

INCLUSIÓN MENTAL HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE SABERES

A 10 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26.657

VOLUMEN II

YAGO DI NELLA (ED.)

Yago Di Nella, Benedetto Saraceno, Daniel Navarro, Roxana Amendolaro, Virginia Buscaglia, Virginia López Casariego, Alfredo Kraut, Nicolás Diana, Mariana Sabina Baresi, Ana Cecilia Garzón, Celeste Romero, Javier Ignacio Frías, Silvio Oscar Angelini, Anahí Larrieu, Soledad Abella, Lucrecia Cabrea, Gabriela Franco, Sergio Sosa, Romina Urios, Dulce María Pallero, Daniela Alvarez, Valeria Dimitroff, Elena García, Alejandra Parisse, Mariana Figueiras Gamarra

TOMO II

COLECCIÓN
TEXTOS UNIVERSITARIOS

13

OO COPALQUI
OO EDITORIAL



ÍNDICE

TOMO I

Dedicatoria	1
Presentación del Volumen II	3
Un Prólogo implicado	
La discusión final sobre la LEY en primera persona. La salud mental y sus destinos en el Senado de la nación	9
<i>Yago Di Nella</i>	
A modo de Introducción	
Discurso del Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de la Nación Argentina	21
<i>Benedetto Saraceno</i>	
Notas	36

PRIMERA PARTE. PREHISTORIA DE LA NORMA

CAPÍTULO 1. Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel	39
<i>Daniel Navarro</i>	
1. Introducción	39
2. Robert Castel	41
3. Las raíces del pensamiento de Castel	42
4. El trabajo de Castel	44
5. Castel y Foucault	46
6. La metamorfosis de la cuestión social	48
Epílogo	49
Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel. 27 de septiembre de 2002, Centro de Estudios Franco Argentino.	50
Palabras de apertura por parte de Daniel Navarro	50
Palabras del Profesor Robert Castel	50

Preguntas de los asistentes	54
Notas	63
Bibliografía	64
CAPÍTULO 2. El enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria): planteos pretéritos a la sancion de la ley nacional como aporte a las políticas públicas	65
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Introducción: El derecho a la salud	65
2. La salud mental como derecho: La APS como eje en la necesidad de adecuación de las políticas públicas en un mundo convulsionado	67
3. Algunas ideas generales para una propuesta de política pública en lo mental de la salud	74
3.1. Para una estrategia sanitaria coherente con nuestra constitución nacional	75
3.2. Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud	77
4. El auxilio ético del enfoque de derechos en las políticas públicas de salud comunitaria con énfasis en lo mental	80
Anexo normativo	83
Notas	87
CAPÍTULO 3. Medicina y Derechos Humanos	91
<i>Daniel Navarro</i>	
Notas	110
CAPÍTULO 4. Ley 26.657: caracterización de una norma amparada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	111
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Antecedentes: el contexto del texto	112
2. Instrumentos normativos de salud mental	117
2.1. Normativa internacional	117
2.2. Normativa nacional	124
3. La jurisprudencia internacional y nacional en salud mental	125
3.1. La jurisprudencia internacional	126

3.2. Precedentes jurisprudenciales del derecho nacional	136
4. Experiencias previas en la materia	138
4.1. Occidente	139
4.2. La experiencia en Argentina	141
5. El debate al momento de su sanción. argumentos, apoyos y reticencias a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657	144
Notas	149
Bibliografía consultada	152

SEGUNDA PARTE. UNA NUEVA LEGALIDAD. DEL ENFOQUE DE DERECHOS Y SUS CONSECUENCIAS

CAPÍTULO 5. La ley nacional de salud mental y los desafíos del cambio de paradigma 155

Roxana Amendolaro - Virginia Buscaglia - Virginia López Casariego

1. Prólogo	158
2. Desafíos y alcances de la Ley de salud mental y derechos humanos	158
Haciendo un poco de historia	158
Historia más cercana: la convención, un cambio de paradigma	159
¿Un cambio de paradigma?	160
Por un paradigma de igualdad y no discriminación	161
Situación actual: en diciembre hemos parido la Ley	161
Funciones del estado: los alcances de la Ley	162
Posibles respuestas, transitorias y parciales, a la cuestión del respeto a la voluntad de las personas usuarias de los servicios de salud mental	164
3. Cómo trabajamos en INADI la temática de la salud mental: la perspectiva de igualdad y no discriminación	166
Notas	169

CAPÍTULO 6. Salud mental, concepciones y paradigmas: derechos retóricos a derechos eficaces. hacia un cambio de modelo 173

Alfredo J. Kraut y Nicolás Diana

1. Introducción	173
2. Un primer paso	177

3. Un bloque de derechos y obligaciones	180
3.1. Los principios, Caracas y Brasilia...	180
3.2. Contexto de la legislación de salud mental	183
4. Alcance de la reforma	188
5. Diálogo de fuentes en salud mental	191
6. Objetivos, principios y ámbito de validez y eficacia de la ISM	193
7. Autoridad de aplicación. Órgano de revisión	197
7.1. Autoridad de aplicación	197
7.2. Órgano de revisión	199
8. El CCCN, internación y capacidad	203
9. A modo de colofón	211
Notas	216

CAPÍTULO 7. Algunos ejes estratégicos para una política pública en salud mental en el marco de la Ley Nacional 26.657

Yago Di Nella

1. Introducción	236
2. Enfoque de derechos	237
3. Red nacional, jurisdiccional y local de atención	239
4. La Ley y su sujeto. la capacidad como presunción	241
5. Inclusión sanitaria de lo mental	243
6. Intersectorialidad	245
7. Atención post-manicomial de la salud (salud mental y adicciones)	248
Notas	252

TOMO II

TERCERA PARTE. LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO EJE CENTRAL

CAPÍTULO 8. La interdisciplinariedad en el marco de la ley de salud mental 26.657: la democratización de los saberes	257
<i>Yago Di Nella</i>	

1. Interdisciplina como espacio democrático	258
2. Modelos fallidos de interdisciplina	259
2.1. (pseudo) Interdisciplina confusional	259
2.2. (pseudo) Interdisciplina esquizoide	260
2.3. (pseudo) Interdisciplina autoritaria	262
3. Algunas pautas para un equipo interdisciplinario eficaz	263
4. Asistir o atender / tutela o inclusión: diversas formas de entender lo interdisciplinario: el caso extremo del llamado “paciente social”	266
5. Abordaje del problema de la accesibilidad a los servicios: la brecha de atención desde la estrategia de una interdisciplinariedad ampliada	270
6. La interdisciplinariedad es intervencionista: más sobre lo mental en la salud pública.	271
7. Interdisciplinariedad circular: el saber horizontalizado	274
7.1. Apuntes sobre el concepto de equipo	275
7.2. El principio de la circularidad interdisciplinaria	276
7.3. Emergentes grupales en el quehacer del equipo interdisciplinario	281
Notas	285

CAPÍTULO 9. ¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos

Mariana Sabina Baresi - Ana Cecilia Garzón

1. Introducción	289
2. Contexto de la experiencia	290
3. ¿Por qué problematizar las restricciones a la capacidad jurídica?	292
4. Dimensión legal de la capacidad jurídica y prácticas que contextualizan la tarea del equipo de evaluaciones interdisciplinarias de la DNSMyA	294
4.1. Aportes de la LNSM para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	295
4.2. El soporte de la CDPD para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	296
4.3. Experiencias de referencia para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	298

5. La propuesta metodológica de trabajo del equipo de la DNSMyA	300
6. Propuestas para la elaboración del sistema de apoyos	303
7. Novedades legislativas en el país y la región vinculados a la capacidad jurídica	306
7.1. Reglas generales en torno a la capacidad jurídica del actual código civil y comercial	306
7.2. Avances legislativos en la región	310
8. Desmontando la normalización y sus las lógicas opresivas	312
9. Conclusiones	314
Notas	316
Bibliografía	320
Anexo: Instrumento de relevamiento para la elaboración del sistema de apoyos para la toma de decisiones. Instructivo	324

CAPÍTULO 10. Algunas consecuencias psicosociales psicojurídicas de la ley 26.657 (impacto en las buenas prácticas)

Yago Di Nella

1. Algunas reflexiones psicosociales en torno a la Ley 26.657	329
2. Algunas reflexiones psicojurídicas sobre el rol de la administración de justicia en torno a la Ley	336
3. Las transformaciones que introduce la Ley 26657 en la dimensión psicojurídica de los dispositivos institucionales (consecuencias del enfoque de derechos)	340
4. Algunas inquietudes sobre el problema de la fiscalización	349
5. Algunas consecuencias psicopolíticas: importancia de la sociedad civil en el paradigma de salud mental comunitaria	351

CAPÍTULO 11. Consideraciones sobre el riesgo cierto e inminente. A diez años de la ley de salud mental

Celeste Romero - Javier Ignacio Frías

1. Introducción	359
2. Riesgo como categoría superadora	360
3. Riesgo como categoría clínica	360
4. Riesgo como categoría situacional	361

5. Riesgo como categoría individual	361
6. Riesgo de daño, cierto e inminente	362
7. Conclusión: hay riesgos y riesgos...	363
Notas	364

CAPÍTULO 12: Consideraciones sobre los conceptos de peligrosidad y de riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad

Silvio Oscar Angelini - Anahí Larrieu

Resumen	365
1. ¡Es un peligro!	366
2. Tomando riesgos	368
3. Tomando medidas	369
4. Final con riesgos	370
5. Referencias bibliográficas	373
6. Leyes, decretos y fallos	373

CUARTA PARTE. EXPERIENCIANDO LA LEY: 10 AÑOS DE UNA LUCHA QUE CONTINUA

CAPÍTULO 13: Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes. La ley nacional de salud mental y los diversos ámbitos de aplicación.

