

7. El recrudescimiento del dispositivo manicomial*

En la Argentina, las personas con padecimientos mentales están entre las víctimas de las más graves violaciones de los derechos humanos, que se superponen con la pobreza y el abandono. Cuando se trata de niños o ancianos, la situación es extrema.

La prevalencia de los padecimientos mentales continúa en aumento en todo el mundo, y estos representan un 12% de las patologías, porcentaje superior al del cáncer y al de los trastornos cardiovasculares.¹ No todas las personas con padecimientos mentales acuden en busca de ayuda a un hospital psiquiátrico asilar. Son instituciones a las que, por lo general, asisten quienes carecen de recursos económicos. En nuestro país, los psiquiátricos públicos son en su mayoría de tipo asilar y alojan a unas 50 000 personas, según estiman las autoridades. No están consideradas en políticas públicas que procuren garantizar sus derechos a la seguridad social, el trabajo, la vivienda y el acceso a la justicia. A esta segregación se suman las violaciones de los derechos humanos generadas por la propia institución manicomial, en un contexto de privación de la libertad: ausencia de tratamientos adecuados, abandono, sobremedicación como método de disciplinamiento, uso de *electroshock*, falta de higiene y de privacidad, abusos físicos y sexua-

* Este capítulo fue elaborado por Rosa Matilde Díaz Jiménez, Ana Sofía Soberrón Rebaza, Víctor Manuel Rodríguez, Augusto Martinelli y Macarena Sabin Paz, integrantes del Equipo de Salud Mental del CELS.

1 Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales están en aumento, representan la principal causa de discapacidad en el mundo y contribuyen de forma muy importante a la carga general de la morbilidad, es decir, la cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo con relación al total de la población. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes que, se calcula, afecta a 350 millones de personas en el mundo. Cada año se suicidan más de 800 000 personas; el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años.

les.² Luego, cuando el motivo que ocasionó la internación cesa, esas personas no encuentran una red social que sustente el proceso de externación, lo que las lleva a permanecer en la institución por largos períodos e, incluso, de por vida.

En 2010, con la sanción de la Ley Nacional 26 657 de Salud Mental, el Estado admitió que las personas con padecimiento mental deben acceder a derechos en igualdad de condiciones. Además reconoció que los psiquiátricos son obsoletos e ineficaces para los tratamientos, que en su seno se violan los derechos humanos y estableció que deben cerrarse de forma definitiva en 2020 para reemplazarlos por la atención en hospitales generales.

El avance más significativo fue el reconocimiento de la vulnerabilidad estructural y el abandono en los que viven las personas con padecimiento mental. Como parte de ese diagnóstico, se implementaron algunas políticas para mejorar las condiciones de vida de estas personas.

Desde 2013, el Órgano de Revisión Nacional (ORN), creado por la ley, intervino en más de 8000 casos individuales, cuestionando la legalidad de las internaciones, y en 50 casos colectivos sobre condiciones de internación. Entre otras acciones, emitió un dictamen para desalentar el uso del *electroshock* y elaboró el “Documento sobre muertes en instituciones monovalentes de salud mental”, donde señala que deben investigarse todas las muertes en contexto de encierro psiquiátrico. Por otra parte, desde 2012, la Unidad de Abogados Defensores del Ministerio Público de la Defensa de la Nación cuestionó cientos de decisiones vinculadas con la privación de la libertad, visibilizó arbitrariedades y amplió el derecho de acceso a la justicia a través de procesos con mayores garantías.

En el ámbito del Poder Ejecutivo nacional, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (Conisma), de la Jefatura de Gabinete de Ministros, estableció las bases para que todos los ministerios implementaran políticas y destinaran recursos con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento mental. En el marco de esa comisión, se conformó el Consejo Consultivo Honorario (CCH), integrado por un amplio espectro de usuarios y organizaciones de la salud mental. Por otra parte, a mediados de 2015

2 CELS, *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, CELS - MDRI, 2008, disponible en <www.cels.org.ar>.

el Ministerio de Salud de la Nación resolvió la primera norma administrativa³ en función de la cual se establecen los criterios para habilitar servicios de salud mental respecto de las disciplinas que deben abarcar los equipos profesionales, así como las condiciones físico-ambientales de consultorios y salas de internación (como la cantidad de cupos en relación con las dimensiones del lugar).⁴

Pero salvo estas valiosas experiencias, entre 2010 y 2015 hubo serias dificultades para la vigencia de los derechos de las personas con padecimientos mentales: no se avanzó en un programa orientado al cierre de los manicomios, no se realizó el censo epidemiológico de la población internada en instituciones públicas y privadas, tampoco se ampliaron los cupos para disponer internaciones por razones de salud mental en los hospitales generales, ni se desarrolló una política de viviendas asistidas para quienes podrían ser externados. En estas condiciones, las personas continúan sujetas al manicomio por tiempo indefinido.⁵ Aun quienes logran la externación, si precisan atención médica sobre cuestiones de salud física deben atenderse en el hospital monovalente donde estuvieron internados, porque en los hospitales generales se los discrimina. El tratamiento en salud mental está centrado en la provisión de psicofármacos sin un seguimiento adecuado. A la vez, la internación se prolonga en forma indefinida por la carencia de una solución habitacional sostenible y porque esta población no es considerada en las políticas de vivienda dirigidas a las personas con discapacidad. Tampoco existen políticas de empleo genuino: predominan actividades terapéuticas que no apuntan a una reinserción laboral real, ni cuentan con el apoyo estatal necesario como para transformarse en cooperativas o empresas sociales. Finalmente, hay experiencias de participación activa en los procesos en los que se determina la capacidad jurídica y en los de control de la internación; sin embargo, son prácticas aisladas que funcionan sólo como buenos ejemplos.⁶

3 Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1484/15.

