

XII

Los derechos humanos y la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Una transformación necesaria*

1. Introducción

En la Argentina no existe una ley marco que establezca el derecho a la atención de la salud mental. En el orden provincial sólo cuentan con este tipo de normas las provincias de Río Negro, Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, San Juan, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuatro provincias tienen anteproyectos de ley de salud mental (Buenos Aires, Mendoza, Chubut, San Luis y Catamarca), una tiene vetado su anteproyecto de ley (La Rioja) y doce no tienen ninguna normativa al respecto, de acuerdo a los datos de la investigación realizada por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación en el período 2002-2003.¹

La situación de los derechos humanos de las personas con sufrimiento mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puede tomarse como paradigmá-

* Son autoras de este documento las organizaciones: Asociación por los Derechos en Salud Mental, Asociación de Profesionales del Hospital Alvear, Equipo de Salud Mental del CELS, Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, GERMINAR EN PEF (Agrupación de Graduadas/os de la Fac. de Psicología - UBA), Mental Disability Rights International, Cátedra de Psicología Preventiva y Epidemiología (Fac. de Psicología - UBA). Estas organizaciones integran la Red de Derechos Humanos y Salud Mental. La Red además está compuesta por el Bloque del Sur de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

¹ Kraut, Alfredo, *Salud Mental. Tutela jurídica*, Buenos Aires, Rubinzal-Culzoni Editores, 2006, p. 95.

tico del lugar que ocupa esta problemática en la agenda de los diferentes gobiernos. A seis años de la sanción en la Ciudad de la ley 448, conocida como Ley de Salud Mental y a más de dos años de su reglamentación “aún no hay una política general conducente en salud mental y de formación y capacitación profesional y de programas específicos de desmanicomialización y de resocialización de todos los ciudadanos crónicamente internados en los hospitales monovalentes”.² Dicha ley es el marco normativo legal a aplicarse, respecto de las políticas de salud mental para la ciudad de Buenos Aires, y comprende integralmente a los tres subsectores existentes: el estatal, el privado y el de la seguridad social.

De las y los más de 2.400 pacientes que se encontraban internados en Servicios de Salud Mental de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires a agosto de 2005 un 9% lo está hace 25 o más años; un 27% está internado hace 10 años o más y el promedio general es de 9 años. Los hospitales Borda y Moyano superan dicho promedio de internación.

De acuerdo con las entrevistas realizadas a profesionales y con visitas realizadas a hospitales neuropsiquiátricos se estima que entre 40% y hasta un 70% de los pacientes internados se encuentra en condiciones de externación pero que esto no se realiza debido a cuestiones sociales (falta de familia continente o falta de vivienda y trabajo).

A las históricas condiciones de sometimiento y aislamiento producidas por la internación crónica como única respuesta social a la problemática del sufrimiento mental, se sumaron en los últimos años las consecuencias de la aplicación por parte del Estado de políticas económicas que causaron una verdadera catástrofe social con el derrumbre consiguiente, material y simbólico, para muchas familias y comunidades enteras.

Eso hizo que la posibilidad de una “vuelta a casa”,³ una reinserción social, comunitaria y familiar se haya tornado cada vez más inviable y deja al descubierto la falta de una decisión política que permita sostener la externación a través de distintos medios (subsidios, viviendas, inclusión en planes de empleo...). También es importante preguntar a las autoridades por la situación y destino de los pacientes del subsector privado, cuya población se estima mayor que la del sector estatal, y que no cuentan con una fiscalización sanitaria activa y efectiva.

La atención de la salud mental se encuentra postergada desde hace años. Tanto los funcionarios salientes Donato Spaccavento (Ministerio de Salud) y Pablo Berretoni (Dirección General de Salud Mental), como los funcionarios entrantes, el ministro de Salud Alberto De Michelis, el director General de Sa-

² Foro de Instituciones en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Documento de agosto de 2006.

³ Nombre de un Programa del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

lud Mental Carlos De Lajonquière y el director de Salud Mental César Benderski, se comprometieron a obrar prontamente en la búsqueda de soluciones al estado de abandono y desamparo de los pacientes. Hasta la fecha ninguno de los funcionarios cumplió con su compromiso. Esto ha generado y genera la violación de derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires de 1996, especialmente en su artículo 20; la Ley Básica de Salud 153 de 1999, en particular el artículo 48; la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, y diversas declaraciones internacionales.

2. Leyes, políticas y prácticas: una relación compleja

2.1. La Ley de Salud Mental

Hace más de 10 años, el 1 de octubre de 1996, se sancionaba la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con una referencia inédita en un texto constitucional a los lineamientos en materia de salud mental. En el artículo 21, inc. 12, se afirma que: “Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”, determinando de manera inédita la necesidad de reconocimiento de cinco conceptos fundamentales:

- La singularidad de cada persona.
- Malestar psíquico como concepto que trasciende la idea de enfermedad.
- Sujetos de derecho.
- No al Control social.
- Desinstitucionalización.⁴

En 1999 se ratifican y amplían los lineamientos de la Constitución, a partir de la sanción de la Ley Básica de Salud, n° 153, en donde se reconoce la necesidad de que la salud mental cuente con una legislación específica, sobre la base de los siguientes considerandos:

1. El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas;

⁴ Lo que no implica una desresponsabilización del Estado en la aplicación de las políticas conducentes a la desinstitucionalización progresiva. Cuando hablamos de desinstitucionalización, hablamos de la transformación y sustitución de cualquier modelo asilar, custodial o de control social.

2. Evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que le impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios;
3. El desarrollo de la desinstitucionalización progresiva en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

Este último punto hace palpable la decisión de garantizar normativamente que el proceso que se lleve adelante se hará partiendo de los recursos humanos y de la infraestructura existente.

En julio de 2000 se sancionó la ley n° 448 o Ley de Salud Mental. Sus artículos 2° y 3°⁵ introducen el concepto de salud mental articulado con el de

⁵ *Ley 448. Artículo. 2° [Principios]:* La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en: a) Lo establecido por la Ley Básica de Salud n° 153 en el Artículo 3° y en el Artículo 48, inc. c); b) El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo; c) El desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores; d) La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental; e) La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario; f) La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios; g) El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental; h) La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria. Evitando políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social.

Ley 448. Artículo 3° [Derechos]: Son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental: a) Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la ley n° 153 en su artículo 4°; b) A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia; c) El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención; d) A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico; e) A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención; f) A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento; g) La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales; h) El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad; i) La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad; j) La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria; k) A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

derechos humanos brindando un marco para pensar la salud como concepto multirreferencial, abierto y dinámico.⁶

La Ley de Salud Mental determina la desinstitucionalización, la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes. Se orienta a implantar un sistema de prevención, promoción y protección de la salud mental, propone transformar el actual modelo hospitalocéntrico⁷ y favorecer iniciativas que tiendan a prácticas de inserción con la comunidad.

Asimismo, integra a los profesionales en equipos interdisciplinarios de salud mental, equiparando los títulos de grado en iguales jerarquías (competencias) sin desconocer los saberes específicos (incumbencias).⁸ La Ley establece que la atención terapéutica quedará a cargo del equipo interdisciplinario, sin establecer jerarquías entre las distintas profesiones que intervienen en el campo de la salud mental —una suerte de equiparación del título de grado—. Se termina con la discriminación entre profesiones: todo queda supeditado a concursos por capacidad, formación, competencia, superando así hegemonías disciplinares históricas.

En 2003, desde la dirección de Salud Mental y con el asesoramiento del Consejo General de Salud Mental⁹ se estructuró un Plan, para el período 2002-2006, inspirado en el espíritu progresista de la ley. Lamentablemente, la ausencia de voluntad y de políticas públicas acordadas, respetadas y sostenidas bajo compromiso político, llevaron a que no se instrumentara.

Desde la sanción de la Ley en 2000 no se avanzó de manera significativa para encontrar una respuesta a la grave situación de la salud mental en Buenos Aires. En estos años no se ha planificado la puesta en práctica de la Ley para producir una transformación en pasos sucesivos. Lo que da cuenta de la debilidad institucional en torno de la problemática. A lo que se suman las acciones de organizaciones de profesionales y gremiales contrarias a la aplicación de la Ley.

Si bien existen interesantes desarrollos teóricos sobre las transformaciones necesarias para su puesta en marcha es preciso contar con el compromiso de los poderes políticos, de los medios de comunicación y de la sociedad para una articulación con la política general y especialmente con las políticas públicas.

⁶ Barraco, Ángel, "Desmanicomialización: los límites de la ley", *Revista Topía*, n.º. 45, noviembre de 2005.

⁷ Modelo centrado en el hospital monovalente psiquiátrico como núcleo hegemónico de un sistema de atención que, en los hechos por demás demostrados, ha terminado cronificando a los pacientes.

⁸ Kraut, Alfredo, "Las personas con sufrimiento mental ante la ley y los derechos" en CELS, *Derechos Humanos en Argentina. Informe Anual 2004*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.

⁹ El Consejo General de Salud Mental (CoGeSam) fue creado a partir de la ley 448, y funciona como instancia de carácter consultivo, no vinculante, honorario, con funciones de asesoramiento e integrado por diversidad de representaciones del campo de la salud mental.

Frente a esto gran parte del campo de la salud mental —instituciones, profesionales, etc.— no está informado, desconoce la Ley o no cree relevante intervenir en su puesta en práctica.

Esta situación encuentra parte de su razón en que las transformaciones se piensan sólo en relación con el manicomio y no con todo el sistema y la sociedad. Por ejemplo, un cambio como el que propone la Ley necesitaría un fortalecimiento de toda la estrategia de Atención Primaria, mayor presupuesto, más Centros de Atención y Acción Comunitaria, camas para la atención psiquiátrica en hospitales generales y trabajadores en ellos, actualizar la capacitación y fomentar la producción teórica sobre el particular.

