión social”.</i> En el libro <i>Inclusión Mental -Vol 1</i>
c) <i>Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;</i>	Este ítem nos lleva a un asunto muy delicado, como todo dilema ético. Pensemos esto en abstracto: un grupo de personas, extraídas de la comunidad hace mucho tiempo por razones de salud mental, son encerradas indefinidamente, pero tiempo después recuperan derechos desde que se sanciona una ley novedosa que los reconoce como sujetos de derechos. Doce años después es Estado nacional decide reconocerlos y a ese efecto no los devuelve a sus comunidades, sino que construye casas dentro del escenario de exclusión (el asilo) para que no estén acinados, esto es, supone que devolverles derechos -integrarlos- es mejorar su alojamiento manicomial. Se construye un pequeño barrio de 50 hogares para ellos. Los excluidos por discapacidad mental o por locura vivirán todos juntos en un barrio de locos e incapaces. ¿Es esto reprochable éticamente? Un barrio de excluidos sociales por razones otrora tratamientos o sociales ahora vivirán dentro de un manicomio en forma de colonia	Renuncia explícita a cumplir con el derecho a vivir en comunidad (art. 29 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) Desconocimiento de los dispositivos científicos y técnicos de retorno a la vida en comunidad (casas de medio camino, hogares sustitutos, centros de convivencia, acompañamiento terapéutico, capacitación en habilidades sociales, terapia ocupacional, etc., todas ellas herramientas para construir un proyecto de vida comunitario y en sociedad.

	rural, pero en casas modernas. Esto es bien comprensible y encuadrable como un apartheid manicomial. Ese apartamiento social extremo no tiene ya razones de raza, origen social o cultural (como ocurriera en USA, Sudáfrica, Europa, etc.), sino por la captación del sistema sanitario, la exclusión del sistema de salud polivalente y la perpetuación del sujeto en la vida asilar.	Más referencias: <i>A modo de introducción: Críticas al dispositivo Manicomial: hacia un proyecto de desmanicomialización y el Capítulo 3: Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental. En el libro Inclusión Mental - Vol 1.</i>
d) <i>Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;</i>	Evidentemente el pasaje de la vida en un pabellón a una casa constituye un avance. Pero no es un tratamiento en sí mismo. Sin duda, la alternativa terapéutica más conveniente no puede soslayar el objetivo: vivir en comunidad. ¿Puede en todo caso una persona alcanzar sus libertades en una casa asilar? Evidentemente no con la mencionada integración al mundo familiar y laboral, ni mucho menos será una integración comunitarizada, en tanto sigue vigente la exclusión manicomial, en un antro -algo- menos lesivo como es en efecto un pabellón. Es evidente que la alternativa menos lesiva para con las libertades no está en un dispositivo de alojamiento asilar, por más épica que se le asigne a “la despabellanización”. Pasar de un pabellón a una casa, no incluye a nadie, solamente cambia el grupo de convivencia asilar: no es esto lo que exige la Ley cuando habla de SUSTITUIR al manicomio, ni menciona en ningún lado “mejorar el alojamiento”. El derecho a la salud y el derecho a la salud mental no se pueden cubrir en un asilo, nunca-jamás, ha ocurrido.	Imposible de cumplir Sustanciación del apartamiento social indefinido. Incumplimiento del derecho a vivir en comunidad. Abandono de la terapéutica más conveniente. Más referencias: <i>Capítulo 2: el enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria): planteos pretéritos a la sanción de la ley nacional como aporte a las políticas públicas. En el libro Inclusión Mental -Vol 2.</i>