4 El hacinamiento y la sobrepoblación han sido uno de los factores medioambientales históricos en los asilos de salud mental.

5 CELS, *Cruzar el muro. Desafíos y recomendaciones para la externación del manicomio*, CELS, 2015, disponible en <www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro>.

6 CELS, *Cruzar el muro*, ob. cit.

Este panorama empeoró desde que el actual gobierno nacional revirtió el débil proceso desmanicomializador en curso. La falta de políticas activas robustece la institución asilar; persisten las condiciones de exclusión social y reclusión manicomial, escenario que profundiza las condiciones de vida inhumanas en las que se encuentran las y los usuarios de los servicios de salud mental.

La situación más cruel es la de niños, niñas y adolescentes. Una evaluación realizada por el ORN en unidades psiquiátricas infantiles⁷ mostró que no existen directrices, protocolos ni planes institucionales con el enfoque específico y diferencial para garantizar los derechos contemplados en la Ley Nacional de Salud Mental, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Como consecuencia, las internaciones se prolongan excesivamente, aun cuando las personas están en condición de alta clínica –lo que constituye una detención arbitraria que, muchas veces, además, no se encuentra bajo la supervisión de ninguna agencia estatal–, y en algunos casos permanecen internadas de por vida. Además, las intervenciones pretendidamente terapéuticas resultan inadecuadas porque no se desarrollan en la comunidad del niño, como establece la ley. Esta situación contribuye a la interrupción de tratamientos y a reinternaciones continuas.⁸ El ORN observó un insuficiente acceso a la atención integral, que debe incluir intervenciones en los planos social, familiar y comunitario, hacia la integración social efectiva: “Las acciones de rehabilitación psicosocial para preservar los derechos de ciudadanía de los niños, que prioricen los ejes de reinclusión habitacional y comunitaria, demostraron ser deficitarios”.


7 Pedido de informe del CELS al ORN, diciembre de 2016, sobre las visitas realizadas durante 2015 y 2016 para “conocer las condiciones de internación y tratamiento de los usuarios en el marco de los derechos consagrados en la Ley Nacional de Salud Mental 26 657”.

8 El ORN identificó casos de jóvenes con múltiples reinternaciones, entre los que se destacaba el de un usuario que cursaba la 15ª internación, alternando su estancia con períodos de permanencia en hogares terapéuticos, en un circuito de transinstitucionalización.



Graves violaciones de los derechos humanos de los niños en el Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García

El caso más grave es el de este hospital psiquiátrico, que nuclea la mayor parte de la política pública en salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) hacia las personas menores de edad, un tercio de las cuales –se estima– proviene de otras jurisdicciones. Allí las condiciones de alojamiento ponen en riesgo la integridad y la vida de los niños, niñas y adolescentes encerrados. “Los cuidados son deficitarios, resalta la carencia de elementos imprescindibles para la vida cotidiana (vasos, cubiertos, entre otros elementos), la existencia de colchones mojados de orina, un déficit en los métodos de calefacción, por lo que varios de los niños manifestaban sentir frío y la falta de intimidad en las habitaciones, que al igual que los baños no presentaban puertas”.⁹

La violencia institucional –que incluye agresión física, psicológica y verbal por parte del personal institucional y de seguridad– es una práctica naturalizada y, en lugar de proteger a los niños, el plantel profesional sigue sus tareas con total normalidad ante este tipo de episodios. La sujeción física prolongada es habitual y se instrumenta como modo de castigo sin ser registrada en las historias clínicas, y “se produce en forma reiterada, sobre la misma persona y sin prestar acompañamiento alguno”. Tan cotidiana parece esta práctica que los niños pequeños internados “juegan a atarse”. Del mismo modo, el ORN comprobó el uso de medicación sedativa intramuscular como método de disciplinamiento y el de fármacos combinados en altas dosis. Situaciones de abuso sexual sobre los niños o entre ellos fueron referidas y denunciadas por niños, familiares y organizaciones. Nada de lo mencionado motivó, hasta el momento, una investigación ni una intervención estatal que le ponga fin. 

A lo largo de 2016, se hizo más visible cómo discurren por caminos distintos el avance normativo y la organización social, por un lado, y el empeño de la administración en sostener un sistema de salud centrado en el encierro manicomial ineficaz, ineficiente y violador de derechos, por otro. Este empeño estatal está en sintonía con los intereses de los sectores psiquiátricos corporativos, como los representados por

9 Pedido de informe del CELS al ORN, noviembre de 2016.



La Ley Nacional de Salud Mental y los compromisos internacionales del Estado argentino

La Ley Nacional 26 657 de Salud Mental y Adicciones equipara, para todo el territorio nacional, los estándares de protección de derechos de las personas con discapacidad psicosocial¹⁰ en cuestiones medulares como el valor de la autonomía, el ejercicio de la capacidad jurídica y los derechos a vivir de modo independiente y a ser incluido en la comunidad. La lucha por un marco normativo respetuoso de los derechos humanos estuvo encabezada por colectivos de usuarios, familiares, activistas y trabajadores del campo y contó con la participación de organizaciones sociales de distinto tipo.

La CDPD, un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas con jerarquía constitucional en nuestro país, contribuyó a dar contenido, afinar e impulsar la Ley 26 657.