Soledad Abella – Lucrecia Cabrea - Gabriela Franco – Sergio Sosa

1. Primeros embates (2010-2015): labor parlamentaria, el proyecto llega al congreso	378
2. Capacitaciones y sensibilizaciones	384
3. Informes sobre condiciones de internación	387
4. Prisma (programa interministerial de salud mental argentino)	389
5. Salud mental, reparación de víctimas de terrorismo de estado	393
6. Una experiencia en terreno: equipo móvil de salud mental comunitaria (concepción del Uruguay, entre ríos)	397
7. Nuevos embates contra la LNSM (2016-2020)	400
7.1. Derogación de la resolución 2015	400
7.2. Intento de reforma de la reglamentación de la Ley	401
Notas	408

CAPÍTULO 14: “Proyecto Revinculación”. Restitución del derecho a vivir en comunidad para personas con padecimiento mental en situación de internación prolongada **411**

Romina Urios –Dulce María Pallero – Daniela Alvarez – Yago Di Nella

1. Planteamiento del problema	411
2. Acerca de la problemática	412
3. Acerca de la obligación del estado	413
4. Los destinatarios	414
5. Objetivos	416
5.1. Objetivos generales	416
5.2. Objetivos específicos	416
A. Etapa diagnóstica	416
B. Etapa de intervención	417
C. Etapa de egreso del dispositivo	417
6. Metodología	418
6.1. Acciones clave para el cumplimiento de los objetivos	418
6.2. Dispositivos	419
7. Conclusiones, recomendaciones y discusión	423
7.1. Síntesis cronológica de las tareas desarrolladas	423
7.2. Implementación de los tiempos y dificultades encontradas	424
7.3. Logros	425
7.4. Análisis de los resultados e impacto	426
7.5. Equipos	428
8. Puntuaciones finales	429
9. Post Scriptum (Sobre la Cátedra Libre Marie Langer de Salud Mental y DD.HH.)	430
Notas	433
Bibliografía	436

**CAPÍTULO 15: Centro de Salud Mental Comunitaria
"Dr. Franco Basaglia" (Servicio de externación.
Hospital Interzonal Especializado en Agudos y
Crónicos "Dr. Alejandro Korn", provincia de Buenos Aires)** **439**
Dimitroff Valeria - García Elena - Parisse Alejandra

1. Introducción	439
2. Historia	440
3. Nuevas prácticas en salud mental	441
4. Proyecto revinculación	442
5. Metodología de trabajo	445
6. Encuadre desde el cual se trabaja	447
7. Estadística	449
8. Funcionamiento en contexto de pandemia	450
9. Reflexiones finales	451
Notas	452

**CAPÍTULO 16. "Honrar las Vidas". Experiencia de
adaptación a la Ley 26657 en un Hospital General Nacional** **453**
Mariana Figueiras Gamarra

1. Introducción	453
2. Diagnóstico situacional	455
3. Realización del proyecto	457
4. De los dispositivos	458
4.1. La guardia interdisciplinaria: un sueño que se hacía realidad	458
4.2. El dispositivo de consultorios ambulatorios intensivos	461
4.3. El grupo de optimización de la autonomía	461
4.4. Otros dispositivos	462
5. La resistencia: un relato personal	463
6. Conclusiones inconclusas	466

CAPÍTULO 17. Prisma: una experiencia instituyente **469**
Mercedes Rattagan

1. De donde partimos	469
2. Una propuesta posible: programa interministerial de salud mental argentino (prisma)	472

3. La realidad	474
4. Manos a la obra	478
4.1. Dispositivo de crisis	479
4.2. Dispositivo de tratamiento psico comunitario:	480
4.3. Dispositivo de integración socio cultural:	481
5. Capacitacion	482
6. Dificultades y obstáculos	483
7. Para finalizar	484
8. Últimas reflexiones	485
CAPÍTULO 18. La adecuación de las universidades a la Ley nacional de salud mental	487
<i>Roxana Amendolaro</i>	
1. Introducción: Contexto general que plantea la Ley nacional de salud mental N° 26.657.	489
2. Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, art. 33.	491
3. El nuevo plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la universidad nacional del Comahue.	493
4. Cuidados enfermeros en salud psicosocial.	496
5. El dispositivo que dispone: el dispositivo de cátedra y lo que dicen las/os estudiantes	499
Notas	503
EPÍLOGO	
CARTA ABIERTA: Un recorrido personal por el problema de la democratización de los saberes (la implementación efectiva del enfoque de derechos para la inclusión mental)	507
<i>Yago Di Nella</i>	
ANEXO DOCUMENTAL AL VOLUMEN II	
Consenso de Panamá	525



CAPITULO 10

ALGUNAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES Y PSICOJURIDICAS DE LA LEY 26.657 IMPACTO EN LAS BUENAS PRÁCTICAS

Yago Di Nella

1. Algunas reflexiones psicosociales en torno a la Ley 26.657

Es necesario desprender de la definición de la salud desde su concepción amplia -tal como postulan la OMS y la OPS- implica de entrada que su cuidado y sostenimiento no dependen únicamente del tratamiento terapéutico propiamente dicho. La asistencia terapéutica es ante un problema emergente, un desequilibrio. No será entonces únicamente el diagnóstico clínico y el suministro de la medicación que se estipule el eje desde el cual podrá asegurarse por sí solo el bienestar de la persona usuaria de servicios de Salud Mental. Lo que es más, ya se ha advertido sobre que el vocablo “paciente” remite a la situación de abordaje en el centro de salud y que, sin embargo, escogemos referirnos a “persona con padecimientos mentales” en virtud de que encarna una categoría más amplia, abarcadora de los múltiples situaciones sobre los que se asienta un correcto abordaje de la salud, aun fuera y antes de “*la enfermedad*”.

En efecto, una serie de problemáticas vitales como los duelos por pérdidas de toda índole, el pasaje a otra etapa de la vida de cualquier sujeto o la misma accidentología y la victimología en general, nos hablan de ejemplos de situaciones donde el sujeto se ve en una crisis psicológica, que bien puede requerir un acompañamiento y un abordaje psicosocial, sin que por ello estemos ante un escenario encausable a la dimensión de la patología.

Ello cobra mayor énfasis cuando recordamos que las personas institucionalizadas permanecen en la situación de institucionalización, pero no en virtud de un diagnóstico que lo requiera, sino de la ausencia de un abordaje interdisciplinario sobre los pilares que le permitirían llevar adelante su curso de vida -claro está, con las particularidades que representa el padecimiento mental- en un proyecto extra-institucional de vida en la comunidad. La internación se transforma, por lo indefinida y sin terapéutica específica, en una detención sin proceso ni causa. La vida en el hospicio se vuelve *"el lugar donde puede estar"*, pero en realidad esconde la necesidad de la institución de preservar su *"clientela"*. Que este (más o menos oculto) objetivo sea explícito o tácito es solo un detalle.

La negación de la institución, en cuanto total, y el uso de eufemismos en su nominación, no ayuda a desandar el camino de la exclusión. Tiende a maquillar el problema. El camino que eligió la ley 26657 es muy distinto: los reconoce en cuanto espacio ajeno a la producción de salud, los ubica en la antigua sujeción de *"lo desviado"* vía apartamiento social y ordena la sustitución progresiva de esos espacios de encierro y de desvínculo... ¿Por qué? Es preciso reconocer de entrada que los manicomios, comunidades terapéuticas cerradas, gerontopsiquiátricos, hogares cerrados para personas con discapacidad y cualquier otra institución monovalente no es sino una institución con internación (prolongada en el tiempo, con decreciente abordaje terapéutico) que se dirige en exclusividad a la atención de una determinada patología. Pero eso no la hace total aún. Encuadran en el concepto de *"institución total"* porque tiende a totalizar la vida del sujeto y su relación con lo público en el espacio intra-institucional.

Goffman, en la década de 1960, ya ubicaba esta situación como ajenez de los servicios públicos del Estado en la vida hospicial. La salud, la educación, la seguridad, el registro civil, ni ningún otro organismo funcionan en la vida institucional, como sí en la comunidad. Todo ello, si tiene algún grado de vigencia, lo hace en una modalidad degradada. Pero Goffman agrega algo más. Porque el sujeto de la institución, es otro, en el sentido del distinto estigmático. El hospicio coloca de entrada a la persona en una situación de estigma, que la define en virtud de un carácter que lo significa y le quita hasta el

nombre: loco, preso, viejo loco, discapacitado, tonto, minusválido, impedido.

Estas instituciones tienden -por su mismo funcionamiento- a romper los lazos afectivos del sujeto en vinculación con los otros, condenándolos bajo una “etiqueta” a una vida en la exclusión bajo el lema *“es mejor que esté ahí”*, en el monovalente. La persona en situación de encierro deja de ser padre, madre, hijo o hija, trabajador/a, estudiante, vecino/a, amigo/a, entre cientos de características y roles que hacen a su singularidad. ¿Y por qué? Porque esos roles y caracteres aparecen en vinculación con un otro y es justamente ese lazo con el par, el que la institución impide a través de la situación de aislamiento prolongado, en el tiempo, que es por su propia naturaleza indefinido, para peor.

En una palabra, la persona en situación de encierro manicomial se enfrenta con limitaciones estructurales que solo lo habilitan a realizar allí las actividades vinculadas con su estigma.

Es entonces que la normativa de derechos humanos incorpora la inclusión comunitaria desde el momento inicial de contacto del sujeto con el servicio de salud, en el convencimiento de que se trata de un pilar inexorable de un abordaje adecuado al enfoque de derechos que impone -y no es azaroso el verbo- la Ley. De ahí que **las consecuencias psicosociales** de la implementación de la ley 26657 sean tan insoslayables. **Aplicar la ley implica entonces concebir los abordajes en cuanto intervenciones psicosociales.** El derecho al trabajo, a la continuidad en los afectos, al acceso a las manifestaciones diversas de la cultura, a la educación (derechos económicos, sociales y culturales), el ejercicio del voto y la participación ciudadana (derechos civiles y políticos), así como al desarrollo de vínculos secundarios y terciarios, son todos factores de protección esenciales para evitar el deterioro de la Salud Mental.

El objetivo de una normativa centrada en el enfoque de derechos pasa por la APS como estrategia, pues se sostiene en el fortalecimiento de los factores de protección y disminución de los factores de riesgo, pero teniendo como organizador general a la inclusión comunitaria de la persona, su eje vertebral.

De facto, el modelo social de la capacidad que rige a partir de la Convención de los Derechos de la Personas con Discapacidad impone -complementariamente- el principio de la “dignidad de riesgo”, lo cual involucra el derecho de la persona que accede a servicios de Salud Mental a ejercer la totalidad de sus derechos, aun cuando conlleven un riesgo. Los esfuerzos del equipo de salud y de la comunidad en general deberán estar orientados a disminuir en el mayor grado posible los riesgos de mención y nunca a eliminar el acceso al

ejercicio de esos derechos. Así como en vez de incapacitarlo deben darse los apoyos que permitan ejercer la capacidad, debe cuidarse al sujeto en los riesgos que conlleva ejercer sus derechos de segundo y tercer nivel. Por decirlo de otro modo y análogamente, así como antes no votaban los ciegos porque no veían las boletas y ahora se les asigna un acompañante para ejercer su voto, en materia de lo mental se trata de establecer el dispositivo de acompañamiento para que la persona cuente con el respaldo de ejercicio de sus actividades culturales, sociales, recreativas, laborales y vinculares, entre otras. El apoyo social sustituye el encierro preventivo por *si le pasa algo*.