e) <i>Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;</i>	El mismo texto de la ley no permite prescindir de mayores comentarios, leamos la norma en sus art. 14 y 15 ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente. ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. Cualquier persona, incluso lega, que lee estos dos artículos se puede dar cuenta con suma facilidad que construir casas al interior de un manicomio no puede ser nunca una opción tratamental, ni producir nueva infraestructura manicomial puede ser legalmente validable; pero, claro, se requiere conocer la norma. Por eso la citamos. Sostener una internación por falta de vivienda está excluida como opción tratamental.	Derecho incumplible en un entorno asilar. El acompañamiento del entorno del paciente es únicamente factible en dispositivos centrados en la comunidad. Más referencias: <i>Capítulo 4: Ley 26657: caracterización de una norma amparada en el derecho internacional de los Derechos Humanos. En el libro Inclusión Mental -Vol 2.</i>
f) <i>Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o</i>	En ninguna institución total se cumple con este derecho por la sencilla razón de la inaccesibilidad propia del antro de encierro, sobre todo para credos de menor cuantía de creyentes o con mayores	Solo accesible para credos mayores o más tolerados por el Estado.

religioso;	dificultades de incidencia en el Estado. De modo que constituye un saber establecido que solo acceden a cualquier institución total los credos más poderosos o influyentes. Resulta evidente que este derecho solo puede garantizarse en la comunidad abierta. Los factores de poder local, tratándose de la localidad de Luján, hacen pensar que los creyentes católicos tengan acceso a este derecho, posiblemente y si las instancias locales del credo accedieran a visitar a los pacientes internados. Mucho más inaccesible sería para otros credos, sobre todo por tratarse de un espacio asilar alejado de las comunidades cercanas - inclusive- físicamente.	Más referencias: En el libro <i>Subjetividad e Institución Total: Seis ensayos para una Utopía Tratatamental</i>.
g) <i>Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;</i>	El cambio de alojamiento, pero en un espacio asilar como es la Colonia, hace pensar que este derecho quedará supeditado a lo que ocurra en el resto de la Institución Total. La historia sanitaria de nuestro país no registra un sólo manicomio donde este derecho se esté cumpliendo. Pero además de lo ya planteado, recordemos este artículo de la ley: ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. De modo que sostener a estas personas en un asilo, pero con mejores “camas” o en un alojamiento no pabellonizado, no constituye un cumplimiento de la norma, sino su decidido -voluntariamente- paso hacia la trasgresión de la norma.	Derecho cercenado Más referencias: <i>Capítulo 6: Salud Mental, concepciones y paradigmas: derechos retóricos a derechos eficaces. Hacia un cambio de modelo.</i> (Alfredo Kraut – Nicolás Diana). En el libro <i>Inclusión Mental - Vol 2</i>.

h) <i>Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;</i>	Capítulo aparte es el Órgano de Revisión. ¿No dirá nada sobre esta iniciativa? Estamos esperando un dictamen, una nota, un oficio preguntando o pidiendo explicaciones, algo de algo... Evidentemente las personas alojadas en instancias asilares tienen menos posibilidades de acceder a este tipo de organismos, por lo cual sería esperable su intervención de hecho, de oficio. Ojalá ocurra...	Sin definir. Esperando su respuesta. Más referencias: sitio web del Órgano de Revisión: https://rednacionalor.wordpress.com/
i) <i>Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;</i> j) <i>Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;</i>	Este es evidentemente uno de los derechos cercenados más ostensiblemente reconocibles por la iniciativa. Resulta evidente que no se puede construir un alojamiento intramanicomial como principio tratamental ni ser presentado como una estrategia de inclusividad. Si una persona ha sido internada por razones de salud mental, debe ser devuelta a la comunidad mediante dispositivos basados en una estrategia APS, que le restituya a la vida en sociedad, siendo esto un resorte donde el Estado es el responsable y el garante de la reparación del daño producido por efecto del encierro. El Estado le encerró, vulneró sus derechos, y la mantuvo en un encierro indefinido sin un adecuado tratamiento. La idea de reparar eso mediante casas construidas como un barrio al interior de un manicomio no es un modelo de atención que pueda sostenerse ni legitimarse, sobre todo en la medida que no promueve la vida en comunidad, sino que prolonga el asilamiento. Invertir 700 millones en construir espacios asilares es una mejora del hábitat de apartamiento social, donde podrían constituirse espacios basados en la vida en comunidad. ¿No es eso acaso un acto de	Derecho cercenado. Discriminación de base en la inversión estatal para la constitución de un dispositivo de apartamiento social. Más referencias: Capítulo 9: <i>¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes a la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos.</i> (Mariana Baresi – Cecilia Garzón). En el libro <i>Inclusión Mental -Vol 2.</i>