Entre sus principios fundamentales cabe destacar la eliminación de la discriminación, el derecho a una vida digna y autónoma, la libertad para tomar decisiones, el reconocimiento a la diversidad y la plena participación de las personas con padecimiento mental en igualdad de oportunidades en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural. A diez años de su aprobación, la CDPD es fundamental para promover el cambio de paradigma en discapacidad. En efecto, cuando el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad evaluó por primera vez al Estado argentino respecto del grado de cumplimiento de la Convención, reconoció que la Ley 26 657 está centrada en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, de tal modo que su implementación contribuye a dar cumplimiento a los compromisos internacionales de la Argentina.¹¹

la Asociación de Médicos Municipales (AMM), institución gremial con incumbencia histórica en la CABA y que aumentó, con la nueva gestión de gobierno, su capacidad de incidencia a nivel nacional debido

10 Se utilizan de modo indistinto los conceptos “padecimiento mental” y “discapacidad mental” o “psicosocial”.

11 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Octavo período de sesiones, Ginebra, 17-28 de septiembre de 2012, CRPD/C/ARG/CO/1.

al traslado de cargos públicos de la esfera del Ministerio de Salud de CABA a la del Ministerio de Salud de la Nación. Similar es la situación de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), quienes, junto con los médicos municipales, esgrimen un discurso que se presenta como científico, pero que no tiene nada que evidenciar a su favor, ya que ha sostenido las terribles condiciones en las cuales los manicomios sobreviven hasta hoy.

1. El preocupante estado de las instituciones creadas por la Ley Nacional de Salud Mental

En 2016 se reformaron los ámbitos institucionales colegiados establecidos en la Ley 26 657, que debían articular las políticas públicas y el presupuesto en pos del proceso desmanicomializador, y otros que garantizaban la participación de los usuarios y de la sociedad civil. Además, se revirtió una de las pocas medidas que avanzaba en la implementación de la ley fijando condiciones para los establecimientos que brindan servicios de salud mental. Este escenario profundiza la situación de vulneraciones múltiples.

Fin de la intersectorialidad y de la participación de la sociedad civil

En ese mismo año se reformaron los ámbitos institucionales colegiados que estaban en funcionamiento y promovían el involucramiento en materia de políticas y de presupuesto de todos los ministerios con incumbencia en el proceso desmanicomializador.

El Decreto reglamentario 603/13 de la Ley 26 657 creó la Conisma, presidida por el Ministerio de Salud de la Nación e integrada por los ministerios de Desarrollo Social, Educación, Justicia y Derechos Humanos, Seguridad, Trabajo, Empleo y Seguridad Social, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (Inadi). Desde diciembre de 2015, en sintonía con la ausencia de medidas concretas por parte de la nueva Dirección Nacional de Salud Mental para implementar la ley, no se realizan reuniones de la Conisma. En septiembre de 2016 se la transfirió al Ministerio de Salud y se excluyó a las carteras de Justicia y Derechos Humanos, Seguridad, la Sedronar y el Inadi, que eran estratégicos para la implementación de una ley con un contenido transversal.

Por otra parte, ese decreto también creó el Consejo Consultivo Honorario de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CCH), al que la Dirección de Salud Mental debe convocar, al menos, cada tres meses para “exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen”. El CCH está conformado por representantes de 30 organizaciones de distintos sectores de la sociedad civil.¹² Entre junio de 2014¹³ y noviembre de 2015 se reunió seis veces. En estos encuentros sus miembros elaboraron el documento “Grupos de Apoyo Mutuo para la Salud Mental y Adicciones”, propusieron reformas en el Plan Médico Obligatorio (PMO) e instaron a la Conisma a aumentar el presupuesto de sus políticas en todas las jurisdicciones. El CCH permitió la participación y opinión directa en los asuntos públicos de la sociedad civil, así como de los usuarios de los servicios de salud mental, un grupo históricamente excluido de los espacios de toma de decisiones que lo afectan de manera directa. Desde diciembre de 2015 el CCH no volvió a ser convocado.

En febrero de 2016, el entonces ministro de Salud de la Nación, Jorge Lemus, creó la Comisión Nacional de Salud Mental. Se planteó que esta nueva instancia estuviera integrada por expertos en la temática designados por el ministro. Es decir, un espacio amplio y representativo de participación de la sociedad civil fue reemplazado por actores designados de manera discrecional y sin un proceso abierto de selección.

Sin órganos de revisión pelagra el derecho a la salud mental

En agosto de 2015, el gobierno de la CABA presentó una acción judicial con medidas cautelares contra el ORN. Según la solicitud, el Órgano no tiene competencia para intervenir en la ciudad por su carácter nacional. Además, se pedía la declaración de nulidad de la resolución que obligaba a investigar todas las muertes en contexto de encierro psiquiátrico. La acción judicial acusó al organismo y a su Secretaría Ejecutiva de actuar de manera arbitraria e ilegal, y se solicitó que no intervinieran por más que recibieran denuncias. La medida fue desestimada por el juzgado donde se tramita la causa,¹⁴ pero la finalidad de la acción judicial quedó en evidencia: el gobierno de la ciudad desafió la institucio-

12 Los sesenta consejeros titulares y suplentes del CCH fueron designados por la Conisma en el art. 21, Anexo 1, Acta 6/14.

13 Véase Conisma, Acta 6/14.

14 El Juzgado Contencioso Administrativo Federal nº 12.

nalidad del ORN creado por ley, intentó obstaculizar la garantía directa y concreta de los derechos de las personas con padecimiento mental, y procuró evitar los monitoreos y el control de las instituciones psiquiátricas de su jurisdicción.

Durante 2016, el Órgano enfrentó nuevos embates. Lemus designó al director nacional de Salud Mental para integrar el plenario de este cuerpo colegiado, pero el funcionario no asistió a ninguna de las reuniones mensuales.