Aún en 2020, cuando escribimos estas líneas, y a 10 años de la sanción de una normativa que va en casi perfecta consonancia con esta idea (la del enfoque de derechos, como eje del trato a las personas con padecimiento de preponderancia mental) aún se pretende discutir la imposibilidad de atender al sujeto de "lo mental" tratándolo como un sujeto de derechos. Aun así, pensemos en que se trata de un avance, pues ahora el punto de debate -falso, sin duda- sería metodológico. En efecto, estamos ante un "*cómo hacerlo*". Existen incontables, por numerosas, experiencias que refutan la idea según la cual es preciso apartar indefinidamente a una persona con padecimientos mentales graves o severos. Lo hemos refutado en esta obra, tanto epidemiológicamente (cap. 5, Vol. 1), como en lo que respecta al abordaje mismo (cap. 3 y cap. 4 del Vol. 1). Más adelante veremos en los siguientes capítulos ejemplos de experiencias que lo confirman.

La resistencia metodológica ha reemplazado (en general, aunque hubiera excepciones) a la conceptual, pues el enfoque de derechos se ha vuelto parte de lo instituido. El lema resistencial actual es "*no se puede*". Ya no es "*no se debe*". Esto conlleva una consecuencia no deseada por el poder autoritario del MMH: perpetuar la lógica de la institucionalización "*sine die*", que sigue concibiendo a la persona sólo en tanto organismo como preeminentemente biológico, y no en tanto ser social, empieza a dejar a sus portadores en una situación de molestia y de pesar. El punto de vista que sitúa al sujeto como un ser bio-psico-social, en ese orden de prelación, viene fracasando en la atención inclusiva del padeciente desde hace más de 100 años. Sin nos ocupamos únicamente de su condición de conjunto orgánico (o a lo sumo psico-orgánico), aun respondiendo técnicamente y con las técnicas médicas que resulten las más adecuadas, aun así, el sujeto seguirá allí internado indefinidamente. Algo tan sencillo de razonar, sin embargo lleva dos siglos de repetidos fracasos.

Desde ya que necesitamos una mirada psicosocial en lo metodológico, como complemento sustancial e insustituible con el

enfoque de derechos, que subyace en cada artículo de la Ley Nacional. Sin el avance científico de la medicina, nos encontraríamos con límites insoslayables, es cierto, pero sin una profunda revisión del MMH hacia una democratización del saber (tal como lo hemos trabajado en el capítulo sobre la interdisciplinariedad) que la integre al universo del vínculo como eje de la reintegración psicosocial, será siempre un trabajo infecundo, parcial y estigmático. Si sólo continuamos en la práctica con una visión restrictiva del *"individuo"*, en su más liberal sentido, estamos condenando al sujeto a sucumbir ante el estigma de *"la enfermedad"*. En efecto, *es el individuo el de la enfermedad*, así como *es el padeciente* (mental, también) *el del acceso a los servicios de Salud*, hubiera o no patología. Y es que al quitarle a la persona factores de protección legal y social, se lo condena a una inevitable evolución deteriorante, además de etiquetarlo, quizá eternamente. Habilitase así al encierro indefinido, y se dirá que es consecuencia del cuadro clínico, no del modelo de abordaje. La institucionalización será encausable desde la mirada bio como producida por el sujeto y su patología, sin poner en cuestión el abordaje que lo encierra. Y no hablamos con ello de la internación, sino justamente, de su pérdida de objetivo y su cronificación. Como hemos trabajado en esta obra, no cuestionamos el acto técnico de la internación, sino la idea de la vida institucional por tiempo indefinido y sin programa de trabajo, como supuesta herramienta. No es más que el camino al desvínculo. La internación estabiliza un cuadro y es una herramienta de cuidado, hasta que se transforma en un lugar de vida, dejando de ser herramienta, pasando a ser abandono.

Así es que se arriba a los denominados *"pacientes sociales"*, que ya hemos trabajado en esta obra, y que siguen poblando las instituciones de encierro de *"lo mental"*. Insistimos por ello en que es imperioso barrer y desnudar esos eufemismos distorsionantes: al hospital psiquiátrico no va a parar (indefinidamente, más allá de la singular puntualidad de una crisis) toda persona con padecimientos mentales a secas, sino aquella con padecimientos mentales, sin dinero, sin vínculos de apoyo, ni cobertura social. Sin red. Es una cuestión de clase y de capacidad vincular, no de diagnóstico clínico.

A modo de ejemplo, podemos imaginar la situación de un adolescente de quince años que ante una situación de crisis, con una semana de internación y la medicación apropiada puede volver a la escuela, familia y amigos, y ya conoce los dispositivos de salud para el caso de una recaída. Si por el contrario se lo recibe con una internación prolongada en el tiempo, pierde el ciclo escolar, el contacto con los amigos, el juego y se transforma en una vivencia traumática y angustiante, es probable que los efectos deteriorantes sean profundos

y se prolonguen en el tiempo. La persona adquiere la capacidad de advertir una recaída o una crisis y decidir sobre el tratamiento si se lo trabaja con él. Acudir al sistema de salud, a un circuito conocido, trazar una red acorde con las necesidades particulares es una construcción del dispositivo que debe advenir como parte del abordaje. Ese abordaje, podrá hacer este tipo de intervenciones si su enfoque es psicosocial e integral. Si estabilizan el cuadro crítico y con eso se dan por contentos y lo devuelven sin más a la comunidad, harán del dispositivo una puerta giratoria. Y, claro está, culparán a sujeto por volver...

En este ejemplo como en tantos otros, por diversos que fueren, es observable que concebir el abordaje de la Salud Mental como una tríada de cuyos pilares son los factores de protección o apoyos sociales -a los efectos de combatir la sujeción propia de la institución total-, la farmacología -producto de los avances constantes de las ciencias biológicas de la salud- y el tratamiento terapéutico -que permite devolver la expresión (por la forma que sea posible hacerla presente), devolver la palabra al escenario del tratamiento-. Se trata entonces de un abordaje complejo centrado en lo psicosocial, donde al inicio prima la estabilización del cuadro, la compensación de la crisis vital, para luego advengan la palabra y el (re)vínculo como restitución de la dimensión subjetiva misma.

Muchos de estos casos en crisis permiten un abordaje ambulatorio, esto es, sin restringir la libertad de circulación del sujeto. Esto es esperable, además, como recurso de primera opcionalidad. Restringir derechos, dice la ley, debiera ser la última alternativa. Ahora bien, en el caso de que sí sea necesaria una medida de internación, a partir de lo que establece la ley y la normativa internacional en la que se encuentra respaldada, la misma deberá hacerse en un hospital general, como sucede con cualquier otra dolencia. ¿Por qué es preciso que la ley especifique esto? Por la cultura manicomial, que se basa en la denigración excluyente de quienes tienen ese tipo de padecimiento: su sujeto prototípico.

La escisión -conceptual- entre salud física y salud mental es tan ficticia, como el unicornio azul de Silvio Rodríguez. Cuando esa escisión se aplica las políticas públicas, esconde detrás la discriminación de lo que entiende como "campo de la locura", subyacente en la ficción de designarla -en el discurso- como una simple herramienta de abordaje, llamada internación. Entonces asignará como recurso institucional al hospital público polivalente integral para atender el cuerpo, por un lado, y asignará al hospicio monovalente para los locos "de atar", por el otro. Esta segmentación de la población según sea su tipo de padecimiento desde la consabida grieta mente-cuerpo

es algo que hace más cien años sabemos proviene -únicamente- de una escisión analítica y meramente descriptiva.

A quienes les toca ser atendidos en el dispositivo para la locura (el manicomio), en consecuencia, se las desconsiderará en cuanto individuo (bio) y no como persona (jurídica, en primera medida), por lo cual no recibe una adecuada atención, siendo sesgada, regular, endeble, frágil y finalmente discriminatoria. El sistema de salud público universal no ingresa al hospicio, lo sabemos. No es parte de su universo, justamente.

De este simple análisis de cualquier sistema esquizo de atención del cuerpo con un subsistema y de la mente, con otro (deteriorado, desfinanciado y estigmatizador), surgen una serie de cuestiones que aborda la Ley en su capítulo internaciones, pero que requiere una profunda revisión de todo el sistema público de salud. La Ley, en efecto se propone terminar con la atención segmentada, escindida, esquizo y estigmática de las personas. Es un postulado igualador, nodal, sobre el modo en que se organizará un sistema de salud. Describe cómo concibe el mundo de "lo mental". Por eso es tan resistido por el MMH el simple acto de atender a los padecientes mentales con internaciones en sala común. No solamente es un problema metodológico.

Incorporar la salud mental (o mejor, la vieja concepción de la enfermedad) al hospital general es parte del meollo, pues implica una concepción integral de la salud y una revisión de la metodología clínica, entendiéndola como una praxis holística de preeminencia psico-social, aún al interior de la sala de internación, pues la estabilización de un cuadro no lleva -por lo común- más de 72 horas. Lo que sigue trata de otros abordajes. Ahí es donde advienen las resistencias.

La ausencia de una política inclusiva de lo mental en el sistema sanitario hospitalario no golpea únicamente al campo de "*la locura*", vía exclusión manicomial. Es posible preguntarse cómo se explican aquellos casos de alto deterioro de la persona sin que haya habido institucionalización, por esa misma exclusión de la institución polivalente, sólo que se encuentran en sus casas o en la calle, sin ser captados por el dispositivo asilar. Pues bien, probablemente el sujeto que llega a una situación de deterioro vincular y subjetivo, sin que fuera atravesado por la institucionalización, porque mal que mal ha funcionado algún componente o factor de protección que lo mantuvo por fuera de la lógica del encierro vía apartamiento social. El "no" a la institucionalización indefinida ha sido posible allí. El ejercicio efectivo de los derechos fundamentales de la persona, como la vida en comunidad ha podido sostenerse, pero a costa de un abandono sanitario. Sin dudas ha sido necesario que funcione un mínimo sostén

socioeconómico y vincular. Aun así la persona vivencia una exclusión sanitaria que deteriora su calidad de vida y las de sus allegados que le sostienen, a duras penas, seguramente.