Desde el Estado debe plantearse un mayor trabajo de difusión a nivel de opinión pública buscando comprometer en ello a los medios de difusión, en particular en lo concerniente a los derechos a la salud mental.

2.2. Luces y sombras en la aplicación de la nueva ley

La ley 448, validada y legitimada por la participación de todos los sectores del campo de la salud mental, continúa siendo incumplida, fundamentalmente, por la ausencia de decisiones políticas y de políticas públicas de Estado, con la consiguiente fragilización y debilitamiento de las instituciones. Los servicios de la Ciudad de Buenos Aires atienden a personas provenientes de todo el país, en su mayoría del Gran Buenos Aires, pero no se han realizado los acuerdos necesarios entre jurisdicciones ni los cambios indispensables para facilitar la complementación en la atención de los pacientes, en particular la de aquellos con trastornos graves.

La discontinuidad y contradicciones en las políticas de salud mental se agravan por la falta de una clara planificación de las líneas estratégicas a medida que se crean nuevos servicios con pocos recursos o se duplican recursos ya existentes desde una política de transformación y, al mismo tiempo, se siguen invirtiendo millones en la “modernización” del manicomio. Hace pocos meses el Gobierno de la Ciudad presentó en la prensa un plan para refaccionar sus institutos mentales (Moyano, Borda, Alvear y Tobar García). La financiación de las obras —por 40 millones de pesos¹⁰— estaría apoyada por el BID. Sin duda es necesario mejorar las condiciones de vida de las personas que se encuentran institucionalizadas, sin embargo no existe en dicho plan ninguna medida que tienda a la deshospitalización (ley 448, art. 14°).

El último documento del Consejo General Salud Mental, de junio de 2006, denuncia las marchas y contramarchas en la creación de un Sistema de Salud

¹⁰ CoGeSam, documento de junio de 2006. <www.forodesaludmental.com.ar/-13k>.

Mental que incluya tanto los hospitales especializados como los servicios de salud mental insertos en otras dependencias, ratificando la especificidad y jerarquización de esta área. Para sostener la denuncia señala “que el 13 de diciembre del 2005, el Dr. Spaccavento, firmó la Resolución n° 1.848 en la que se traspasaba a la órbita de la Dirección General de Salud Mental, los hospitales monovalentes (Borda, Moyano, Alvear y Tobar García) y el Centro de Salud Mental n° 3 Arturo Ameghino”. Esta transferencia hecha desde la Dirección General de Atención Integral de la Salud hacia la Dirección General de Salud Mental, incluía el personal, presupuesto y patrimonio respectivo. El 10 de abril de 2006, en el Boletín Oficial, se anuncia la nueva Estructura Orgánico Funcional mediante el Decreto n° 350/06, donde se establece el pasaje de Secretarías a Ministerios, de las diversas áreas de gobierno. En este decreto los hospitales pasaban a depender nuevamente de la Dirección General de Atención Integral de la Salud volviendo a desjerarquizar a la Dirección General de Salud Mental.

Este retroceso, lamentable desde todo punto de vista, en cuanto al incumplimiento de la Ley de Salud Mental, reitera la continua brecha entre los discursos y las acciones concretas, por parte de las diferentes gestiones de gobierno desde la sanción de dicha ley. Está claro, que no podrá cumplirse con la Ley, si la política a aplicar es la que se acuerda con asociaciones profesionales y gremiales, que sólo se preocupan por el mantenimiento de mezquinos intereses ajenos a la salud pública y que, por encima de todo, perjudica la transformación de un sistema de atención perimido e iatrogénico. La salud mental que privilegia la ley 448 es interdisciplinaria e intersectorial, sin hegemonía de ninguna disciplina, y se basa en el consenso democrático y plural. No aplicar la Ley de Salud Mental, es también una política que no responde al mandato emanado por la Constitución y la sociedad en su conjunto.¹¹

De acuerdo a lo que informan los propios profesionales consultados¹² no se observan en el terreno efectos concretos de cambios en las decisiones políticas de la Dirección de Salud Mental. En el área asistencial persiste una marcada fragmentación del sistema de atención que se traduce en la falta de articulación entre los distintos dispositivos y servicios dentro de cada institución y entre los distintos efectores del sistema; fallas organizacionales, ausencia de auditorías que permitan realizar relevamientos y correcciones acordes a las políticas y a las necesidades del sistema.

Nuevamente a partir del testimonio de los pacientes y los profesionales y del relevamiento de datos es posible afirmar que un amplio porcentaje de las personas internadas no están recibiendo un tratamiento que tienda a la cura-

¹¹ CoGeSam, *op. cit.*

¹² Se entrevistaron profesionales que trabajan en cada uno de los hospitales monovalentes de la ciudad de Buenos Aires: Alvear, Borda, Moyano y Tobar García.

ción o a la rehabilitación. Por lo afirmado se hace notoria la contradicción entre la profusión de comunicaciones científicas, jornadas, congresos, simposios realizados en los ámbitos de salud y la ausencia de aplicación de los conocimientos en el tratamiento concreto de las personas internadas.

