

# prólogo

por **Dr. Emiliano Galende**

Médico Psiquiatra. Director del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

En primer lugar vale celebrar el informe de investigación contenido en este libro, que refleja con interesante rigor metodológico los cambios y los obstáculos producidos entre la publicación del CELS de 2008 (*Vidas arrasadas*) y la realidad a la fecha (2015) luego de la sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros documentos de organismos internacionales sobre salud mental. Se trata de un nuevo y valioso aporte del equipo de Salud Mental del CELS al estudio y análisis de las políticas de salud mental en la Argentina. Sin duda que, bajo una mirada profunda y rigurosa, se hace visible que los tiempos de la sanción de esta nueva legislación, nacional e internacional, son más rápidos que los avances concretos en la situación de los pacientes con sufrimiento mental, especialmente aquellos con largos procesos de internación asilar o en actuales procesos de externación.

Sabemos que varios documentos de Naciones Unidas (la Asamblea General de 1990, “Principios para la Atención de Salud Mental”), la Declaración de Caracas (1990) entre otros, y la experiencia en varios países de Europa de la reforma de los servicios de atención psiquiátrica, centralmente dirigidos al cierre y eliminación de los hospitales psiquiátricos, precedieron y otorgaron los antecedentes para la legislación argentina. Esto es lo relevante de nuestra Ley 26.657 que bien muestra esta investigación, y se avanzó hacia una transformación profunda de la relación del Estado con las personas con sufrimiento mental, sintetizado en “la perspectiva de derechos humanos y la integración socio comunitaria de los pacientes”. Esta legislación tomó en cuenta y se propuso transformar las relaciones de poder tendidas entre médicos psiquiatras y enfermos que caracterizaron a través de doscientos años a las instituciones asilares.

Rescatar los derechos de los pacientes necesariamente lleva a regular y controlar el poder del Estado y de los psiquiatras (que jurídicamente son habilitados por el Estado, quien resulta responsable último de las acciones de estos), resultado de lo cual surgieron las resistencias que ofrecen los médicos psiquiatras y las asociaciones que los nuclean a los enunciados de esta Ley. En general se oculta que el poder regulador y las acciones bajo control no recaen sobre criterios diagnósticos sino sobre el poder otorgado al médico sobre las internaciones (equivalentes a sentencias de privación de libertad) y prescripción de tratamientos de carácter represivo sin consentimiento de la persona afectada.

¿Por qué es necesario enfatizar esta nueva relación entre el Estado y los denominados enfermos mentales? Porque venimos de una historia de doscientos años en que dominaron los criterios arbitrarios y abusivos, desde la ley que en 1838 se impusiera en Francia, bajo el gobierno imperial de Napoleón II, que luego se extendería a casi todos los Estados occidentales, imponiendo una política de discriminación jurídica por la cual se otorgaba a los médicos, bajo un certificado, la potestad de privar de libertad a quien caía bajo el diagnóstico de “enfermo mental”, y agregando el estigma de peligrosidad para disponer las medidas de control (que consistían en disciplinamiento y sujeción al orden asilar ya que en eso consistían los llamados “tratamientos psiquiátricos”).

Los pacientes fueron primero separados y excluidos “legalmente” de la sociedad y entregados al poder arbitrario de las instituciones asilares. Desde entonces, y bajo la cobertura de esa legislación, que muy tempranamente llegó también a la Argentina, surgieron las políticas de un ordenamiento jurídico basado en la discriminación y pérdida de todos los derechos y la tutela judicial de los considerados “incapaces” (desde el Código Civil, la incapacidad jurídica en las sentencias de incapacitación civil, y el artículo 34 del Código Penal, que excluye de los derechos a un proceso judicial y a la defensa, además de la ley que regulaba las internaciones). Ha sido este orden legal y jurídico, y no los saberes de los psiquiatras, el que ha dado continuidad y permanencia al poder de los médicos, y que hoy está bajo nuevas condiciones de regulación y control. Este es el núcleo de la Ley 26.657 y, sin duda, los autores de esta publicación se han guiado por este nuevo orden explorando con rigor los resultados, resistencias y obstáculos a esta política.