Este tipo de ejemplos nos señalan varias cuestiones: por un lado, barrer con la institucionalización como lógica del secuestro del sujeto en el hospicio presupone el abordaje psicosocial, que repare el desvínculo del que proviene su pasado mediato e inmediato. En segundo lugar, el sistema sanitario cuando es exclusor es aún más manicomial que el mismísimo asilo (manicomial es la cultura sanitaria vigente²). En tercer lugar, el acceso a los derechos es parte del tratamiento, el cual ya no puede ser considerado en estricto un abordaje de lo intrapsíquico. A eso nos dedicaremos en el acápite siguiente, pues este problema es ya psicojurídico más que psicosocial.

2. Algunas reflexiones psicojurídicas sobre el rol de la administración de justicia en torno a la Ley

Otro elemento destacable de la ley 26.657 es la profunda transformación del rol de quien administra justicia. El juez o la jueza no pueden asumir ya decisiones terapéuticas. Interviene única y estrictamente como garante de los derechos del paciente, cuando la decisión de internar se toma en contra de la voluntad de la persona. Es decir, que su rol se reduce sustancialmente, pues interviene a los efectos de controlar las condiciones de internación en el aseguramiento de derechos. Su participación es como juez de garantías, como tutor ni encargado ni nada del orden de lo tutelar. No piensa como ejemplar padre de familia (sustituto), sino a fin de disponer efectivamente la internación, corroborando si se han cumplido los recaudos establecidos en la norma (los que veremos con más detalle más adelante). No interviene tampoco de oficio ni compulsivamente, pues sólo corresponde su inclusión en un proceso interdictorio en caso de que el equipo de salud disponga la internación y sea la institución de salud la que se oponga a recibir a la persona en su seno, o el sujeto mismo, familiar o quien fuere.

Esta nueva forma de entender el rol para quien administra justicia, excede el mundo de *lo mental*. El enfoque de derechos exige para el juzgado interviniente un rol más activo en el campo de la inclusividad. En lo que atañe al tratamiento (incluso en términos terapéuticos), la normativa se orienta a contar con recursos no convencionales por fuera de los profesionales de la salud. Es el mandato de intersectorialidad. Se debe priorizar la contención y seguimiento de la persona, superando la lógica de la derivación en su peor versión del

síndrome expulsor de los equipos hospitalarios que definiremos “*de la papa caliente*”. En efecto, así como por un lado tienden a concebir la práctica clínica como mono-disciplinaria (cual si fuera su consultorio privado de la práctica liberal³), por el otro tienden a ver como anómalo y desviado a todo síntoma o padecimiento que exprese disonancia con lo que esperan recibir en su dispositivo: la consecuencia lógica es la expulsividad, la cual tiende a ser vista como derivación. En realidad es aquello que no encaja, no entra en la cajita de herramientas que pretenden aplicar a todo el universo de casuística hospitalaria. En consecuencia, el resultado es culpar al paciente por padecer de modo desacertado. Ahí, en ese punto, la administración de justicia debiera intervenir garantizando el acceso al sistema público de salud, expandiendo el universo de casos a todas las formas de padecimiento de preponderancia mental.

Claro que esta realidad presupone una ampliación y extensión de dispositivos sustitutivos y menos invasivos que la mera internación. Se puede objetar que ello demanda una inversión muy alta en términos económicos. Sin embargo, tal como se anticipó, incluso con la gran carga de inversión inicial que demande la puesta en funcionamiento de los dispositivos de inclusión social, el cotejo con el gasto de las medidas de encierro es muy inferior. Y es que en el caso de las lógicas de encierro, la medida sin límite y el deterioro consecuente de la persona, hace que aquella pierda su potencialidad como fuerza productiva (esto por lo común no se calcula, ni se mensura). Se lo estanca en un dispositivo del que difícilmente podrá egresar, con lo que pasará a ser un sujeto dependiente durante gran parte o todo su curso vital futuro. Es lo que se denomina “carga de enfermedad”: son los años perdidos e irrecuperables que arrastra el encierro. Los daños son potencialmente irreversibles. Nada es más gasto que el encierro. Y es que se inutiliza a la persona como fuerza productiva, se fabrican pensionados vitalicios, pero con total incumplimiento de sus derechos, para peor. La persona pasa de ser paciente a pensionado indigente en adelante. Al momento de calcular la inversión en dispositivos sustitutivos debiera contemplarse esta paradoja. Gastamos más incumpliendo con la normativa, porque no queremos destinar recursos a dejar de encerrar. No es sino una demostración cabal del sentido ideológico del problema manicomial, es decir, que es una cultura, como nos lo enseñó Ulloa.

Esto atañe también a la administración de justicia, `pues así como ordena una internación compulsiva, podría ordenar la radicación o instalación de dispositivos sustitutivos. Es su elección. Ya ha ocurrido, cierto que en excepcionales casos. La persona podría estar en su casa con una internación domiciliaria, pero no tiene apoyos

sociales que se lo permitan. Bien:

- a) Orden de internación compulsiva. ingreso al hospicio.
- b) Orden de cobertura de la obra social: contención comunitaria mediante acompañantes terapéuticos y/o cuidadores domiciliarios.

Es más bien decidido desde la lógica en la cual está posicionado el decisor. Fantaseemos incluso con el peor de los casos: una persona que no posea dispositivo habitacional alguno, sin empleo u otro ingreso, que requiera acompañamiento terapéutico permanente y seguridad perimetral. Aun pensando -amargamente- en ese eventual costo inicial, la persona atendida comunitariamente desde un adecuado abordaje psicosocial terminaría por revincularse socialmente, abandonando el sistema de salud. Podrá implicar un dispositivo de unos meses, quizá un año, para luego ir espaciándose y volviéndose cada vez menos invasivo y más personalizado, hasta quedar en manos de la APS local, como seguimiento. ¿Cuántos años de internación de ese sujeto se han ahorrado? Pero hay más: repercute en un giro cama mucho más veloz. El administrador de justicia dispone de más recursos, menos encierro y por tanto, menos atención de su parte, por lo cual también implica una merma en la labor judicial.

Con los dispositivos sustitutivos ganan todos. Pero sobre todo el sujeto de intervención. Este pasa de ser un loco manicomial a sujeto de intervención para terminar como un ser autónomo, un recurso activo de la comunidad. Ese pasaje vivencial de ser considerado objeto de encierro a sujetos de derecho con potencialidad para autosustentarse es el mayor logro del proceso de desmanicomialización, tal el caso del proyecto basagliano. Hablemos de sus errores y de sus fallas, pero antes reconozcamos esta dimensión inconmensurable de restituir la dimensión del sujeto, donde solo había objetalidad.

En efecto, es importante destacar la importancia de la función judicial en la garantía de la inclusión comunitaria, en tanto es quien debe hacer presente la exigibilidad de los dispositivos sustitutivos, como una obligación estatal.

Esos dispositivos sustitutivos exigibles por la instancia judicial son, por otra parte, el antídoto ante la tendencia neoliberal a la desinstitucionalización, que no es desmanicomializar, sino el traslado de la cultura manicomial a la comunidad. En consecuencia, el proceso de desmanicomialización no puede en ningún caso conducir a la privatización o tercerización de los servicios de Salud. Por el contrario, debe dirigirse a la inclusión sanitaria de lo mental, en una integración que lo vuelva un componente de los servicios de salud de todos los niveles de atención. Es inclusión sanitaria en lo público, al revés de lo que se

plantea desde la ideología liberal de la *privadización de la locura*.

El poder judicial debiera actuar como garante de derechos, entonces, no como ordenador del carcelero, como jefe del vigilante de *lo mental*. La primera convocatoria a su labor debiera estar centrada en sostener como fuere (en todo lo que esté al alcance del Estado) la autonomía del sujeto posicionado como paciente, visto así coyunturalmente, nunca como esencia de su ser. Es desde ese rol el acompañamiento, no la sustitución de la voluntad. Ser puente para la aplicación del enfoque derechos, puente entre el sujeto de derechos y el equipo de intervención, allí ubicado en representación del Estado, en cuanto agente sanitario, no de control.

Ese Estado sabe algo -¿nuevo?- en estos diez años, desde la sanción de la Ley Nacional 26657. A los efectos de elaborar una adecuada política en Salud Mental es preciso contar con datos precisos sobre la población a la que pretende dirigirse, así como de los recursos humanos y materiales que ofrece cada comunidad. Hoy es posible conocer que 1/5 de las personas adultas del país tienen padecimientos mentales y adicciones (6.000.000 personas), de las cuales 2/3 no tienen acceso a ningún servicio de salud⁴.

Un estudio del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) publicado en el año 2007 bajo el título "*Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*", denunció que existían 25.000 personas privadas de su libertad en hospitales psiquiátricos, siendo que más de 80% de esa población llevaba al menos un año y, en una gran mayoría de casos, la mayor parte de sus vidas. Allí se denuncian "*graves hechos de abuso y negligencia*", castigos en celdas de aislamiento, actos de violencia física y sexual, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, hacinamiento, falta de rehabilitación y de tratamiento, y muertes no investigadas. Esa cultura manicomial es antes que nada, una manifestación de la consabida ideología tutelar aplicada al campo de la locura (no de la salud mental). Quiero decir con esto que requiere y presupone una visión judicial que entiende como usual esos sucesos en esa vida de encierro y castigos, que lo normaliza. Si algo nos enseñó este gravitante estudio del CELS fue que supo poner un quiebre y constituirse en un punto inflexión para visibilizar al mundo de lo manicomial como una cultura en la cual todos los poderes del Estado eran parte.

3. Las transformaciones que introduce la Ley 26.657 en la dimensión psicojurídica de los dispositivos institucionales (consecuencias del enfoque de derechos)

Ahora bien, a los efectos de sustituir la estructura manicomial sostenida en el hospital monovalente como –prácticamente- único recurso, es preciso reforzar la atención en el primer y segundo nivel de atención. Por eso venimos insistiendo a lo largo de esta obra (Vol. I: Cap. 1, 2, 3 y 7, así como a lo largo del presente Vol. 2), en la coherencia conceptual entre la filosofía expresada en el enfoque de derechos y la estrategia de la APS, como organizador de los dispositivos.