	discriminación? En síntesis, asilar en mejores infraestructuras no es cumplir con la ley, porque la ley dice que no deben vivir en instituciones totales, sean pabellones o casas.	
k) <i>Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;</i> l) <i>Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;</i>	Es evidente que este tipo de derechos son los que procura atender en su accesibilidad una medida de despabellonización. Sin embargo, dista de ser una respuesta adecuada, inclusive si pensamos en este tipo de derechos pues el pleno respeto por la vida privada no puede garantizarse en una casa hogar, dentro de un manicomio. Mejorará, respecto a un pabellón con decenas de personas, pero no será aún así garantido. El cambio de ambiente al interior del manicomio tampoco garantiza per se que se reciba un tratamiento personalizado. Justamente esto es factible en la comunidad, no al interior de un manicomio cuyas características centrales son la uniformización y la masificación de sus estrategias tratamentales. Resulta evidente que la cuantiosa inversión no produce los efectos deseados en la medida que expresa la renuncia de sostener a estos sujetos en la comunidad, con los apoyos sociales mínimos indispensables. ¿Por qué hacer casas en un manicomio, lejos de las urbes y sus servicios socioculturales básicos (recreación, tiempo libre, música, labores barriales, centros sanitarios, educación formal, informal y no formal, religiones, espacios de encuentro como clubes o centros de fomento, etc.), y no construir casas en un pueblo cercano, donde reside la población, buena parte del personal de enfermería y personal especializado en inclusión y en actores cuidados? Si se respondiera esta pregunta	Derecho inaccesible. Abandono del precepto de brindar un tratamiento centrado en la vida en comunidad. Más referencias: <i>Capítulo 10: algunas consecuencias psicosociales y psicojurídicas de la ley 26657: impacto en las buenas prácticas.</i> En el libro <i>Inclusión Mental -Vol 2.</i>

	sabríamos las razones verdaderas de esta "original" propuesta estatal.	
<i>m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;</i>	Sin comentarios: hablamos de la Colonia Nacional Montes de Oca. Las personas seguirán viviendo allí, sólo que en "casas".	No cambia el escenario tratamental, el manicomio.
<i>n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;</i>	Este derecho es justamente uno de los más restrictivos de la vida en un manicomio. Justamente es el ideario asilar el que introduce el concepto de lo inmodificable. Cambiar el alojamiento hacia la vida en casas, pero al interior del asilo y en un barrio de pacientes, no contribuye a pensar en la modificabilidad del estado mental. Al contrario, es coherente con la idea de que allí es donde deben vivir por siempre.	Derecho cercenado. El padecimiento mental no es razón suficiente para el asilamiento indefinido, sea en pabellones o en hogares de pocos usuarios. Más referencias: <i>Capítulo 12: Proyecto Revinculación: el derecho a vivir en comunidad para personas con padecimiento mental en situación de internación prolongada.</i> En el libro <i>Inclusión Mental -Vol 2.</i>

Tomando en consideración las anteriores líneas del cuadro, observamos entonces que no se cumplirá con lo establecido en la norma. No hemos analizado el resto del bloque normativo en materia de salud mental y discapacidad, tal como le gusta decir al doctor Alfredo Kraut.