Se observa una escasa oferta de atención en los dispositivos ambulatorios en relación con la demanda (consultorios externos, hospitales de día, etc.), así como insuficiente racionalidad en las normas de atención. Por ejemplo, en cuanto a los tiempos de duración de los tratamientos ambulatorios, no se considera la particularidad de cada caso o la necesidad, en muchos de ellos, de que sean permanentes, evitando así potenciales internaciones y posible cronificación de los pacientes.

Es así que se alude permanentemente a una “Red de Salud Mental” que articularía las instituciones de internación con los servicios basados en la comunidad, pero en la práctica ésta resulta una entelequia. El sistema de salud no garantiza la continuidad de la atención en los casos necesarios, obliga a los pacientes a deambular por los distintos servicios de salud mental de los hospitales, recibiendo constantes rechazos por falta de turnos y exponiéndolos a probables descompensaciones.

Esta situación redundante en agravamientos sintomáticos de los pacientes que incrementan la demanda de camas de internación, alimentando el circuito que en muchos casos finaliza en la institucionalización manicomial. Como resultado de esta ausencia de políticas activas para generar transformaciones en el sistema se pone en juego una dinámica inercial que tiende a perpetuar lo instituido: psiquiatrización y continuidad del modelo asilar.

Siguiendo con las deficiencias en torno de la aplicación de la Ley queremos destacar el rechazo sistemático en hospitales generales y centros de salud, denunciado por familiares y profesionales, de pacientes con problemáticas de adicciones, aunque esta práctica sea contraria a lo que la ley 448 establece.¹³ A la par de este rechazo, en la Legislatura porteña se siguen presentando proyectos de ley¹⁴ en los que se intenta separar la problemática de la adicción a las

¹³ En 2002 fue creado el Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogo-dependencia, dependiente de la Dirección General de Salud Mental. Este programa busca operativizar el cumplimiento de la ley 448. Documento del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental, “No debilitemos lo que construimos. Adicciones: apliquemos las leyes que tenemos”, octubre de 2006.

¹⁴ Nos referimos a los siguientes proyectos: 1) Creación de un Organismo Interministerial, dependiente del Jefe de Gobierno, Educación, Derechos humanos y Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; y 2) Creación de un Comité Ejecutivo integrado por los Ministerios de Derechos Humanos y Sociales y Educación, juntamente con un representante de la Red Integrada de Prevención y Asistencia de las Adicciones, a crearse. En ambos proyectos se está proponiendo la creación de nuevas estructuras en el gobierno desconociendo las ya existentes y su articulación con la legislación vigente. Documento del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental, *op cit*.

drogas y sus abordajes correspondientes del resto de los dispositivos de trabajo en salud mental. Un paciente que porta múltiples padecimientos no tiene por qué ser un problema insoluble. Creemos que se trata de un conflicto que cuestiona al propio sistema haciendo visibles los intentos de fragmentación. Si no se revierten los intentos de crear sistemas paralelos de atención, las problemáticas ligadas a las adicciones y las instituciones para su atención pueden llegar a ser en poco tiempo lo que hoy son los manicomios. Porque el proceso de desmanicomialización no se agota en la transformación de los actuales manicomios, sino que se hace extensible a todos los dispositivos de atención en salud mental y a la lógica que los define: si se piensa a los pacientes como sujetos de derecho o como objetos de control social. En esta discusión se incluyen los llamados nuevos “peligros”: pacientes con problemas de adicciones, pacientes que viven con VIH-sida, con problemas de anorexia o de violencia.

Finalmente queríamos destacar la situación de vulneración a sus derechos fundamentales en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires. Es importante reconocer que la niñez y la adolescencia plantean situaciones para las que el campo de la salud mental no termina de encontrar respuestas. Destacaremos dos aspectos de la problemática.

La utilización de medicación psiquiátrica como única estrategia de abordaje para el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes es uno de los focos sobre los que queremos llamar la atención. Profesionales de hospitales monovalentes de la Ciudad de Buenos Aires denuncian que en el trabajo con niños y adolescentes, por la ausencia de recursos humanos suficientes y de servicios basados en la comunidad, un amplio porcentaje de casos termina recibiendo como única prestación la indicación de medicación psiquiátrica. La ley 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, sancionada el 28 de septiembre de 2005, en consonancia con la ley 448, establece que:

[...] Los organismos del Estado deben garantizar programas gratuitos de asistencia y atención integral que promuevan la recuperación de todas las niñas, niños y adolescentes. (art. 9)