La investigación recorre y analiza con una perspectiva crítica el problema de este cambio en el orden jurídico y la realidad actual de las personas aún internadas y de aquellas que están en procesos de externación, alojadas en dispositivos intermedios (hogares sustitutos, casas de medio camino, etc.). Un logro importante del estudio consiste en dar cuenta de la complejidad que ofrece todo proceso de desinstitucionalización: no es suficiente externar a estas personas porque la institucionalización persiste en los nuevos alojamientos. Como plantean los investigadores, la ley previene sobre esta complejidad y apela a una respuesta amplia, que implica el proceso de rehabilitación de capacidades y cobertura de necesidades básicas para la integración socio-comunitaria.

De allí el compromiso que establece la ley de otros sectores de la administración del Estado, principalmente de Desarrollo Social, Vivienda, Trabajo y Educación (en esta política consiste la “intersectorialidad de las acciones”). Esto no se está cumpliendo aún y facilita que los dispositivos intermedios (casas de medio camino, hogares sustitutos, etc.) puedan regirse por la continuidad de los problemas de la institucionalización sufrida. Creo que en la actualidad sabemos bien que la cronicidad no es un resultado exclusivo del trastorno mental sufrido; la institucionalización prolongada es su causa mayor, como lo demuestra la experiencia de países que han avanzado más tempranamente en estos procesos de reforma.

Por otra parte, y es otro de los logros del estudio que van a leer, es que el cambio del orden jurídico que mencionamos es también complejo. Compromete, más allá de lo que establece la ley, la recepción y el comportamiento de jueces, fiscales, defensores, en la aplicación del giro que dispone la ley. Mantener en muchos casos la función del principio de tutela implica dejar de lado el goce real de los derechos, esto se hace a través de que las personas bajo internación sólo lleguen al juez a través de quienes los representan (curador, defensor, etc.) con lo cual su capacidad

jurídica no es reconocida totalmente. Lo mismo ocurre con el requisito del certificado de discapacidad para ejercer los derechos reconocidos por la ley. Los argumentos para restringir de esta forma el ejercicio de derechos por los mismos pacientes son siempre los mismos: se descalifica la palabra del enfermo, el diagnóstico actúa como prejuicio aceptado por jueces y defensores para inhabilitar a la persona como sujeto de pleno derecho.

No hace mucho tiempo, la ley acoplaba a los enfermos mentales con los menores, ambos incapacitados como sujetos de derechos, situación jurídica modificada por la Ley 26.657 y por la Convención sobre los Derechos de Niños y Adolescentes suscripta por la Nación, pero aún no plenamente aplicada. Justamente frente a estos antiguos prejuicios el presente estudio opera de modo opuesto: no consulta a jueces, no recorre historias clínicas ni pregunta a los psiquiatras o defensores sobre la situación, otorga la palabra a los mismos actores del problema, los pacientes internados o en proceso bajo programas de externación.

Este giro metodológico adquiere su pleno valor porque rompe con las investigaciones psiquiátricas tradicionales en las cuales son los especialistas quienes deciden sobre las necesidades de los pacientes (el ejemplo del muy utilizado cuestionario CAN lo hace evidente); de igual forma, con los tratamientos incuestionables que se prescriben sin el consentimiento del sujeto que debe recibirlo.

Últimamente varias asociaciones de psiquiatras han cuestionado la controlada aplicación del electroshock y los obstáculos establecidos por la ley y su reglamentación para su utilización, valiéndose no de criterios científicos, que no poseen ni existen, sino de su utilidad empírica para controlar ciertos síntomas. Obviamente, se ofenden de la relación manifiesta de este procedimiento de utilizar la energía eléctrica como tratamiento, con el mismo procedimiento en la tortura a disidentes por motivos políticos, hecho difícil de negar ya que solo se respaldan en razones prácticas, que son las mismas en ambos casos, ignorando que todos los procedimientos represivos que creó la psiquiatría a lo largo de los doscientos años han sido justificados del mismo modo: la impotencia del especialista para controlar la conducta del enfermo hace necesario el ejercicio de un poder mayor para lograr su objetivo.

Es notoria la diferencia con que operó este estudio: el valor de la palabra de los pacientes para definir la realidad que viven, investigar de manera conjunta el nivel y la calidad de la información con que cuentan para ejercer los derechos que la ley les otorga. Es obvia la coherencia que tiene este proceder con la perspectiva asumida por los investigadores respecto a utilizar indicadores que respondan a la perspectiva de derechos humanos y de protección para el ejercicio de los mismos. De esta manera el texto nos muestra claramente lo que sucede con la garantía de derechos que establece la ley: existe una contradicción entre la vida real y cotidiana de estas personas bajo internación o en programas de externación y los estándares de derechos establecidos por la legislación nacional e internacional. Esto abre un desafío para encontrar el camino que permita lograr que encarne en las mismas personas involucradas en procesos de externación los derechos establecidos, haciendo que su ejercicio pueda ser autónomo y llevar a la plena capacidad jurídica.