En su *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, la OMS/OPS establece que la independencia de los órganos de revisión es un aspecto crucial para detener las violaciones de los derechos humanos y que estos no deben recibir influencias políticas, ministeriales o de proveedores de servicios de salud. En noviembre de 2016, se conoció de manera extraoficial un proyecto de reforma del ORN elaborado por la Comisión Nacional de Salud Mental que proponía ubicarlo bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación y excluir de su plenario a las organizaciones de usuarios y familiares, reemplazándolas por dos asociaciones de médicos psiquiatras. La participación de usuarios democratiza las decisiones vinculadas a las políticas de salud mental, y pone a este grupo en el lugar de sujetos activos de derechos. Reemplazar a las personas usuarias por médicos psiquiatras es un paso atrás en su reconocimiento, pero además expresa una demostración de la hegemonía que ejerce el campo médico psiquiátrico cuando los procedimientos de toma de decisiones se pretenden más horizontales.

El traslado del organismo al ámbito del Poder Ejecutivo sería contrario a las características necesarias de cualquier mecanismo de monitoreo y protección de los derechos humanos, como la autonomía institucional y la participación democrática. Las organizaciones de la sociedad civil rechazaron el proyecto. En respuesta a un pedido de audiencia, el director nacional de Salud Mental recibió a algunas organizaciones solicitantes e informó que, si bien hubo diversos sectores que presentaron propuestas para la modificación del Decreto 603/13,¹⁵ una reforma

15 El 19 de octubre de 2016, la Asociación de Médicos Municipales de la CABA entregó a Lemus las modificaciones al Decreto reglamentario 603/10 de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Tal como informaron a través de una gacetilla, el documento tuvo el objetivo de “mejorar las posibilidades de trabajo en los equipos interdisciplinarios y el bienestar de los pacientes. Además, propone garantizar el funcionamiento de los hospitales neuropsiquiátricos más allá de 2020, fecha en que se pretendía cerrarlos”.

de esas características no es parte de la agenda de la actual gestión de gobierno, y reconoció que el ORN es parte estructural de la ley y debe funcionar de manera autónoma e independiente del Poder Ejecutivo.

La derogación de la única resolución que avanzaba en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental

En 2015 el Ministerio de Salud de la Nación estableció los requisitos mínimos que debían cumplir las instituciones públicas y privadas que brindaran servicios de salud mental.¹⁶ La medida surgió como parte del cumplimiento de una sentencia judicial¹⁷ y fue el paso más concreto en camino a la implementación de la Ley 26 657.

Unos meses después, la nueva administración derogó la medida y la reemplazó por otra¹⁸ que eliminaba todos los requisitos. Mientras la resolución anterior establecía un piso mínimo para que las instituciones garantizaran un tratamiento respetuoso de los derechos de las personas usuarias, la nueva eliminaba esa protección, postergando a un futuro indefinido la sanción de normas regulatorias para instituciones de salud mental públicas y privadas. Es decir que cualquier interesado en instalar un servicio de salud mental podía hacerlo sin estar obligado a cumplir criterios de atención, de calidad de los tratamientos, de conformación de equipos de profesionales ni disposiciones espaciales. No son datos menores si consideramos que el propio texto normativo impone la conformación de equipos interdisciplinarios, define tratamientos ambulatorios, prioriza la atención primaria de la salud, valora el sostenimiento de los lazos sociales y delimita la internación como la última alternativa terapéutica.

En respuesta, organizaciones de la sociedad civil¹⁹ impugnaron la medida en la justicia federal, por su carácter inconstitucional, y solicitaron suspender los efectos de la nueva resolución. Antes de conocer la respuesta judicial, el Ministerio de Salud optó por derogarla y promovió una nueva pauta administrativa para regular las condiciones. Este tercer intento tuvo aspectos que atentan contra la eliminación de las insti-

16 Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1484/15.

17 Causa 074 516/14, "Scaturro, Andrea Fabiana y otros c. EN - M. Salud de la Nación y otros s. amparo Ley 16 986".

18 Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 1003/16.

19 Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), Apussam y CELS.

tuciones manicomiales en 2020 al establecer que los hospitales psiquiátricos monovalentes deberán regirse según las condiciones establecidas por una resolución de 1986 que habilita espacios para tratamientos biológicos, como los *shocks* de insulina y las terapias electroconvulsivas (TEC), más conocidas como *electroshock*. Pero no agota allí sus aristas regresivas: por ejemplo, al momento de definir quiénes pueden ocupar jefaturas en los servicios de salud mental, otorga preponderancia a los médicos psiquiatras por sobre los psicólogos. Esta tercera resolución fue impugnada, una vez más, en sede administrativa por las mismas organizaciones y, al cierre de este Informe, el Ministerio no se había manifestado al respecto.

El argumento es un deliberado desconocimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos que el Estado argentino se comprometió a aplicar, al ratificar, entre otras, la CDPD.

2. Persistencia de la discriminación y falta de tratamientos adecuados y respetuosos de los derechos

En 2013 la Dirección Nacional de Salud Mental presentó el Plan Nacional de Salud Mental, estructurado a partir de la identificación de nueve problemas generales²⁰ para dar cuenta de la situación de las personas con padecimiento mental y formular objetivos y líneas de acción para revertirla. El Plan tenía discrepancias entre los problemas identificados y los mandatos de la ley, carecía de la claridad conceptual del texto normativo y estaba plagado de generalidades.²¹ Su herramienta de control

20 Estos problemas son: la estigmatización y la discriminación; una red de salud mental inadecuada o inexistente en el modelo de salud comunitaria de la ley; las adicciones, que no son tratadas dentro del campo de los padecimientos en salud mental; la red de servicios en salud mental, que no contempla la especificidad de los niños, niñas y adolescentes; la formación de equipos, que no incorpora el paradigma de salud comunitaria de la ley; un escaso desarrollo de epidemiología; una insuficiente evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud mental; la investigación en salud mental, que no está desarrollada adecuadamente para dar respuesta según las necesidades del sistema de salud y de la población; la falta de cobertura en salud mental en el abordaje de emergencias y desastres.