El empleo [...] de un medicamento como parte del abordaje multidimensional de un problema, puede ser un factor positivo en la recuperación de un vivir más pleno. Pero únicamente si se pone al servicio de una estrategia que promueva un despliegue de producción subjetiva, y no sólo la afirmación de capacidades operatorias [con el consecuente riesgo de medicalización de la infancia]. [...]; no podemos considerar la cuestión aisladamente como un problema psiquiátrico o neurológico, no estamos sólo ante una inadecuación escolar, por ejemplo [...]. Los psicofármacos [solo son una de las herramientas para el abordaje de la problemática, sin embargo] su venta ha aumentado llamativamente en los últimos años; en un caso, has-

ta cuadruplicarse entre 1994 y 1999. Esto nos impone un trabajo en extensión y en profundidad; en extensión, porque se trata de tender puentes entre disciplinas diferentes, sin por ello renunciar o diluir la propia perspectiva; y en profundidad pues nuestros fundamentos se ven interrogados por problemáticas nuevas, o que adquieren una renovada presencia.¹⁵

La segunda cuestión se refiere a la infancia y adolescencia tuteladas. La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), traspasó a la órbita del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires los institutos asistenciales. Se estima que lo mismo sucederá con los institutos penales. Éstos albergan una población con graves problemas de salud mental y con problemáticas ligadas a las adicciones. Para estas problemáticas la Secretaría posee dispositivos propios. En cambio los chicos con diagnóstico de psicosis y psicopatías graves no reciben una atención adecuada. La suerte de los niños y adolescentes internados en los institutos es incierta. Sumando la población alojada en institutos asistenciales e institutos penales estamos hablando de más de 400 personas internadas. La reciente Ley Básica de Integración Sociocultural de los niños, niñas y adolescentes establece que no puede haber personas alojadas en institutos por causas asistenciales y que, frente a este tipo de causas, deben ser integrados en servicios en la comunidad. Sin embargo esta ley aún no ha sido reglamentada en su totalidad, no es suficientemente promocionada ni se han adecuado los dispositivos existentes de acuerdo a lo que ésta determina.

Sin embargo, y teniendo en cuenta que el panorama es un poco desalentador, ha habido algunos ejes en los que se ha podido avanzar. El dispositivo de Atención Domiciliaria Psiquiátrica Psicológica Programada (AdoP - AdoPi), contempla la atención psiquiátrica psicológica programada e incorpora, además, la contención social familiar como necesaria para el restablecimiento de la salud mental en el paciente en situación de crisis, estimulando el incremento y fortalecimiento de lazos familiares y sociales, de solidaridad, al igual que la salvaguarda de los derechos humanos del paciente con padecimiento mental. Es una modalidad complementaria fundamental del sistema, en relación con las propuestas para su transformación de acuerdo al art. 10º, inc. d).¹⁶

El Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS),¹⁷ que se ha creado recientemente, ha implementado una casa de

¹⁵ Foro de instituciones de Profesionales en Salud mental, *Simposio Infancia y medicación. Entre el criterio y el abuso*. Véase *Página/12*, 17 de octubre de 2006, "Las pastillas no tienen edad. Creció un 50% la facturación de psicofármacos para niños".

¹⁶ "La autoridad de aplicación debe contemplar los siguientes lineamientos: la potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral."

¹⁷ <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/atencion_inmediata/preasis.php?menu_id=19122>.

convivencia para mujeres ex pacientes del Hospital Moyano dentro de la órbita de la Dirección General del Sistema de Atención Inmediata del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales. Se trata de una acción que se inscribe en el artículo 15¹⁸ de la ley 448. La casa tiene capacidad para que se alojen 8 personas. Actualmente viven allí 4 pacientes externadas, y otras 4 quedaron fuera pese a haber sido seleccionadas en una primera etapa. Sostenemos que fallas en la instrumentación conspiran contra el éxito de los procesos de resocialización. Debe reglamentarse necesariamente, además, una articulación del PREASIS con la Dirección de Salud Mental, para que no se termine en una duplicación de recursos tal como sucede a partir de la designación de profesionales que deben cumplir las mismas funciones que ya cumplen los servicios de salud mental existentes. La creación, por medio de nuevas leyes, de otras estructuras de gobierno paralelas a las ya existentes habla de algunas torpezas políticas que debilitan o vacían de contenido una ley que establece la necesaria transformación del sistema.

Como las iniciativas que contemplan programas de desinstitutionalización a cargo del Estado son aisladas era fundamental recordar también la existencia del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Éste aparece como un claro ejemplo del intento de revisar críticamente el lugar hegemónico del hospital psiquiátrico para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave. Decidimos incluirlo en nuestra descripción, a pesar de que este plan no se aplica en la ciudad, porque es un claro ejemplo de la posibilidad y eficacia en la instrumentación de estas políticas, si hay voluntad para llevarlas a cabo.

El PREA tiene la gran virtud de ubicarse desde el inicio articulando la atención primaria en salud mental con la utilización de redes existentes en la comunidad. La población receptora alcanza a pacientes crónicos que se encuentran en proceso de externación y que confluyen en un espacio común con otro sector de excluidos del sistema: los desocupados.