Basta de ejemplo tomar un solo párrafo de los Principios de las Naciones Unidas (Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991) que como sabemos conforman parte de la ley, según su art. 2. Allí se expresa tajantemente lo siguiente:

Principio 1: Libertades fundamentales y derechos básicos

Item 4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

No vemos cómo podría ser más discriminatorio construir un barrio de pacientes mentales dentro de un hospicio. Quizá sea aún más directo el siguiente principio:

Principio 7 Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

¿Cómo puede ser que no se entienda que una casa dentro de un asilo no es una respuesta posible para resolver un confinamiento indefinido en un pabellón psiquiátrico?

Pero vayamos ahora al problema del tratamiento: ¿es posible tratar desde ese dispositivo (casas en un asilo ruralmente establecido) a una persona con padecimientos mentales? Veamos qué nos dice el documento redactado y firmado por el conjunto de las naciones (incluida la nuestra) cargado -por otra parte- a nuestro marco legal:

Principio 9: Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Visto, esto, entonces no queda más que afirmar que no hay reforma alguna en esta iniciativa. He hablado mucho de este asunto de convocar a supuestas reformas que no lo son.

En un artículo reciente intitolado **40 INDICADORES MANICOMIALES** trabajo el tema en detalle. Se trata de un artículo la publiqué en mi Facebook en julio de 2019, en momentos de estar redactando el libro *Inclusión Mental* (Vol 2: “*hacia la democratización de saberes*”). Al final de los 40 indicadores de manicomialismo está citada la obra de infraestructura que motivara esa primera versión. Algunos de los ítems surgieron del debate y los comentarios en el

marco de esos posts, de modo que debe verse el presente ideario de construir infraestructuras intramanicomiales como un proceso de pretendido reformismo del que me siento alejado y del que no puedo sino sentir vergüenza ajena.

Ese artículo expresa pensamientos críticos de una colectividad que aún a el enfoque de derechos con el campo de la salud mental, intersección que tuvo como fruto la ley nacional vigente, en un momento histórico de ampliación de derechos. Esto que se ensaya en la iniciativa que motiva el presente escrito, no tiene nada, pero nada-nada que ver con ese objetivo intersectorial.

Hablé mucho del pseudo-reformismo antes, en otros escritos, como en los que cito abajo, por lo cual me limito a esas marcaciones:

- **“EL MIEDO: las razones de la demora en la implementación del enfoque de derechos. El sentimiento fundante del (falso) Progresismo (pseudo) Reformista”**
Publicado by Yago Di Nella en septiembre 18, 2022 en Columna Salud Comunitaria y Psicopolítica, Interés General, Psicología Política, Salud Mental (Ley 26657):
<https://www.yagodinella.ar/blog/2022/09/18/el-miedo-las-razones-de-la-demora-en-la-implementacion-del-enfoque-de-derechos-el-sentimiento-fundante-del-falso-progresismo-pseudo-reformista/>
- **40 INDICADORES MANICOMIALES (MÁS ALLA DEL DISCURSO PROGRE PSEUDO-REFORMISTA). LA NORMALIZACIÓN DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN LOS ANTROS DE ENCIERRO**
Publicado by Yago Di Nella en junio 18, 2022 en Columna Salud Comunitaria y Psicopolítica, Interés General, Psicología Política, Salud Mental (Ley 26657):
<https://www.yagodinella.ar/blog/2022/07/27/40-indicadores-manicomiales/>
- **SOBRE LA RECREACION, DE ACONDICIONAMIENTO Y RE-APERTURA DE CENTROS MONOVALENTES EN SALUD MENTAL**
Publicado by Yago Di Nella en marzo 09, 2022 en Columna Salud Comunitaria y Psicopolítica, Interés General, Psicología Política, Salud Mental (Ley 26657):
<https://www.yagodinella.ar/blog/2022/03/09/sobre-la-recreacion-de-acondicionamiento-y-re-apertura-de-centros-monovalentes-en-salud-mental/>

Este escrito es entonces un producto de años de reflexión, sobre este tipo de iniciativas donde se plantea de la ley 26657 una iniciativa que se autocongratula como progresista, pero termina siendo conservadora. Este escenario crítico es uno de los sustanciales escollos para la efectiva implementación de la ley nacional de salud mental.