Nos encontramos en ese desafío con una gran disparidad de recursos en las distintas regiones de nuestro país. A modo de ejemplo, la Ciudad de Buenos Aires tiene la tasa de psicólogos más alta del mundo, mientras en los otros distritos permanecen ausentes estos profesionales y sólo es posible acudir a un médico generalista en los primeros niveles de atención. A la vez, hasta hace poco, el impenetrable chaqueño contaba con alrededor de 300.000 habitantes y prácticamente casi ningún servicio de Salud Mental, mientras en otras provincias, por citar un problema nodal del sistema sanitario, sólo cuentan con equipos interdisciplinarios consolidados en sus capitales.

Existe una grave vulneración de los derechos del usuario de los servicios ya que, donde no existen dispositivos adecuados en la comunidad, se deriva hacia otras ciudades o latitudes, en políticas de internación que terminan en un encierro por el obvio alejamiento del sujeto con su entorno vincular que pudiera acogerle y contenerlo comunitariamente. Se desprende claramente entonces como la ausencia de una verdadera estrategia de APS con desarrollo territorial termina en una clara y perceptible (hasta para el más lego) vulneración de derechos.

Sin perjuicio de los grandes esfuerzos que deben implementarse para cumplir entonces con los postulados de la Ley Nacional 26.657, al momento de su sanción (2010-11) en Argentina nueve de veinticuatro provincias, convivían con un sistema sanitario sin manicomios. Se dirá que sus sistemas eran deficitarios, en algunos casos. Pues bien, esto valdría como crítica si el sistema manicomial fuera más eficaz, más justo y menos invasivo. Evidentemente, no hay desde en las provincias que sí tienen como principal organizador del sistema a la institución monovalente, una posición o una ética tal que permita tirar la primera piedra. Si un sistema sanitario es deficitario

en la atención de lo mental de la salud, no es por ello que se habilita la solución manicomial como más eficaz. En tal caso, se deben hacer las inversiones y transformaciones que lo ajusten al marco normativo vigente, antes de considerar que se debe volver al asilamiento como estrategia. En este sentido consideramos pertinente aclarar una serie de cuestiones más en torno a la implementación de la norma.

A los efectos de poner en evidencia el alcance de la Ley Nacional, es preciso saber en primer lugar que es de orden público (art. 45), es decir que no precisa de la adhesión explícita por parte de las provincias a los efectos de su inmediata entrada en vigencia en los territorios provinciales, sin perjuicio de la normativa local vigente en la materia.

De esta forma, la ley establece un estándar mínimo de derechos y garantías como piso nacional que no puede ser desoído por la normativa provincial. En caso de incongruencia entre la legislación nacional y provincial, se aplica el principio *pro homine*.

El segundo elemento de relevancia es asentar que la ley encarna la concreción de principios internacionales de derechos humanos, por medio de los cuales la dignidad humana se impone como el eje axiomático a partir del cual se construye un paradigma de derechos humanos con atención en la comunidad. Es decir, que prima el derecho a vivir en la comunidad.

Ya desde su artículo 2, asienta la naturaleza de la ley como parte integrante de la perspectiva internacional de los derechos humanos, plasmados en la temática de la Salud Mental. Así, el texto de la ley explicita como parte integrante de la misma instrumentos de *soft law o model law*, a saber la Declaración de Caracas (OEA, 1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991) y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental de las Américas (OEA, 2005). Se agrega el abordaje de la salud desde el “*modelo social de la discapacidad*”, plasmado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por Ley Nacional N° 26.378/08 y desde el artículo 7 se recoge una extensa de todos los derechos fundamentales de las personas usuarias de servicios de salud mental y adicciones⁵.

En otro orden, la ley pone un límite estricto y preciso a la industria farmacéutica: Se agrega el derecho de las personas usuarias a no ser objeto de investigaciones clínicas, ni de tratamientos experimentales y la prohibición del suministro de medicación como castigo o a los efectos de sustituir el acompañamiento terapéutico (Art. 12). Esta quizá sea la principal razón por la que militaron tanto su oposicionismo durante todo el año 2009 y el año 2010.

En esa lógica es que en lo que atañe a las modalidades de intervención, se procura seguir el principio que establece que las prácticas deben ser lo menos invasivas posible. En efecto, la propuesta de la ley es de promover la atención en la comunidad, relegando a la internación como medida de último recurso. Por ello, se estimula la instauración de equipos itinerantes, empresas sociales, emprendimientos productivos, atención domiciliaria, casas de medio camino y hospitales de día, entre otros dispositivos sustitutivos. En pocas palabras: las acciones de salud mental deben realizarse en una red de servicios basados en la comunidad.

Se reconoce como principio general la capacidad de la persona usuaria de servicios de Salud Mental (art. 3), que sólo podrá ser revertida por un juicio de incapacidad que determinará mediante una sentencia acotada en el tiempo -máximo de tres años-, estrictamente qué derechos no podrá ejercer la persona, permaneciendo vigente el criterio de capacidad para cualquier esfera no detallada en la sentencia de insania (que ya no será tal). Ello permite un avance inconmensurable en el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho y no como objeto tutelado de protección.

Se debe reflexionar en este sentido acerca de qué derechos de primera generación -civiles y políticos- que el conjunto de la población ha ganado para sí ya el siglo XIX y XX, recién hoy van a serle reconocidos a las personas que declaradas incapaces, hasta ahora excluidas de estos derechos inherentes a la mera condición de ciudadano.

Sin eufemismos: cualquier persona con un padecimiento mental que atravesara un proceso de insania se transformaba en un muerto civil. Desde la nueva normatividad, un diagnóstico no será suficiente razón ni puede implicar el cercenamiento de todos los derechos, sino el señalamiento de aquellos estrictamente vinculados con el cuadro y encontrándose debidamente fundada su limitación (cfr. art. 5). Pero ni siquiera es allí pura pérdida: El concepto apoyos sociales viene a complementar esa merma o dificultad para aportarle un goce asistido y/o acompañado, para reinstalar el usufructo de ese derecho en cuestión.

El personal sanitario se amplía, enriquece y profundiza en tanto el abordaje parte de un trabajo interdisciplinario al interior de los equipos de salud, y con una estrategia intersectorial que debiera ampliarlo hacia otros organismos extra-sanitarios, como las instancias públicas de vivienda, desarrollo social, empleo, justicia, seguridad social, etc. Ello implica por tanto que la Ley Nacional contempla y presupone la intervención de una multiplicidad de disciplinas y saberes⁶ que abordan la problemática la inclusión social plena de sujeto y no

estrictamente su salud; mucho menos únicamente su salud mental. Aún menos cerrarse en el restrictivo abordaje de su sintomatología, de “*lo enfermo*”. (art. 8, 9 y 13).

Se reconoce el derecho a la permanente capacitación, a la protección de su salud, y a conducir equipos según su idoneidad y más allá de su profesión. Una herejía imperdonable para el MMH. También se reconoce el derecho a la preservación de la fuente de trabajo, desvaneciendo cualquier temor de los profesionales frente al cierre paulatino de las instituciones monovalentes -cfr. art. 27- (arts. 13 y 27).

Este equipo de salud trabajará preferentemente fuera del ámbito hospitalario (estrategia APS), en el terreno de pertenencia del paciente y su entorno, al menos prioritariamente, asumiendo como parte de su rol, el de establecer las medidas terapéuticas menos invasivas posible, asesorando al padeciente y contando con su consentimiento informado ante cualquier intervención terapéutica (arts. 9 y 10).

Se destaca que a los efectos de contar con el consentimiento del sujeto de intervención, la información debe ser brindada adecuándose a la posibilidad de entendimiento de la persona (sobre todo, si se tratara de una persona con discapacidad). En caso de que el personal de salud fuerce con dolo el consentimiento, se impondrán las sanciones civiles y penales pertinentes (arts. 19).

Para el caso en que sea necesario acudir a una internación involuntaria (siempre como *ultima ratio*), la ley prevé condiciones estrictas para su determinación. En primer lugar la decisión ya no reposa en el juez de la causa (como hemos visto) o en una decisión de funcionarios policiales, tal como se habilitaba en el régimen anterior. Por tratarse de una herramienta terapéutica de último recurso, su decisión sólo puede recaer en la decisión del equipo de salud que aborda al sujeto en crisis. Se precisa de al menos dos profesionales de diversas disciplinas, entre los que al menos uno debe responder a la profesión de psicólogo o psiquiatra.

Una vez dispuesta la internación en forma involuntaria, este equipo de salud tiene un plazo de 10 horas a los efectos de notificar al juez competente (en cumplimiento del estándar internacional de aseguramiento de la inmediatez de la persona privada de la libertad en la puesta en comunicación con un juez), quien tiene a su vez un plazo de 48 horas para convalidar la internación en esta modalidad, denegarla o pedir informes ampliatorios.

A los efectos de convalidarse esta medida terapéutica debe encontrarse presente el llamado riesgo cierto e *inminente*. Se trata de un riesgo situacional (“*situación de riesgo cierto e inminente*”), es decir, que no es un carácter propio de la persona, ni hace a su

esencia inmanente. Justamente se aspira a hacer cesar cuanto antes dicho riesgo que -de modificarse el ambiente que hace de entorno a la persona (así como su condición subjetiva de estar en una crisis que le impide cuidarse y/o cuidar a los demás)- que ya no exista o se vea disminuido por la adecuada implementación de un dispositivo que *deconstruya* la situación crítica. Así, es la intervención de un equipo interdisciplinario la que puede determinar que hay un riesgo y es un equipo también, quien debe construir un abordaje psicosocial que lo haga cesar, una vez estabilizado el cuadro de crisis vital. Se ha desjudicializado de este modo el proceso, propio del *peligrosismo* que viene de vieja data, desde el siglo XIX, asentado en toda la cultura manicomial de la locura como extralimitada potencialidad del daño furioso.

Ello permite apartarse del concepto mismo de *peligrosidad*, ajeno al campo de lo mental y herencia del positivismo criminológico, que era concebido como un carácter inherente al sujeto y que se permitía especular sobre el comportamiento futuro de la persona, en flagrante vulneración del respeto a la autonomía, la libertad y la autodeterminación y sin perjuicio de que la carencia de base científica de la peligrosidad ya había sido asentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el fallo “Gramajo”⁷.

Descriminalizar la salud mental será, con el tiempo, uno de los legados más importantes de la ley 26657. Por supuesto que requerirá tiempo, pues se trata de una revolución cultural en marcha. Pero ocurrirá.