La articulación entre atención primaria e inclusión en redes comunitarias se efectiviza a partir de la participación de ambos actores sociales en emprendimientos productivos (taller textil, fabricación de dulces, de comidas, etc.), tutorados por trabajadores del hospital (la experiencia se está realizando en el Hospital Esteves) y sostenidos económicamente a partir de la adjudicación de Planes Jefas y Jefes de Hogar a quienes participan de tales emprendimientos.¹⁹ Hay 50 personas externadas residiendo en casas de convivencia, dos están viviendo con sus parejas y continúan participando del programa, otras dos, tam-

¹⁸ Ley 448, Capítulo III, Sistema de Salud Mental, Artículo 15° [Rehabilitación y reinserción]: La personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

¹⁹ CELS, *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2004, op. cit.*

bién viven con sus parejas y han sido dadas de alta del programa. Otra paciente externada está viviendo con su hija y otra con su familia en la provincia de Catamarca.

2.3. Las resistencias al cambio

Para Marcela Gimenez²⁰ “puede inferirse que cualquier movimiento que represente alguna modificación respecto a la forma tradicional de tratamiento de la locura, sea resistida no sólo por temores [...], sino porque el modelo asilar representa una fuente de riqueza, en consecuencia, en la Argentina de hoy, de corrupción”.²¹ La locura en su forma medicalizada funciona también como un importante factor económico y de poder.²²

Según el testimonio de trabajadores, pacientes y familiares se desprende la fuerte circulación de fantasmas, agitados por actores corporativos, que llaman a no cambiar el estado de cosas actual ubicando como enemigo a la propia ley vigente:

- Entre los trabajadores: la desocupación por prescindibilidad;
- Entre los pacientes y sus familias: el desamparo;
- En la comunidad: la peligrosidad fuera del cauce que brinda el encierro crónico;

Algunas asociaciones profesionales y gremiales dificultan el desarrollo y la aplicación de la Ley de Salud Mental. Una de las medidas adoptadas es la impugnación de los concursos para cargos de conducción en los que se presentan profesionales que no son médicos.²³

A su vez, en una presentación judicial impulsada por la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal, la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Confederación Médica de la República Argentina y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, se promovió una demanda de inconstitucionalidad de diversos artículos de la Ley de Salud Mental, porque, según lo afirman:

²⁰ Giménez, Marcela, “Alegato para una posible reforma”, en *Función social de la locura*, citado en Barraco A., *op. cit.*

²¹ *Op. cit.*

²² *Página/12*, “Peor el remedio. Denuncia contra los laboratorios por sus estrategias para vender más medicamentos”, 1 de octubre de 2006.

²³ Cuando la Ley de Salud Mental expresamente establece la integración de los profesionales en equipos interdisciplinarios de salud mental, equiparando los títulos de grado en iguales jerarquías (competencias) sin desconocer los saberes específicos (incumbencias).

[...] comprometían gravemente el derecho a la vida, a la integridad psicofísica, a la salud, a la libertad, afecta el orden jerárquico de las normas y contraría el principio republicano de la división de poderes.

El fallo del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires, de octubre de 2004, declaró “inadmisible la acción de inconstitucionalidad planteada a fs. 91/108” por esas cuatro asociaciones.²⁴

La demanda pone de manifiesto, centralmente, un problema de carácter corporativo en el cual se disputa el alcance de las incumbencias propias de cada profesional de la salud mental (léase médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y, eventualmente, enfermeros con título de grado, cf. art. 10, inc. h, decreto n° 635). El carácter corporativo del conflicto resulta palmario al identificar los actores el núcleo de su inquietud como derivación de la defensa de su “espíritu de cuerpo” (cf. fs. 103).

Esta actitud pone en evidencia el intento de hegemonizar un campo que, como el de la salud mental, es multirreferencial, abierto y dinámico, y se sostiene en la interdisciplina. Concepto sistemáticamente desconocido, a partir de confundir para bien de sus intereses, incumbencias (saberes específicos de la función) con competencias (título de grado obtenido).

La Ley Básica de Salud reconoce la necesidad de encarar un proceso de desinstitucionalización progresiva a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente, *garantizando legalmente que no se trata del cierre compulsivo de las instituciones*. En esta misma línea la ley 448 determina “la adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico” y de “la actualización y perfeccionamiento del personal existente” (art. 12, incisos. b y h).

A fines de 2005, el CELS denunció públicamente graves violaciones a los derechos humanos de las personas alojadas en la Unidades Psiquiátricas Penales que se ubican en los Hospitales Borda y Moyano.²⁵ En la misma época algunos medios de comunicación denunciaron graves violaciones a los derechos de las mujeres internadas en el Hospital Moyano.

El maltrato cotidiano, tanto en lo físico como en lo psíquico, uso inadecuado de la medicación, la apropiación del dinero de las pensiones de las internas, el “uso” de las mujeres internadas como objetos de experimentación de los laboratorios de manera ilegal y el sometimiento de las mismas para el ejercicio de la prostitución, son parte de las características más resonantes de estas denuncias.²⁶

²⁴ Barraco, Ángel, “Desmanicomialización: los límites de la ley”, *Revista Topía*, n° 45, noviembre de 2005.