Los MANICOMIOS no se mejoran, no se modernizan, ni se adecuan; se sustituyen, se cierran, se eliminan. Esto es lo que dice la norma, claramente. No deja lugar a confusiones.

No lo digo yo, lo dice la ley 26657 ...

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su **sustitución definitiva por los dispositivos alternativos**. Esta

adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

¡No hay que cambiar la ley 26657, hay que cumplirla!

**Un Manicomio es un centro
de tortura.
Aún si funcionara perfecto
(lo que nunca jamás ocurrió)
La tortura consiste en vivir
allí...**

En materia de salud mental no soy reformista. Soy anti reforma. No hay que reformar ni mejorar un antro de encierro manicomial. No es un problema de hábitat. Hay que sacar a las personas secuestradas allí y pasarles la topadora a esos espacios. Fin.

A las personas que tienen un padecimiento, sea preponderantemente mental o físico, se las atiende en el hospital público, cual si tuvieran una gripe o una quebradura. Y punto. Más de medio Mundo funciona así. Y si el hospital público funciona mal o expulsa... trabajemos eso. ¿Cómo vas a encerrarla en un hospicio porque no la atiende el sistema sanitario? ¿Acaso dejaría de ser un asilo la Colonia Montes de Oca, si viven allí (pero) en pequeñas casas?

Atendamos las personas, busquemos los apoyos sociales que requiera, exijamos los recursos necesarios para que sus vidas sean en la comunidad, pero no las aíslen más como si fuera la época de los leprosos, aun si en vez de vivir en barracas conviven en cómodas residencias u hogares.

Si alguien no sabe qué hacer para garantizar el derecho a vivir en comunidad, entonces, díganlo a alguien más, convoquen gente que sabe cómo restituir el derecho a vivir en comunidad. Conocemos muchos y muchas que saben qué hacer con ese problema técnico. Pero no culpen más al padeciente por su dolor psíquico. Basta de culpar a los pacientes. Basta!

Esas personas asignadas a vivir en 50 casas dentro del predio de la Colonia montes de Oca deben vivir en la comunidad. Dejarlos dentro del asilo es incumplir la ley nacional de salud mental. Aunque las casitas sean preciosas.

**Todos quiénes hemos
trabajado en
manicomios sabemos
que ninguna
psico-pato-logía te
lleva ahí.
ES EL DESVINCULO Y
LA MARGINACIÓN.**

No basta con aparentar progresismo.

¿Saben lo que costó poner este artículo 27 en la ley 26657? Lo vuelvo a citar por si no les quedó claro el concepto, lean de nuevo atentamente esto que sigue palabra por palabra, porque así fue redactado, pensado, debatido y reflexionado, antes de ser votado por unanimidad en ambas cámaras:

ARTICULO 27. — *Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.*

¿Acaso desconoce el proyecto de casitas las luchas que tuvimos que dar tantos y tantas militantes frente a los defensores de la vida manicomial? ¿Y cómo nos atacaron y hasta proscribieron por eso?

Donde están los principios que andaban en el universo *Nac&Pop* sobre el manicomialismo y su superación? ¿Quieren que les ponga el link de los discursos de CFK sobre este tema?

Veamos ahora lo que dice el Decreto Nacional 603/2003 Reglamentario de la Ley 26657, para ese mismo artículo:

Sobre un nuevo ataque al texto y al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental desde las políticas públicas pseudo progresistas.

www.yagodinella.ar

“ARTICULO 27.- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMA adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas” en la CIUDAD DE PANAMA el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.”