En lo que atañe al control de la internación involuntaria ya en curso, se prevén revisiones judiciales periódicas (arts. 16 y 20 y cc.), el derecho a contar con asistencia legal gratuita desde el primer momento de la internación por parte de una figura distinta a la del curador y cuya actuación responde únicamente a los fines de reforzar la voluntad de la persona internada (art. 22) y el control por parte de un órgano de revisión independiente, interdisciplinario e intersectorial, con la finalidad de resguardar los derechos fundamentales de las personas que asisten a servicios sanitarios (capítulo X). Se debe agregar que en caso de que la persona internada sea menor de 18 años de edad, debe involucrarse la normativa específica de Protección Integral de los Niños (art. 26), actuando supletoria y complementariamente la ley 26.657.

El órgano de revisión es un instrumento fundamental de la ley en virtud de que materializa el monitoreo como práctica axiomática en la persecución del máximo respeto por los derechos humanos. De facto, entre otras funciones de este órgano de revisión, se encuentra requerir informes a las instituciones, supervisar denuncias, interponer

acciones a favor de los usuarios y proponer reformas legislativas, entre otras directivas tendientes a consagrar un genuino monitoreo de las prácticas en salud mental por parte de los agentes estatales y privados intervinientes. El carácter intersectorial e interdisciplinario del órgano es un eje fundamental a los efectos de lograr un control efectivo.

Se destaca que el juez y el órgano de revisión son efectores de garantías, e intervienen a los efectos de proteger a la persona internada en virtud de la propia situación de internación que la limita en las posibilidades de ejercicio concreto de sus derechos. Es entonces únicamente en pos de paliar esa situación coyuntural de vulnerabilidad que se disponen los mecanismos necesarios para el control de la situación de internación por parte de órganos judiciales y gubernamentales. Ahora bien, en todo lo que responda a mayor libertad y respeto de la autonomía de la persona internada, las decisiones por su carácter terapéutico reposarán únicamente en el equipo de salud interviniente, es decir, salidas y alta de internación de la persona corresponde al equipo de salud y sólo deben ser notificadas al juez competente. De este modo, se da así otro salto de calidad al entender la llamada *externación*⁸ como un suceso sanitario y no ya judicial.

Entonces bien, conforme la ley, encontramos que la internación debe ser por el tiempo más breve posible, con respeto del consentimiento informado por parte del paciente (sin perjuicio de las decisiones que pueda asumir el equipo de salud en una situación de crisis y ante la evidencia de situación de riesgo cierto e inminente). La internación no está prohibida, tal como se intentó confundir en la época del debate del proyecto de ley en el Senado. Es muy clara la normativa: debe relegarse su uso como herramienta frente a otras alternativas menos lesivas e invasivas, considerándola un último recurso posible, es decir, hay que saber CÓMO, CUÁNDO y POR QUÉ internar.

Otros aspectos de alta relevancia que apareja la ley, son la recepción de una definición amplia de la Salud Mental como un concepto económico, social, cultural, biológico, psicológico e histórico, ampliando el concepto biologicista imperante en la materia (art. 3), la inclusión de las adicciones como parte del campo de la Salud Mental, aplicándose sobre las mismas todos y cada uno de los postulados de la ley (art. 4), la prohibición de discriminación y la estigmatización como consecuencia de un diagnóstico (art. 5) y la obligación en el plano institucional de que la ley debe ser cumplida por efectores de salud públicos y privados, y cualquiera sea la nomenclatura con la que se hallen registrados (art. 6) -a los efectos de evitar eufemismos susceptibles de implicar una vulneración de los postulados de la

normativa-. Volvemos a esta detallada mención de derechos preservados por la ley, nuevamente, porque todo ello conduce a replantear los planos de intervención donde, de superarse el abordaje inicial propio de la atención primaria de la salud, se acudirá al hospital general como espacio adecuado (art. 28).

Ahora bien, si el hospital general rechaza al paciente por tratarse de una problemática de salud mental, la ley es hiper-clara: se considerará un acto discriminatorio. No existe ninguna razón científica que justifique la imposibilidad de atender a una persona con padecimientos de preponderancia mental (o adicciones) en un hospital general. Y es que la ley tiene este importantísimo logro: quiebra la escisión entre salud física y mental. Por ello es que la salud psíquica (como parte integrante y componente de la Salud, en general) debe atenderse en el hospital general, como todo otro padecimiento. Solo en caso de una crisis de extrema complejidad se intervendrá desde un nivel especializado de atención, el cual no requiere nunca per se a la institución monovalente.

Esto queda perfectamente claro, también, pues *de facto*, la ley prevé la prohibición de construcción de nuevos centros monovalentes y determina el horizonte de su sustitución progresiva⁹ (art. 27). Es de destacar que los centros *monovalentes* no remiten únicamente a los manicomios, sino a cualquier institución que trate un padecimiento de salud mental en exclusividad, reduciendo la complejidad propia de cualquier persona a los caracteres de una patología determinada. En este sentido, se inscriben en la categoría de monovalentes las comunidades terapéuticas, los geriátricos psiquiátricos y los centros para discapacitados con problemas en salud mental, entre otros.

Siempre, desde el primer momento de la intervención, se comenzará a trabajar en la inclusión socio-comunitaria de la persona. Y es en esa lógica que las derivaciones se encuentran contempladas sólo en caso de que ofrezcan un escenario de mayor contención del sujeto en pos de sus derechos, privilegiándose el acompañamiento de los referentes afectivos (art. 30).

La autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud de la Nación, que deberá desarrollar los planes de Salud Mental (art. 31), incidir en la actualización de la formación de los profesionales en base al nuevo paradigma de atención y al respeto de los derechos humanos (art. 33) y fijar estándares de habilitación y supervisión periódica de los efectores públicos y privados en acuerdo con todas las jurisdicciones. También deberá supervisar la adecuación de la cobertura en Salud Mental de las obras sociales (arts. 34 y 37) y realizar un censo nacional a efectos de conocer el estado real de la Salud Mental en el país que deberá actualizarse cada 2 años (art. 35).

Se prevé la participación política de las asociaciones de usuarios y familiares en el desarrollo de los programas que los afecten (art. 36).

Es relevante el impulso que la ley implica hacia una necesaria reforma del Código Civil (CC) en materia de discapacidad y derechos humanos. Desde su articulado la ley modifica el régimen de capacidad, asumiendo -como ya se dijo- la presunción de capacidad de la persona, en el recogimiento de lo ya asentado en el art. 12 de la CDPD. En este sentido, establece que las vigentes sentencias de incapacidad dejan de ser ilimitadas, para acotarse a una duración de tres años y que deberán ser revisadas por el juez que la dictó en forma previa a ese término, procurando que la afectación a la autonomía personal sea la menor posible (art. 152 ter del CC). Claro está que habrá situaciones en que algunas personas precisarán un soporte externo, a los efectos del ejercicio de sus derechos, y en esos casos es donde el Estado se hallará en la obligación de asegurarlo en forma gratuita (letrados del art. 22 y cuerpo de curadores).

En el mismo articulado se establece que a partir de esta presunción, ninguna persona podrá ser considerada incapaz en forma absoluta, sino que la sentencia deberá especificar detalladamente que derechos serán los cercenados, lo cual deberá decidirse conforme la lógica de favorecer en la mayor medida posible el respeto por la conservación de la más amplia extensión de derechos por parte de la persona. Y ello no sólo resulta beneficioso para la persona que atraviesa el proceso de incapacidad sino sumamente coherente respecto de las limitaciones de la persona y los derechos a cercenarse. Y es que un determinado padecimiento mental no puede implicar de suyo la anulación del derecho a contraer matrimonio, adoptar, ejercer la patria potestad, la administración y/o disposición de sus bienes o derechos civiles y políticos. Deberá el magistrado actuante en cada caso, fundar adecuadamente la restricción de cada uno de estos derechos. Es de resaltar que en ningún caso podrá vedarse el derecho a incidir en los extremos de su tratamiento (consentimiento informado). Todo ello permite una revalorización de la capacidad jurídica en toda su extensión y es que, tal como afirma Kraut, *"la capacidad jurídica es tanto un derecho en sí mismo, como una garantía transversal e instrumental que permite ejercer todos los demás derechos por voluntad propia"*¹⁰.

Como ya analizamos, la Ley dispone que la internación involuntaria deberá ser decidida por el equipo de salud, en tanto acto clínico, desde una mirada psicosocial, relegando la perspectiva judicial o policial. La fuerza del orden que actuare in situ en la vía pública, sólo podrá trasladar a la persona hacia un centro de salud a los efectos

de su evaluación interdisciplinaria y posterior determinación del abordaje terapéutico que resulte más adecuado (arts. 42 y 43). En otras palabras, las internaciones policiales y judiciales ya no se encuentran permitidas por la normativa vigente.

Por último si bien no se encuentra explicitado en la normativa, ciertos artículos repercuten directamente en el cuerpo de los códigos a partir del principio por el cual la ley posterior deroga la ley anterior, particularmente en lo que atañe a los arts. 142, 143 y 150 del CC y 624, 625 y 631 del CPCCN, que regulan exámenes que a partir de ahora deberán ser de carácter interdisciplinario.

Siempre que se aluda a criterios de desmanicomialización de los sistemas sanitarios provinciales, se impone el temor a que la implementación de la Ley Nacional resulte -psicojuridicamente hablando- en una estrategia encubierta de privatización de los servicios de salud. Hemos diferenciado en este capítulo y los anteriores ese concepto de la llamada desinstitucionalización. No son lo mismo. Mientras aquella es la resultante de la implementación del enfoque de derechos en el campo de *"lo mental"*, ésta es sencillamente la aplicación del apotegma neoliberal de supervivencia de los seres productivos - consumidores y la expulsión social de aquellos que han sido excluidos del sistema social de los integrados. Si bien suelen ser tratados como sinónimos, están mucho más cerca de ser parte de una antítesis.