²⁵ CELS, “Violencia y abandono en la Unidad Psiquiátrica Penal n° 20 del Hospital Borda”, en *CELS/Informe 2005. Derechos Humanos en Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.

²⁶ Manifiesto del Movimiento Social de Demanicomialización y Transformación Institucional, mayo de 2006.

El 21 de diciembre de 2005 se decidió la intervención del Hospital Moyano por orden de la entonces Secretaría de Salud del GCBA.

Pese a las denuncias realizadas y el estado público que tomó la cuestión, la Asociación de Profesionales del Hospital Moyano se opuso abiertamente a la intervención. Colocaron en la puerta de la Dirección un fragmento de un artículo del diario *Clarín* del 2 de enero donde se describe el destino que tendrá el presupuesto del área de salud de la ciudad de Buenos Aires para 2006, resaltando la siguiente declaración de un funcionario de esa área:

La reciente intervención del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano fue más allá que el cambio de su director. La intención es ir hacia la desinstitucionalización progresiva: pasar de un sistema de internación indefinida a otro de tratamiento ambulatorio.

Con la argumentación de la defensa del hospital público, esta Asociación, como otros gremios con un considerable poder en el hospital, defienden intereses propios, argumentando que el gobierno busca cerrar los centros y dejar a los trabajadores en la calle. Esta afirmación, que ataca profundamente el espíritu de la ley 448, no tiene en cuenta que para que efectivamente el proyecto de desinstitucionalización se ponga en marcha y se lleve a cabo se necesita igual o mayor número de trabajadores de la salud, tal como lo demuestran experiencias análogas en el ámbito nacional e internacional. Para estos grupos, la aplicación de la Ley de Salud Mental, es motivo suficiente para explicar su repudio a la intervención, lo cual es insostenible.

3. Algunas propuestas

Es posible realizar propuestas concretas para la particular situación de la Ciudad de Buenos Aires, que tiene una Ley de Salud Mental sancionada aunque se encuentre lejos de su instrumentación efectiva.

1) Crear el Subsistema de Salud Mental, de acuerdo a lo establecido por la ley 448, definiendo sus efectores, servicios y dispositivos y nombrarlos de manera uniforme.

2) Establecer en la Estructura Orgánico Funcional (Ministerio de Salud), que los efectores, servicios y dispositivos de atención, con el respectivo personal, presupuesto, patrimonio y programas, programas de capacitación en servicio para los trabajadores del sistema, dependan de la Dirección General de Salud Mental a los efectos de hacer efectivas las políticas del área.

3) Otorgar a la Dirección General de Salud Mental, la estructura necesaria para hacer efectiva su gestión.

4) Destinar a la Estructura de la Dirección General de Salud Mental, los recursos humanos necesarios para la conformación de los “equipos técnicos-profesionales” idóneos, que apuntalen las políticas del área, estableciendo acciones de seguimiento y evaluación.

5) Incluir en los cargos jerárquicos de la Dirección General de Salud Mental, a profesionales idóneos cuyas trayectorias estén consustanciadas e identificadas, con los lineamientos de la ley 448.

6) Llevar a cabo de manera inmediata, un estudio epidemiológico y un relevamiento de los recursos reales del sistema y disponibilidad de efectores, servicios y dispositivos (incluyendo los trabajadores *ad honorem*). A partir de dicho relevamiento, realizar los nombramientos necesarios, en función de las prioridades del Subsistema: Guardias de Salud Mental - Hospitales de Día -Internaciones en Hospitales Generales - Centros de Salud y Acción Comunitaria.

7) Concretar de manera efectiva la instrumentación los equipos de salud mental, a partir del abordaje interdisciplinario.

8) Asignar los recursos para la infraestructura edilicia y equipamiento, que favorezcan la transformación del sistema hospitalocéntrico actual, en un nuevo modelo de salud mental, basado en la desinstitucionalización progresiva, a partir de la creación de efectores y dispositivos previstos en el artículo 14° de la Ley, en referencia a los mecanismos asilares y de cronificación de los hospitales monovalentes (Borda - Moyano - Tobar García - Alvear).

9) Habilitar camas para la atención de pacientes con problemas de salud mental de internación en los hospitales generales (agudos, infecciosas y pediatría).

10) Establecer guardias de salud mental en todos los hospitales generales, con equipo base de salud mental (enfermero especializado - trabajador social - psiquiatra - psicólogo).

11) Articular prestaciones en los hospitales de día existentes (12), completando las dotaciones de profesionales requeridos (terapistas ocupacionales - musicoterapeutas - psiquiatras - psicólogos). Crear Hospitales de Día en otros efectores del Sistema.

12) Implementar las Casas de Medio Camino en el más breve plazo y la evaluación pertinente de los pacientes en condiciones de ser externados.

13) Otorgar la autonomía y la estructura del Centro de Salud Mental n°1, actualmente dependiente del Hospital Pirovano. Reabrir en la zona sur un Centro de Salud Mental.