21 CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2015*, Buenos Aires, Siglo XXI - CELS, disponible en <www.cels.org.ar>.

y evaluación incluía indicadores de resultado que más bien constituían una declaración de buenas intenciones en lugar de las herramientas necesarias para medir el alcance real de la política pública. Además, explicitaba que se desentendía de la elaboración de indicadores de proceso y los dejaba librados a la voluntad de cada provincia. Por último, evidenciaba una carencia en el aspecto más nodal de la Ley 26 657: la sustitución definitiva de los hospitales psiquiátricos por dispositivos alternativos, y la externación e inclusión social sostenible de las personas que permanecen internadas.

De todos modos, fue un avance para la implementación de la ley ya que contribuyó a reconocer la situación de abandono de las personas con padecimiento mental, en particular, las confinadas en asilos psiquiátricos, y planteó la necesidad de definir una política pública específica que se corresponda con el texto normativo. Desde entonces, los avances han sido nulos. A continuación, repasaremos la situación de algunos de los problemas que identifica el Plan Nacional de Salud Mental.

Estigmatización y discriminación

Las personas con padecimientos mentales que han atravesado la experiencia de una internación prolongada en asilos psiquiátricos no son recibidas adecuadamente por los profesionales de la salud pública que atienden a la población general, sino que son caracterizadas como “paciente mental” y derivadas a los hospitales psiquiátricos de procedencia ante cualquier problema de salud física.²² Desde la perspectiva de algunos operadores del sistema, esto quiere decir que, si alguien atravesó una internación por cuestiones relativas a su salud mental y requiere atención odontológica, oftalmológica o de cualquier tipo, corresponde que se atienda en un hospital psiquiátrico. En consecuencia, estas personas reciben una atención desigual en todas las especialidades, atraviesan nuevas experiencias de segregación y se profundizan los efectos del estigma social. De modo circular, estas prácticas del sistema de salud cronifican su dependencia del sistema asilar.

Atención en salud mental deficitaria y violatoria de derechos

A fines de 2016, tras una jornada de trabajo conjunto, representantes del Estado y de la sociedad civil de doce provincias acordaron que:

22 CELS, *Cruzar el muro*, ob. cit.

Es flagrante la retracción de las políticas orientadas a la implementación del Plan Nacional de Salud Mental, generando incertidumbres, estancamientos y situaciones gravosas tanto para las personas usuarias de los servicios como para las propias personas trabajadoras del campo de la salud mental. En algunas jurisdicciones existen iniciativas orientadas a refaccionar el manicomio, y en general, se sigue priorizando la internación como política principal en salud mental. También están teniendo prelación las medidas restrictivas de derechos e invasivas de los cuerpos de los usuarios tales como la aplicación de terapias de electrochoque y sujeciones físicas.²³

La Dirección Nacional de Salud Mental no informó de manera precisa las políticas que se están ejecutando para revertir este problema. En agosto comunicó el lanzamiento de un programa de subsidios con el objeto de que organismos estatales provinciales y municipales presentaran proyectos de refacción, remodelación y/o equipamiento para desarrollar viviendas tuteladas, salas de internación de salud mental en hospitales generales, y/o viviendas protegidas destinadas a víctimas de violencia doméstica y/o personas con consumo problemático de drogas. Este programa es la única política para superar la internación en instituciones psiquiátricas, en ausencia de alternativas de vivienda. Si bien puede resultar cercano al objetivo desmanicomializador, no es obligatorio para las jurisdicciones presentarse, y su alcance es limitado.

Las adicciones y los consumos problemáticos no se consideran dentro de la salud mental

El tratamiento de las adicciones y los consumos problemáticos no terminó de incluirse como una problemática del campo de la salud mental, que debe ser respondida y atendida en el marco de la Ley 26 657. En noviembre de 2016, se conoció un proyecto de modificación de la ley que proponía eliminar el artículo que sitúa a las adicciones dentro del campo de la salud mental y, por lo tanto, otorga a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, los mismos derechos y garan-

23 II Encuentro Nacional de la Red de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos, noviembre de 2016.

tías establecidos en la norma referida. La reforma pretende reinscribir el consumo como parte de la agenda de narcotráfico y seguridad,²⁴ lo que consolidaría perspectivas punitivas y tratamientos involuntarios de encierro pleno. Graciela Camaño y Horacio Alonso, diputados nacionales del bloque Unidos por una Nueva Argentina, encabezaron el debate en la Cámara de Diputados y sostuvieron que las personas usuarias de drogas deberían ser internadas en contra de su voluntad, aun sin mediar el criterio de riesgo de vida para sí o para otros, el único válido para ordenar una internación compulsiva.

Las internaciones compulsivas y sin criterio de riesgo son la causa principal de que las comunidades terapéuticas estén sobrepobladas, incluso por personas que no han recibido ninguna indicación terapéutica. En ese contexto, además de consentir privaciones ilegítimas de la libertad, se producen situaciones de abuso y vulneraciones graves, maltratos y muertes. Así ocurrió en el caso de Saulo Rojas, un joven mendocino de 23 años, que fue internado en la Comunidad Terapéutica San Camilo, en Del Viso, provincia de Buenos Aires. En julio de 2013, fue hallado muerto en una celda de aislamiento. La causa de su muerte es materia de una investigación penal que aún se encuentra en etapa de instrucción, con escasos avances. Estas situaciones requieren elevar todas las medidas de control y monitoreo sobre este tipo de lugares. Organismos como el ORN y la Comisión Provincial por la Memoria efectuaron monitoreos y denuncias sobre las prácticas en estas comunidades que, en algunos casos, determinaron su clausura y cierre por severas irregularidades; entre ellas, la ausencia de habilitación oficial.