Ver la parte con negrita, con mayor detenimiento. ¿Es poco clara y debemos explicarlo más? ¿tendrán problemas de comprensión de textos jurídicos? Se lo acabo de hacer leer a mi hijo de 11 años el articulo y su reglamentación y lo entendió de primera lectura. Danito me dice que él entiende de eso que *“los locos deben vivir en el pueblo y los deben atender ahí, para que no estén encerrados”*. Texto ratificado, se comprende perfecto.

¿Ahora acaso tienen otros Principios? La ley no dice mejorar el alojamiento ni habla de despabellonizar la atención manicomial. Habla del **derecho a vivir en una comunidad**, como todos nosotros y nosotras. No hay atenuantes.

¿No tiene nada para decir la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación? ¿El Organo de Revisión tampoco dirá nada? Ahora deben pensar que está bien que personas con discapacidad vivan en manicomios asilares centenarios, alejados de toda otra población, cual leprosos del medioevo, si les mejoran el alojamiento pabellónico...

No escuchen excusas a este principio del derecho a vivir en comunidad. No debe haber excepciones. Decena de miles de personas con los mismos trastornos y/ discapacidades viven con gestiones de apoyos sociales y vinculares y están entre nosotros. No es el trastorno, el malestar, la patología o la discapacidad lo que les mantiene en el encierro asilar. No busquen espurios

justificativos por ahí. En la colonia hay centenares de personas, como en un puñado más de asilos. Pero en nuestra sociedad conviven otras personas que se cuentan por miles y miles. No les distinguela patología, les diferencia el Estado y los servicios sanitarios con los cuales se los contiene o se los excluye.

Debe haber dispositivos acordes a los problemas de los pacientes, debe haber inversión pública (art. 32 de la ley nacional 26657), pero destinada a sostenerlos en la comunidad, no a encerrarlos mejor, con mejores “camas” manicomiales. Esa es la función del Estado, como garante de la Constitución Nacional y las leyes del Congreso: garantizar el derecho a vivir en una comunidad.

No dejen que les expliquen por qué no van a cumplir con una norma del Congreso Nacional ...

Propongamos lo prescrito por “la jefa”: *“Que se busquen otro” laburo si van a renunciar al enfoque de derechos, porque nada más pusilánime que progre asustadx, obediente y negador/a.*

El “*facho de la SM*”, ese ser del siglo XIX que niega la existencia de los asilos y se afinca en los cómodos placeres otorgados por las corporaciones asociadas a los laboratorios, lo respeta más. Es más directo y no tiene estos dobleces; es mucho menos peligroso, porque te enfrenta con sus argumentos, vetustos, rancios, discriminadores, elitistas...; pero esto es de otro tenor, es del modo en que un ser serpentario traiciona sus propios principios y así, también, a quienes los han defendido a su lado.

Sepan disculpar la virulencia, quizá un poco descentrada gracias a la impunidad de quien no aspira a ocupar sitio alguno, pero tampoco da para callarse 700 millones en casas intra-manicomiales como anuncio de cumplimiento de una ley que lo prohíbe taxativamente. Se trata de un Apartheid para personas con discapacidad mental o trastornos mentales severos, dentro de un hospicio colonial del siglo XIX y lejos de las comunidades de pertenencia y referencia. Lejos de todo.

Autocensurarse ya no es una opción por estos pagos. Acá moriremos de pie defendiendo la Ley 26657 y su texto, el cual es taxativo y no deja lugar a segundas interpretaciones.

**Los hospicios
DEBEN CERRARSE,
NO AMPLIARSE, NO MODIFICARSE.**

**SE DEBE INVERTIR EN DISPOSITIVOS COMUNITARIOS, NO EN
ASILOS, NO EN MEJORAR EL ENCIERRO.**

***Sobre un nuevo ataque al texto y al espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental desde las
políticas públicas pseudo progresistas.***

www.yagodinella.ar

NADIE DEBE VIVIR EN UN MANICOMIO, NADIE.