14) Disponer de los psicofármacos requeridos para todas las estabilizaciones sintomáticas, en todos los efectores del sistema que cuenten con atención psiquiátrica, y en el marco de su utilización racional.

15) Concretar de manera inmediata la denominación uniforme de Salud Mental, para todos los efectores y servicios del Sistema (artículo 9°).

16) Adecuar el papel del actual Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear, para una efectiva derivación de pacientes y trabajo en red.

17) Ratificar las acciones definidas por el Gobierno de la Ciudad y la justicia, para solucionar la grave situación derivada del Hospital Braulio Moyano, en el marco del respeto de los derechos humanos de las pacientes y trabajadores de éste.

18) Determinar con claridad y transparencia la cantidad de pacientes derivadas del Hospital Moyano hacia clínicas particulares, a partir de la clausura de diversos pabellones, ordenada por la justicia, el costo por cama y tiempo calculado del reingreso de las pacientes, el tipo de control, seguimiento y evaluación de las pacientes derivadas.

19) Solicitar al Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, que de manera inmediata se lleven a cabo las acciones necesarias para habilitar los diferentes dispositivos requeridos para la reinserción social de las personas asistidas.

4. Algunas conclusiones

El proceso de desmanicomialización requiere desmanicomializar la discusión, sacarla del encierro del debate entre especialistas y abrirlo a la sociedad. Los problemas más serios en salud mental no pasan sólo por la psicosis y la internación. Diversos fenómenos vienen siendo registrados empíricamente por los trabajadores de salud mental que dan cuenta de problemáticas graves que no responden necesariamente a la caracterización tradicional de los trastornos psicóticos. El estado de fragmentación, violencia, exclusión social, debilitamiento de las instituciones y los valores compartidos han ido generando condiciones cada vez más adversas para la vida social y la vida psíquica.

La problemática de la internación y de los trastornos mentales severos no debería pensarse, investigarse y explicarse sólo como un fenómeno vinculado al dispositivo específico y sus posibles alternativas (casas de medio camino, talleres protegidos, hospital de día, etc.) sino como algo que incumbe a la globalidad del campo de la salud mental y más aún a toda la sociedad. De lo contrario no se modifica la cuestión de modo estructural.

Es interesante tener en cuenta que el movimiento de transformación de la salud mental que cobra relieve y se activa con la ley 448, se inicia a partir de la Asamblea Constituyente de la Ciudad en 1996. La Carta Magna es en líneas generales de carácter progresista y entre otras cosas dispone la descentralización y participación ciudadana a través de un nuevo sistema de comunas. Ese sistema de organización administrativa y política en la ciudad estaría por aplicarse próxi-

mamente y tendrá consecuencias importantes en los diversos ámbitos de acción ciudadana. En lo que hace a la salud, por ejemplo, cada comuna podrá tener un Consejo Comunal de Salud y otro tanto podría ocurrir con salud mental.²⁷

Es tan inhumano el encierro como todo intento de *desinstitucionalización* que se contente sólo con el cierre de establecimientos. Un verdadero esfuerzo de desmanicomialización debe comenzar con campañas de información y educación a nivel público tendientes a erradicar los prejuicios sobre la locura, la modificación y actualización de la jurisprudencia sobre el tema, y la creación de mecanismos alternativos a nivel social y sanitario que garanticen un proceso de cambio gradual y efectivo. La desmanicomialización debe ser una política de apertura: apertura del encierro manicomial, apertura de nuevas fuentes laborales para los trabajadores y profesionales en salud mental, apertura de la mente para erradicar los prejuicios sociales, apertura científica para pensar nuevas estrategias terapéuticas y de recuperación, apertura de nuevos servicios que sirvan a la prevención y el tratamiento precoz de la enfermedad mental.²⁸

En el Capítulo 3, art. 9, del Proyecto de Ley de Salud Mental presentado por el Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la Legislatura en 1999 se plantea una propuesta que quisiéramos rescatar e impulsar. En este documento se señala que para dar cumplimiento a los derechos en salud mental es necesario elaborar acuerdos entre entidades civiles y asociaciones del sector. Creemos que con la ley 448, como con toda ley, es necesario hacer presente la dimensión de la eficacia. Ésta compromete por supuesto las decisiones políticas pero también, y no menos importante, la participación de los diferentes actores sociales involucrados. Por lo que, para cualquier transformación, es imprescindible promover y fortalecer la conformación de movimientos sociales plurales, integrados por pacientes, familias, trabajadores, profesionales y organizaciones, que se afirmen en valores de libertad, autonomía, solidaridad y participación democrática, no discriminación, y que reconozcan la necesidad de integración de los ciudadanos a los intercambios económicos, sociales y culturales de la vida de una comunidad.

²⁷ Cabe resaltar que es la misma Constitución la que dispone la desinstitucionalización, el respeto por la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derechos, erradicar el castigo y el control social.

²⁸ Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Documento de Acuerdos Básicos para contribuir a la transformación de la Salud Mental en la Ciudad, noviembre de 1998.