Pocos días después del debate en el Congreso, el presidente Mauricio Macri anunció el Plan de Emergencia en Adicciones, en el que comprometía una partida de 900 millones de pesos para 2017. Si bien la información sobre esta política es aún escasa, llama la atención que en ningún pasaje se mencione que la atención a esta problemática debe garantizarse en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, en tanto es la única normativa vigente para encuadrar los posibles tratamientos centrados en problemáticas de adicción.

24 Véase, en este mismo Informe, el capítulo "Nuevas amenazas. Consecuencias del realineamiento geopolítico en la seguridad interior".

Ausencia de políticas de salud mental protectoras de niños, niñas, adolescentes y adultos mayores

Ante la ausencia de una respuesta específica orientada a las necesidades de tratamiento de los niños, niñas y adolescentes, y de las personas adultas mayores, se consolida, como única alternativa, una respuesta de encierro en la institución psiquiátrica monovalente. Dentro de los servicios en hospitales públicos, es muy escasa la oferta específica especializada en niños y niñas, situación que cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que, como sostiene la OMS, los padecimientos mentales de la vida adulta se manifiestan por lo general antes de los 14 años. El ORN afirmó:

Es notable la carencia de apertura de camas de internación de niños, niñas y jóvenes con problemáticas de su salud mental en los hospitales generales, el déficit de accesibilidad para la internación en los hospitales pediátricos según el grupo etario y/o la severidad del caso, produciéndose derivaciones al hospital monovalente, el déficit de estructuras intermedias como hogares con carácter transitorio y promocional, la carencia de centros de día u otros apoyos de orden físico y psicosocial en la vida cotidiana del niño y su grupo de pertenencia.²⁵

El déficit de una red de servicios de base comunitaria es la razón principal para que, lejos de promoverse la desinstitucionalización y el cierre de los psiquiátricos de niños y niñas, se consoliden.

Inadecuada formación y capacitación de los recursos humanos en salud mental

De las acciones de formación y capacitación en servicio que la actual Dirección Nacional de Salud Mental implementó desde el comienzo de su gestión, ninguna se adecua al paradigma y mandato normativo vigentes. Los cursos estuvieron a cargo de un Foro Nacional de Neurociencias y Salud Mental, donde se priorizaron el tratamiento de los sistemas atencionales, los trastornos alimentarios y la neurocognición, y las secuelas cognitivas del traumatismo encéfalo craneano. El enfoque,

²⁵ Pedido de informe cit., solicitado por el CELS al ORN en noviembre de 2016.

que oscila entre visiones neurocientistas y biologicistas –muy extendidas en esta época–, resulta insuficiente para hacer efectivo un modelo de salud mental psicosocial, centrado en la atención primaria de la salud con perspectiva comunitaria e interdisciplinaria.

En octubre de 2015, el Ministerio de Salud de la Nación creó la Escuela Nacional de Gobierno en Salud Pública “Ramón Carrillo”. Desde su inauguración, ofertó trece diplomaturas para personas en servicio sanitario; entre ellas, una sobre salud mental en el Primer Nivel de Atención. En febrero de 2017, se derogó el decreto que había creado la escuela²⁶ y se interrumpió la formación de 620 personas que se estaban capacitando en cuatro carreras de posgrado, así como de 2200 inscriptos para el año en curso. De esta manera, se cancelaron diez carreras de posgrado y se imposibilitó la formación en áreas de salud con especialidades relevantes para el campo de la salud mental.

Escaso desarrollo de la epidemiología en salud mental

Como expresa la ley nacional, la autoridad de aplicación tiene la obligación de realizar un censo a lo largo del territorio argentino que releve la situación de las personas internadas en todos los centros de salud públicos y privados. La Dirección Nacional informó que solicitó colaboración y asistencia técnica al Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec),²⁷ a fin de llevar adelante el Proyecto de Censo Nacional de Salud Mental de la Ley 26 657 para el presente período.

Para cada uno de los problemas identificados, el Plan Nacional de Salud Mental vigente hasta 2018 tiene reservada una línea de acción. Así, la continuidad y profundización de los problemas es una responsabilidad directa del Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley. El director nacional de Salud Mental aseguró que se están dando pasos para avanzar con el “plan de desinstitutionalización” y que el plazo establecido para cerrar las instituciones psiquiátricas en 2020 es posible. Incluyó la realización del censo de personas internadas, a concretarse en 2017, en conjunto con el Indec. A partir de esos resultados, definirían un plan universal de cobertura a través del certificado de discapacidad para todos los usuarios –una asignatura históricamente pendiente–, a los efectos de que puedan acceder a las prestaciones de salud que se canalizan a través del Programa Incluir Salud (ex Profe)

26 Decreto 358/16.

27 Dirección Nacional de Salud Mental, Nota 1386/16.

y a una vivienda asistida. Según informó, las viviendas estarán integradas como parte de las prestaciones del PMO. Este paquete de medidas –por ahora sólo enunciadas– debe llevarse a cabo con una perspectiva inclusiva de garantía de derechos, que deje atrás las lógicas del modelo médico psiquiátrico hegemónico en el diseño de las políticas públicas.

3. El contraste jurisdiccional: algunas soluciones en la provincia de Buenos Aires

La ausencia de medidas concretas para mejorar las condiciones de vida de las personas con padecimiento mental es una situación generalizada en todo el país. Sin embargo, existen posicionamientos políticos diversos, aperturas al diálogo en ámbitos colegiados e incluso el reconocimiento de diagnósticos institucionales que presentan casos con algunos matices.