**El encierro indefinido
deteriora, aplasta la
subjektividad
(Del encerrado...
y del carcelero)**

**Si es una vida de pabellón o desde una cómoda casita,
no cambia el sustrato del asunto,
pues la normativa no es de vivienda, sino de Salud y Derechos.**

Saludos a lo que luchan, abrazos a los que se respetan en sus principios, mi total repudio a los que callan, acomodaticios del silencio cómplice por conveniencia, pusilánimes del “no me conviene”, a esos que se guardan para seguir siendo parte, mi más sentido pésame, porque hay que ser un muerto simbólico para callar esto. Son así parte también de esto, sépanlo y tengan cuidado con LA CULPA, porque se hace psicosomática.

Cierro con una apostilla de la psiquiatra Mariana Figueiras Gamarra

“Descentralizar el manicomio NO es desmanicomializar

Despabellonizar NO es desmanicomializar

Comunidades manicomiales NO es desmanicomializar

Palafraseando a mi especialidad en su tecnicismo: Al examen psiquiátrico nuestro sistema de Salud Mental se encuentra somnoliento, no colaborador, amnésico, pactando con los eternos opositores a la ley y poniéndolos a cargo de supervisar su implementación, paraprosexico.

La atención no se sostiene en el enfoque de derechos; se desvía constantemente hacia la conveniencia de la hegemonía, hiperbulia improductiva invirtiendo fondos en no cambiar nada, aplanamiento afectivo con indiferencia a la otredad, Bradipsíquico.

12 años sin una idea coherente, no sigue idea directriz. Delirio megalómano de tinte político corporativo. Impresiona alteraciones sensorio-perceptivas alucinaciones visuales con certeza psicótica de que pasar de un "edificio" a un "PH" es cambiar de paradigma. Incoherencia, entre inclusión comunitaria, fabricando "comunidades" de exclusión extrema. Déficit de empatía de larga data. Con conciencia de situación y juicio conservado, por lo que se diagnostica: “Trastorno de simulación en contexto de estructura perversa con mecanismos psicopáticos”.

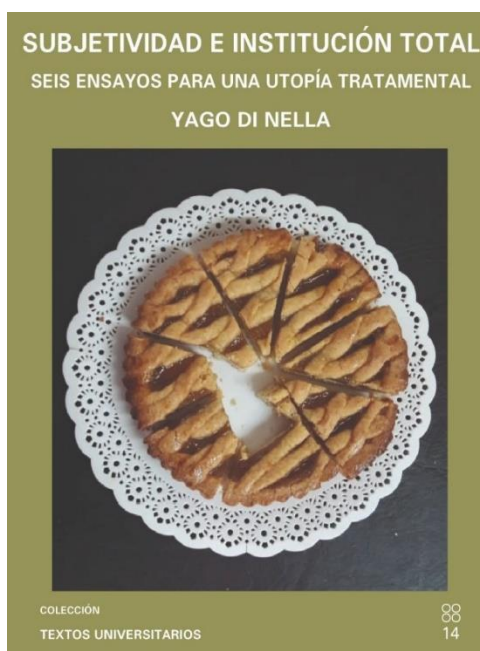
Se indica evaluación interdisciplinaria por presentar riesgo cierto e inminente para terceros.

Pasamos de pabellones centralizados a construir bungalows en una comunidad manicomial. Quizá hasta tengan los "normópatas" la opción de "visita guiada" a cargo de algún psiquiatra de los que pertenecen a la Asociación Psicofóbica Sociópata Argentina."

Las ideas fuerza expresadas en el presente artículo, pueden ampliarse en dos libros... acá se los dejo.



Sobre cómo transformar y sustituir un manicomio acá

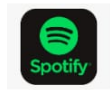




@yagodinella



@yagodinella



PODCAST "LO MENTAL en la Salud Pública"



[canal @yagodinella](https://www.youtube.com/canal_yagodinella)