Cuando el abordaje psicosocial para las personas que resulten revinculadas se orienta a políticas de inclusión comunitaria, los dispositivos emergen como necesidades impostergables. Para ese efecto la Ley Nacional pensó en un cupo de inversión (y no es un gasto), al establecer un porcentaje del 10% del presupuesto total del destinado al sistema sanitario en su conjunto. Que no se cumpla es prueba de la persistencia de la cultura manicomial. Asimismo, señala la lucha por la que aún necesitamos insistir, en pensar lo mental como un componente de la salud, y no como una enfermedad más. Es el desafío del próximo decenio. Si no existen dispositivos ya formados, hay que crearlos. Como hemos demostrado a lo largo de esta obra, una vez ya instalado el abordaje comunitario representa por lejos un menor *"gasto público"* (el uso de lenguaje neoliberal es irónico) que la internación (más aún cuando es indefinida), que es siempre el recurso más costoso de todos los abordajes posibles. Entonces es que, a los efectos de darle un soporte material a las estrategias de abordaje que plantea la ley, se prevé un incremento del presupuesto en salud mental en forma gradual hasta alcanzar un 10 % del presupuesto general de salud (art. 32), según recomendaciones de la OMS sobre *carga de la enfermedad*. Esto debió lograrse al tercer año de

implementada la ley, lo cual no ha ocurrido en ninguno de los 24 distritos o jurisdicciones del país, y mucho menos en el Estado nacional.

Cuando se diga que no están desarrollados los dispositivos sustitutivos, el lector prevenido (ahora) interroque sobre el presupuesto, en particular el porcentaje que esa autoridad de aplicación de la Ley destina a *“lo mental”*. Pues bien, el axioma que empapa el contenido de toda la ley es el máximo respeto por la dignidad de la persona, materializado en la explicitación de que el objeto de la ley es asegurar el derecho a la protección de la SALUD MENTAL y los DERECHOS HUMANOS de TODAS las personas (art. 1).

4. Algunas inquietudes sobre el problema de la fiscalización¹¹

A partir de enero 2011, un mes después de la promulgación de la Ley Nacional, se crea en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones una Unidad de Fiscalización. Se logró dar respuesta a la necesidad de realizar una evaluación interdisciplinaria de las personas usuarias de los servicios de salud mental internadas en establecimientos de salud mental, públicos y privados, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias que lo requieran. No me adentraré demasiado en el tema técnico específico, pues hemos incluido en esta obra un excelente trabajo¹² que detalladamente da cuenta de esa labor. Aun contemplando ese aporte deseamos hacer algunas referencias a las implicancias que tiene esta actividad, surgida de lo enunciado en la norma.

Las evaluaciones interdisciplinarias de personas usuarias de servicios de salud mental se realizaron a partir de que las Curadurías Públicas de la Defensoría General de la Nación, desde los primeros días de enero del 2011, solicitan a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, realice una evaluación interdisciplinaria de personas internadas en establecimientos de salud mental públicos y privados, comprensiva de evaluación de internaciones involuntarias; examen de las condiciones en que se realizan los tratamientos en instituciones públicas y privadas (aspectos como voluntariedad, notificaciones judiciales, consentimiento informado, plan de tratamiento); verificación de las condiciones en que se llevan a cabo las derivaciones; fiscalización, en general, del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y en particular, en lo atinente al resguardo de los Derechos Humanos de los usuarios del sistema de salud mental (niños y adultos).

La Unidad de Fiscalización desde su creación en el mes de enero de 2011 hasta noviembre 2011 (menos de dos años), recibió 672 solicitudes de relevamientos de las condiciones de internación de usuarias/os del sistema de salud mental público o privado (del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires). Así de imprescindible era el servicio que prestaba. Dichas solicitudes fueron provenientes de 14 Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil y de las 18 Curadurías Públicas de la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos. Se efectuaron visitas a más de 30 instituciones sanitarias públicas y privadas en el ámbito para evaluar los casos correspondientes de las personas allí internadas. Concretamente, se realizaron en el periodo apuntado 591 evaluaciones.

El proceso de evaluación terminó en la redacción de un informe interdisciplinario, donde se analizaba el (in)cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y demás normativas nacionales e internacionales en materia de DD.HH. y Salud Mental, en particular, en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental (niñas/os, adolescentes y adultos). Dicho informe fue remitido a la autoridad solicitante para su utilización, a efectos de proceder a la defensa de los derechos de las personas privadas de su libertad en internaciones que se desarrollan en establecimientos de Salud Mental.

En lo que tocaba a mi función como Director Nacional en ese momento, más allá del sostenimiento y coordinación del equipo interdisciplinario afectado a esta actividad, prácticamente todas las semanas recibía visitas de responsables y autoridades de efectores inspeccionados reclamando tiempo para adecuarse a la norma o, sencillamente, oponiéndose a la misma. Lo que más me llamó la atención de los planteos recibidos era que algunos de ellos, reclamaban que no participaran “los familiares” en los equipos de inspección. Esa preocupación fue mi principal argumento para ratificarlos. Otros efectores nos amenazaban con juicios, que nunca ocurrieron. Los más osados, se dirigieron a nuestras autoridades superiores en el intento de anular dicha actividad, suspenderla o sencillamente reclamando nuestro apartamiento de la función. De modo que las inspecciones fueron muy movilizantes, evidentemente.

Los principales problemas encontrados en las diversas inspecciones realizadas a instituciones privadas y públicas fueron:

- Falta de consentimiento informado
- Ausencia de historia clínica
- Ausencia de plan de tratamiento
- Ausencia de profesionales

- Sujeciones físicas indebidas
- Falta de remisión de informes y actuaciones a la instancia judicial
- Presencia de NN sin esfuerzo de identificación
- Sobre-medicación
- Falta o falencias severas de actividades de rehabilitación.
- Ausencia de acciones para la reintegración comunitaria.
- Dificultades habitacionales y de higiene de los espacios de convivencia
- Sobre-población de pacientes en relación a la cantidad de camas autorizadas

El detalle no es exhaustivo, sino demostrativo. Las inspecciones realizadas en ese primer año nos dieron la pauta, en una palabra, de la necesidad de la Ley Nacional. Fueron, a posteriori, (otro) fundamento para su implementación.

5- Algunas consecuencias psicopolíticas: importancia de la sociedad civil en el paradigma de Salud Mental Comunitaria

En esta obra estamos analizando una norma, sus orígenes filosóficos e histórico-culturales. Estamos analizando ahora algunas consecuencias psicosociales y psicojurídicas. El orden normativo presupone la necesidad de la existencia de dispositivos sustitutivos al encierro, y establece sus objetivos. Sin embargo, este aspecto, el legal, es sólo uno, aunque no menor, de los muchos que intervienen en la construcción de una política pública de largo plazo, para una eficaz implementación del enfoque de derechos.

En la construcción del nuevo modelo de atención postmanicomial deben tener participación todos los profesionales y técnicos comprometidos en esta materia: psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, enfermeros, acompañantes, cuidadores, abogados, etc. Sin embargo, como hemos dicho antes esto no es suficiente. Inclusive contemplando esa apertura a otras disciplinas y saberes. La voz de otras personas de la comunidad, que son los que sostienen a diario la actividad en los centros de convivencia (ya sean casas en las barriadas o en los centros comerciales urbanos, sea en los hospitales, clínicas, asilos, etc.) resulta insustituible. Nos referimos a quienes conviven y vivencian los espacios de revinculación y contornen a las personas con padecimiento mental en la cotidiana. Son más visibles en los dispositivos socio-comunitarios, pues su

función es fundamental. Pero resultan ser un soporte que no tiene reemplazo para evitar las internaciones y promover la vida en comunidad. Basta con escuchar las opiniones de los usuarios y sus familiares para dimensionar esa función.

En este sentido nuestra posición es enfática y sostenida, quizás porque la realidad demuestra que los profesionales son prestigiados por sus títulos y sus opiniones técnicas, por lo cual se tienen por altamente calificadas, mientras que no pasa lo mismo con los pacientes y sus familiares, así como a quienes se desempeñan en funciones de logística, convivencia y contención primaria.

Quienes sí lo saben son otros actores sociales diversos a quienes provienen del mundo académico. A modo de ejemplo, sirva la exposición de la querida amiga Liliana Cabrera en el Congreso de la Nación al momento de debatirse el proyecto de ley en el Senado:

Versión taquigráfica.

Senado de la nación: sesión 23-11-2010

Sra. Presidenta. — *Tiene la palabra la señora Liliana Cabrera.*

Sra. Cabrera. — *Sinceramente, es muy fuerte esto, porque no pensamos, los usuarios y familiares, que se estaría debatiendo un tema de suma importancia y de tanta necesidad. Sé que hay mucha gente de años de trayectoria. Si bien respeto la ciencia, y a cada uno de ustedes, tiene que ver un poco estos 40 años de trayectoria de muchos de ustedes para que la salud mental hoy esté de esta manera, es decir, con veinticinco mil personas internadas y con 10 millones de personas que no tenemos acceso a la atención, a poder conseguir un turno. Esto habla claramente que necesitamos urgente una Ley de Salud Mental.*

Mi experiencia es de 55 años de vida, pero 15 son de lucha por conseguir atención de salud mental para una hija que a los 13 años empezó a complicarse y que a los 29 años recién logramos conseguir un espacio donde se atiende, en un centro de atención primaria, donde hay psiquiatras, porque son necesarios. Necesitamos a cada uno de los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales o cómo se les diga, no importa; reitero, los precisamos. Y también necesitamos estar nosotros, porque yo soy parte de esa familia que estuvo afectada y mi hija es parte fundamental de esta situación de enfermedad. Entonces, es necesario que estemos todos.

Yo no puedo comprender cómo hay gente que utiliza discursos tan convencedores. La oposición a esta iniciativa viene desde hace rato. El primer cauce de oposición que escuché fue que había gente que no había sido convocada, cuando en realidad, yo estuve con las personas que dijeron eso en el año 2008 en la provincia de San Luis, que eran los doctores Pellegrini, Stagnaro y Di Nanno. Ya en el 2008 se estaba hablando de esta ley. Luego, se dijo que no habían sido convocados. Después, se habló de las incumbencias. ¿El problema son las incumbencias o el problema es el poder que se ejerce sobre nosotros? Y cuando queremos decir “acá estamos, escuchennos, porque lo necesitamos y porque la gente está mal; la gente está encerrada, atada, violada, muerta de hambre y maltratada”, nos dicen que nos callemos la boca. Se ha mencionado la siguiente frase: “no utilizar la medicación como castigo”. Eso no se puede discutir. Todos ustedes saben, los que estén a favor o en contra, que este es un tema que no se puede discutir.