El Hospital Dr. Alejandro Korn, en Melchor Romero

En noviembre de 2014 se presentó una acción de amparo colectivo²⁸ contra la provincia de Buenos Aires²⁹ por el estado de gravedad extrema en que se encontraban las personas internadas en el Hospital Dr. Alejandro Korn en Melchor Romero, situación que requería una reforma estructural en sintonía con la implementación de la Ley 26 657. En esta institución se constató un uso excesivo de medicación, planes alimentarios deficientes, la ausencia de tratamientos que tuvieran en cuenta las particularidades del individuo, condiciones edilicias peligrosas, abusos sexuales y falta de tratamientos integrales en salud.

En mayo de 2016, el juez interviniente ordenó que se convocara a una “Mesa de trabajo permanente por Melchor Romero”, para impulsar los cambios estructurales necesarios. La mesa está integrada por la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, ambas dependencias del Ministerio de Salud de la provincia; la Dirección Ejecutiva, la Dirección Asociada de Salud Mental, la Dirección Asociada de Enfermería,

28 Presentada por el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) y el CELS. Con posterioridad, fue unificada con una acción de hábeas corpus interpuesta por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM).

29 La causa tramita en el Juzgado Contencioso Administrativo n° 3 de La Plata, a cargo del juez Francisco Terrier.

el Departamento de Estadística, el Comité de Óbitos, áreas del Hospital Alejandro Korn; la Secretaría Ejecutiva del ORN de la provincia de Buenos Aires; la CPM; el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero y el CELS. Además, se solicitó la intervención de la Curaduría y de la Asesoría de Incapaces, así como de la Dirección de Compras Hospitalarias del Ministerio de Salud provincial y la Dirección de Contabilidad y Servicios Auxiliares dependiente del Ministerio de Economía provincial.

La participación de las autoridades en este ámbito colegiado fue sostenida, se estableció un diagnóstico común y se reconoció la situación de emergencia, tal como había declarado la entonces ministra de Salud de la provincia, Zulma Ortiz, tras asumir el cargo, cuando afirmó: “De los 79 hospitales provinciales, hay cuatro en situación crítica, uno de los cuales es el Alejandro Korn”.

Si bien el objetivo de la mesa ha sido apoyar los procesos de desinstitutionalización de las personas alojadas, a su paso fueron haciéndose cada vez más visibles las condiciones del encierro manicomial, que habilitan prácticas violatorias de derechos y requieren ser tramitadas en el marco del proceso judicial. Por ejemplo, la transmisión de hábitos vinculados con la higiene personal y el aseo de manos como medida básica para prevenir enfermedades, y la debida dotación de elementos como agua, jabón y toallas personales. En muchos casos, las personas en asilos psiquiátricos no tienen acceso a estos elementos básicos, deben utilizar sábanas para secarse y comprar el jabón –si tienen dinero– porque existe el estigma cruel de que lo usan de manera inadecuada, lo dilapidan, roban o comen.

Otro de los aspectos trabajados fue la realización de capacitaciones sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) y maniobra de Heimlich para trabajadores y usuarios, tras confirmar que una de las principales causas de muerte en este hospital es la obstrucción de la vía aérea superior por alimento.

La alimentación también constituye una problemática: se registraron críticas de las personas internadas por la calidad de la comida y la falta de atención a necesidades nutricionales particulares, como la celiaquía.

Además de los gravísimos problemas emergentes, la mesa procuró disolver prácticas arraigadas en la lógica de la institución manicomial, como la prohibición o interrupción de asambleas de personas usuarias y trabajadores. Los integrantes de la mesa elaboraron pautas para promover y garantizar el derecho asambleario, privilegiaron la circulación de la palabra y la participación.

Uno de los mayores desafíos fue la modificación del antiguo “Protocolo para Personas Ausentes sin Aviso” (PASA), una herramienta construida por el hospital para registrar personas presuntamente fugadas, pero que, por su mala utilización, denunciaba la ausencia de pacientes de los pabellones, aun cuando se encontraran en el predio hospitalario visitando a un compañero de otro pabellón o efectuando compras en el kiosco. De ese modo, una persona podía tener varios registros “PASA” en un solo día, como si pudiera fugarse o extraviarse repetidas veces sin que esto fuera advertido y analizado por las autoridades. Por otra parte, terminaba invisibilizando las ausencias o fugas reales, que sí es preciso registrar para dar lugar a la búsqueda y eventual denuncia.

El protocolo confundía el fin de velar por los derechos de los usuarios con la protección de los trabajadores de futuras denuncias judiciales por fugas durante sus horarios de trabajo. No distinguía los casos de aquellos que atraviesan una internación voluntaria –situación en que se debería poder circular libremente– de los de carácter involuntario –que suponen mayores cuidados y seguimiento–. Menos aún repasaba las redes vinculares, por lo que desconocía que la persona se ausentaba, en muchos casos, para visitar familiares o amigos.

La alternativa que delineó la Dirección Asociada de Salud Mental fue la definición de un “Procedimiento de Notificación de Ausencias”, en el marco de un nuevo “Protocolo de Tratamiento y Externación Sustentable”. Detrás del cambio de nombre, la propuesta buscó un efecto subjetivante, que articulara la capacidad y autonomía de la persona, los apoyos necesarios para ejercer sus derechos, y la existencia de redes sociales y familiares para promover –desde el ingreso mismo en la institución– las condiciones para su externación. Finalmente, en mayo de 2017 el hospital aprobó el “Procedimiento de Salidas de Usuarios y Usuarías del Servicio de Salud Mental”, que reemplazó la regulación que se encontraba vigente, centrada en respuestas punitivas propias del sistema carcelario, que dificultaba y en muchos casos impedía las salidas de las personas internadas.

La experiencia demuestra que el diálogo con las autoridades a partir de la construcción de ámbitos colegiados intersectoriales, en articulación con un rol activo y comprometido del Poder Judicial, es la vía privilegiada para atender problemas de gravedad estructural a través de la construcción de consensos.

4. La sociedad civil frente a las políticas regresivas

Como parte de la movilización generada por la sanción de la Ley 26 657 y su reglamentación, fue fundamental que la sociedad civil ocupara los espacios institucionales de interlocución que fueron creados por la norma. A inicios de 2013 emergió la Red por la Plena Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental que, además de aportar al decreto reglamentario, elaboró propuestas de modificación de las carreras de grado y posgrado en salud mental, y estableció estándares para el proceso de selección y remoción de miembros del Consejo Consultivo Honorario de Políticas en Salud Mental, del cual fue seleccionada como integrante. Ese espacio fue un antecedente de la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos,³⁰ conformada en 2015 por 28 organizaciones de siete provincias, como una instancia para dar continuidad y profundizar las acciones de diagnóstico situacional, socializar buenas prácticas y articular acciones.

A fines de 2015 y principios de 2016, ante la preocupación que generó la designación en el Ministerio de Salud de la Nación de funcionarios que en anteriores gestiones en la CABA sostuvieron un modelo contrario a la implementación de la ley, la Red Nacional promovió la convocatoria de dos asambleas amplias e intersectoriales. Como estrategia de incidencia ante este nuevo escenario, acordaron movilizar a distintos actores sociales, y se acompañó el pedido de audiencia a las nuevas autoridades con la adhesión de 228 organizaciones y 4423 firmantes individuales, nacionales e internacionales.³¹ La audiencia no fue concedida. Esta actitud refractaria al diálogo por parte de las autoridades de salud de la Nación se ha mantenido durante el tiempo que llevan de gestión.³²

Además, en agosto de 2016 se configuró el Movimiento Nacional en Defensa de la Ley Nacional de Salud Mental como espacio asambleario que agrupa tanto a actores sociales históricos como a otros más re-


30 Véase <www.redsaludmental.org.ar>.

31 Texto del pedido de audiencia y listado de adhesiones disponibles en <goo.gl/Bv3jtV>.

32 Recién el 22 de diciembre, organizaciones en representación del colectivo de salud mental fueron recibidas en la audiencia citada por el director nacional de Salud Mental.



Mayor protagonismo de las personas usuarias

La Asamblea de Usuarios y Usuarias de Salud Mental por sus Derechos se creó en junio de 2013 a partir de un proyecto de extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. A más de tres años de su fundación, se ha consolidado como un ámbito de referencia e integra, a su vez, el Movimiento de Personas Usuarias en Defensa de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, espacio intersectorial santafesino que aglutina a actores del campo de la salud mental. Entre otras acciones, las asambleas de usuarios, en sus distintas localidades, sostuvieron audiencias con funcionarios públicos, desarrollaron campañas de promoción de derechos y contra la estigmatización, participaron en actividades de formación y capacitación en universidades, y también, como colectivo en otras actividades, como el Encuentro Nacional de Mujeres. 

cientes. La lucha por la transformación de la política pública en salud mental se ha caracterizado por el fortalecimiento constante de la articulación intra e intersectorial y por la incorporación de nuevas organizaciones del espectro político y social, como sindicatos, organismos de derechos humanos y universidades. Desde la sanción de la ley, las organizaciones específicas de usuarios de salud mental también se multiplicaron y, desde las particularidades de cada localidad, participaron en movimientos sociales más amplios y/o interactuaron directamente con instancias estatales. Existen asambleas de usuarios en Buenos Aires, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y la CABA, entre otras.

Durante 2017, la visibilidad de sindicatos, asociaciones y agrupaciones de trabajadores de la salud mental, como la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA) dio cuenta de que la política manicomial se sostiene a expensas de la precarización laboral, tanto de los contratados como de los profesionales residentes y concurrentes. Confirmó que la defensa del hospital psiquiátrico no está asociada a la defensa del derecho de los trabajadores, sino a motivaciones corporativas del campo médico hegemónico, empresariales y farmacéuticas. Puso en evidencia también que el paradigma contenido en la Ley 26 657 es respetuoso y representa los derechos de los trabajadores del campo.

La definición de las políticas públicas de salud mental no puede basarse en agendas residuales definidas por la administración y en los in-

tereses de sectores minoritarios. La Ley 26 657 es una conquista social de los derechos humanos en la Argentina. La falta de voluntad de las autoridades para sostener y profundizar la interlocución con las organizaciones de la sociedad civil, lejos de desmovilizarlas, produjo el fortalecimiento de frentes amplios de apoyo a la Ley Nacional de Salud Mental. En esta línea, el 7 de octubre de 2016 se realizó una manifestación pública en todo el país, con la consigna “Yo me planto, que broten nuestros derechos”. Esta iniciativa se sumó a la que, desde hace tres años, se viene repitiendo en Córdoba, y dio cuenta de la movilización social generada por la salud mental al concentrar –bajo una misma consigna– a actores sociales en veinte ciudades de manera simultánea.

La capacidad de movilización coordinada y conjunta y el establecimiento de una agenda política común, en cuanto a sus aspectos fundamentales, evidencian la maduración de un actor colectivo que incorpora lógicas y miradas diversas, en una articulación de la política federal y local. En la Argentina existe hoy un movimiento social activo y en franca consolidación, con capacidad para reconfigurarse y adaptarse a los contextos que exige la defensa activa del modelo de salud mental comunitaria con perspectiva de derechos humanos, hasta el cierre de los manicomios y la vida en comunidad y en condiciones dignas para todas las personas con padecimiento mental.