Esta semana empezamos a escuchar que la oposición está pensando en las familias y en los usuarios. Nos sorprendió, pero también nos da miedo. No tengo tiempo para contarles -ustedes lo deben saber- cómo está cada persona en un neuropsiquiátrico internado o en su casa. Pero lo que sí voy a hacer es pedirles a los señores senadores que por favor piensen, tomen conciencia y miren porque esto es algo que está visible, ya no está más escondido y todos conocemos cómo está esto. Los señores senadores están para legislar para la comunidad, para la sociedad y para nuestro bienestar. Por lo tanto, esperamos y confiamos en que así ocurra.

(aplausos cerrados)

El rol de las organizaciones de usuarios y familiares que provienen y actúan dentro de la sociedad civil, es fundamental por varias cuestiones. Primero porque la ley, por definición, es estática, pétrea. La dinámica de la jurisprudencia no es suficiente. Por esta causa (y tantas otras) es que tiende a generar las deformaciones burocráticas propias de cualquier actividad estatal, mientras la realidad insiste en ser dinámica, obstaculizadora, conflictiva. En la aplicación de esta ley es necesario que el intercambio con la sociedad civil y sus organizaciones, sea permanente, a fin de corregir aquello que no funciona y ponerlo nuevamente a discusión. Se debe utilizar esta práctica y esta crítica permanente para profundizar en aquello que sea provechoso y desechar lo que no resulte efectivo, y en ese sentido la participación

de los principales interesados (pacientes, no pacientes padecientes, familiares, amigos, parejas, vecinos, etc.) tiene una vitalidad irremplazable.

Este protagonismo está prescripto en la propia ley que incluye, entre los derechos de los usuarios, el de conservar sus grupos de pertenencia, referencia y familiares durante su tratamiento; así como a ser acompañado por éstos durante el tratamiento (artículo 7º). En la misma línea se reconoce el derecho de los familiares a acceder a la historia clínica y a conocer, contribuir y opinar sobre el plan de tratamiento.

Pero el artículo a considerar es otra vez es el artículo 11 de la Ley, que impone a las autoridades el deber de promover con el apoyo de los grupos de familiares y comunitarios todas aquellas instancias y dispositivos sustitutivos al -simple- encierro y tendientes a sostener a la persona en la comunidad, con el mayor grado de inclusividad posible:

Art. 11º: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Sin duda es el artículo sustancial respecto al asunto del cómo implementar la ley, pero toda vez que sea en intersección con este otro:

Art. 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

En efecto, los dispositivos sustitutivos requieren inversión -cosa que lamentablemente no ha sucedido- de acuerdo a lo que indica la norma, en ningún distrito del país ni a nivel nacional en estos diez años.

Es de esperarse que solamente con la militancia social de la sociedad civil -así como ocurriera en el proceso de discusión y sanción de la Ley Nacional-, es donde están cifradas las esperanzas para hacer cumplir a las autoridades sanitarias este trascendente artículo 32.

Volviendo al asunto de la sociedad civil -sustancial a este acápite- en el artículo 39 se ordena la integración de representantes de los familiares y usuarios al órgano de revisión, que tiene amplias facultades para requerir información, supervisar, evaluar las internaciones involuntarias y realizar recomendaciones, entre otras funciones de igual importancia.

Por un lado, queda claro que la LNSM piensa en una participación jerarquizada de los grupos de usuarios y familiares. La relación entre esta militancia y la creación y el funcionamiento de los dispositivos socio-comunitarios es muy estrecha, ya que éstos representan la experiencia viva de un sujeto colectivo sobre el que se hace carne la respuesta social al padecimiento mental. Por ejemplo, en el caso de las provincias en las que -prácticamente- no hay camas en dispositivos socio-comunitarios, no sólo es necesario que los respectivos gobiernos se apeguen al cumplimiento de lo que ordena el Poder Legislativo, sino que también es preciso que los familiares y usuarios contribuyan a la instalación del tema en la agenda pública. Una ley no tiene efectos mágicos, la voluntad del legislador y del poder ejecutivo necesita ser acompañada por la movilización de los actores sociales y por un consenso que arraiguen la ley y le den eficacia. Esto se refuerza en los casos de regímenes federales como el de nuestro país, en el que el Poder Ejecutivo comparte con los ejecutivos provinciales y otros poderes, el manejo de la cosa pública.

Por otra parte, queda pendiente profundizar en el debate sobre cómo deben evolucionar estos dispositivos socio-comunitarios. Es un trabajo arduo. Situaciones como las de las empresas sociales, cooperativas, hogares colectivos de (ex) pacientes, albergues nocturnos, etc., que funcionan en un (casi) vacío legal y sobre lo cual sería necesario discutir qué clase de normativa es de mayor conveniencia para su desarrollo. Este es uno de los debates, ya que las variantes entre los modelos de dispositivos socio-comunitarios también son muchas¹³. Así lo comprueba incluso la larga y amplia experiencia italiana, en la que según la región y según el signo político, se han probado diferentes modelos, algunos sin ninguna raíz comunitaria y de neto corte neoliberal. En este sentido, es que se reafirma el rol protagónico

de las organizaciones de familiares y usuarios, siendo necesario inclusive para el diálogo con la sociedad, que debe apoyar el esfuerzo financiero que significa sostener esta red y que también debe dar contención, y no rechazo, a quienes sufren padecimientos mentales.

En este sentido es que la Dirección Nacional de Salud Mental cooperó y participó del Primer Encuentro Nacional y Latinoamericano de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental, realizado en el mes de agosto de 2011 en la Ciudad de Buenos Aires, considerando esta actividad como parte de su tarea de desarrollar una red de atención en salud mental en todo el país.

La tarea es compleja: se trata de des-internar, lo que no significa des-institucionalizar. Al contrario, es darle más sustancia institucionalista, pero de carácter abierto, dinámico, sanitario y psicosocial vinculante; y no como depósito humano. No es una alternativa de dejar a las personas en la calle (modelo norteamericano) ni de convertir algunos de estos dispositivos comunitarios en nuevos depósitos (modelo europeo) y de esta forma trans-institucionalizar.

Los dispositivos socio-comunitarios están en un delicado punto de equilibrio entre el acompañamiento socio-sanitario, el abordaje terapéutico y el compromiso con el enfoque de derechos. Esta tensión entre esos tres conjuntos de fines deben orientar a los profesionales al objetivo de lograr la plena autonomía o el mayor grado de ella que la persona usuaria puede alcanzar. Pero tal como lo indica la Ley misma (y tal como analizamos en esta obra¹⁴), a este objetivo deben concurrir múltiples actores: usuarios, familiares, profesionales, autoridades de todos los poderes, de la Nación y las provincias, los defensores públicos, el órgano de revisión, etc. La garantía del éxito es que todos ellos y el conjunto de la sociedad entiendan como tanto imposible y asimismo completamente indeseable que se dispense un trato de ciudadanos de segunda a los que tienen en un momento de su vida padecimientos mentales y que sientan como propio el avasallamiento de la libertad del prójimo. Esta Ley ha sido un paso adelante fundacional en el objetivo de alcanzar una sociedad más justa e igualitaria, incluyendo a sus principales protagonistas en su dinámica de implementación y monitoreo.

Notas

1. Trabajamos el problema del abordaje restrictivo de la enfermedad y la necesidad de una normativa y una política pública desde la promoción de la salud en el capítulo 2 de la presente obra: "El enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria)".

2. Trabajamos en profundidad esta idea, siguiendo al maestro Fernando Ulloa, en la introducción al Vol I. del libro, su título es "Críticas al Dispositivo manicomial: por un proyecto de desmanicomialización". El dispositivo manicomial constituye un entramado de valores, preconceptos prejuiciosos, estigmatizaciones y sojuzgamientos que se sostienen en dos funciones: la deshumanización de su sujeto y el peligrosismo criminalizante. El primero introduce la posibilidad de concebir aplicable un confinamiento de por vida sin caer en la incoherencia con el principio de la vida en comunidad, el segundo opera como discurso de justificación para coartar la libertad definitivamente, pues la etiqueta peligrosista, se basa en el hecho (de algún pasado remoto ya no cuestionable ni contextualizable) y no en el sujeto. El sujeto, justamente debe desaparecer en cuanto tal. Ese es el objetivo justamente.

3. En el capítulo 2 y 3 del vol 1 de la presente obra, hemos trabajado sobre este problema. Un análisis más profundo sin embargo está presente en *"Dispositivos Congelados: psicopolítica de la formación en psicología. Construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de derechos"*. Koyatun Editorial. Buenos Aires.

4. Boletín Epidemiológico n° 1; Dirección Nacional de Salud Mental y OPS. 2010. Para más información se cuenta con el capítulo 5 del Vol 1: "algunos aportes de la epidemiología de la Salud Mental con enfoque de derechos".

5. Para más detalle nos remitimos al análisis efectuado al respecto en la segunda parte del presente volumen, aunque detalladamente le dimos lugar en el capítulo 4: 26657: caracterización de una norma amparada en el derecho internacional de derechos humanos.

6. En el sentido que le hemos dado en los capítulos precedentes.

7. Corte Suprema de Justicia de la Nación, 5/9/2006.

8. Este concepto ha sido deconstruido, revisado y resignificado en el capítulo 2 de la presente obra, en términos de reintegración vincular y reinclusión social.

9. El año 2020 es el dispuesto por la OPS como objetivo para un mundo sin manicomios, gracias al Acta Acuerdo firmada por los participantes en el llamado consenso de Panamá. Me tocó ser el representante por Argentina en ese acto, lo cual me llena de orgullo, aún

siendo consciente de tratarse de un objetivo que no es cumplido, sí estableció un parámetro de un decenio como el tiempo para lograrlo, lo cual era más que suficiente, para un país como el nuestro. Sepamos que se trata de voluntad política, no de otra cosa. Y esa voluntad se construye, así como construimos en su momento un consenso por la aprobación de la Ley Nacional que estamos comentando en estas líneas.

10. Kraut, Alfredo J y Diana, Nicolás; Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria; LL; 08/06/2011; p. 7

11. En los capítulos 9 y 12 se aborda este tema desde la perspectiva de sus ejecutores. Aquí haremos simplemente referencias desde la perspectiva del decisor político, que era mi función en ese momento.

12. Nos referimos al cap. 9 del presente Vol. II: *“¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos”* (Mariana Sabina Baresi – Ana Cecilia Garzón).

13. Hay algunos ejemplos concretos en la parte tercera del presente volumen.

14. Especialmente por lo visto en el Capítulo 8: *“la interdisciplina en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la democratización de los equipos”*.