Respondiendo a una metodología y un análisis riguroso, el estudio se plantea el problema de la discapacidad. Jurídicamente, la discapacidad genera derechos que deben ser respondidos por el Estado, este es responsable no sólo de su reconocimiento sino también de su cobertura, tam-

bién de procurarlo y financiarlo. Vale al respecto una observación: desde siempre los hospitales psiquiátricos se han hecho cargo no solo del control y tratamiento de las personas con trastornos mentales severos sino de la problemática social que siempre forma parte de estos trastornos.

Una mirada precisa y abarcativa, muestra que en todo el mundo los hospitales psiquiátricos se han ocupado de cubrir problemas sociales de las personas que alojan y controlan. La gran mayoría de las personas internadas lo están no solamente por los síntomas de su trastorno mental sino también por algún grado de pobreza o desamparo social. Es decir, que bajo los presupuestos de salud que se les asigna han debido cubrir necesidades sociales que deberían haber cubierto otras áreas del Estado. La Ley 26.657 establece reparar esta situación, el Estado debe asignar recursos a las áreas de seguridad social para atender las necesidades de estas personas, ya que los presupuestos destinados a los hospitales psiquiátricos no cuentan con recursos para esta acción. Como lo demuestra este estudio, los dispositivos de externación que se están programando, insuficientes y precarios, no cuentan en general con presupuesto suficiente de las áreas sociales del Estado (Desarrollo Social, Vivienda, Trabajo, etc.), dependiendo en general de aportes de organizaciones de la sociedad civil o de los presupuestos de los mismos hospitales psiquiátricos.

Esta situación está en la raíz misma de porqué estos dispositivos de externación terminan prolongando las lógicas propias del hospital, ya que para generar programas de integración socio comunitaria naturalmente se requiere de presupuestos propios dirigidos a estos objetivos. Sin presupuesto es imposible lograr la autonomía económica del externado, el despliegue de su vida, el disfrute de los amigos, la alimentación, etc. Uno de los pacientes entrevistado por los investigadores señala, muy inteligentemente: “no se puede vivir con la pensión a menos que sea solo con fideos y clozapina”.

Sabemos, y este estudio lo muestra y lo confirma con rigor, que los procesos de integración social de las personas que han sufridos largos años de institucionalización asilar, requieren lo que los investigadores denominan en el texto “planificar el regreso”, ya que es frecuente que una larga desvinculación del paciente de la familia y la comunidad hace que existan resistencias de ésta a su reintegración. Tampoco es ético ni posible que el Estado delegue en las familias la carga económica de la integración social y familiar, ya que ha sido responsable de la exclusión, ha legitimado la misma a través de sus políticas asilares de internamiento de los trastornos mentales, de la pobreza y la incapacidad, y es por lo mismo responsable de su reparación.

Por lo tanto no puede eludir hacerse cargo económicamente de los programas dirigidos a esta reparación. No asumir esta responsabilidad hace que se prolonguen los efectos perniciosos de la institucionalización; la delegación a los servicios de rehabilitación y realojamiento, sin respaldo económico, resulta ineficaz e imposible. Los procesos de integración a la comunidad y al pleno ejercicio de los derechos sociales requiere contar en primer lugar con recursos económicos, es decir, la persona para integrarse necesita contar con un ingreso económico (existen ejemplos de esto en Francia con el RMI, ingreso mínimo de integración, en España, con subsidios por “carga familiar”, etc.).

Estas personas necesitan ser ayudadas para obtener un empleo adecuado a sus capacidades, y una integración al mundo social y cultural que les permita intervenir en los intercambios simbólicos de la cultura y la sociedad, requiere de programas especiales que brinden el apoyo necesario a este proceso. Todo esto demanda la responsabilidad del Estado y presupuesto. El tiempo

que requiere ir logrando un retorno a la integración social, mientras aún sigan funcionando los hospitales psiquiátricos, necesita de un esfuerzo presupuestario del Estado, esfuerzo temporario que habrá de ser compensado, ya que está demostrado que una vez logrado un nivel alto de pacientes reintegrados que permita reducir la población internada, los costos para el Estado son menores que los que se destinan al mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, que, además por la prolongación de la institucionalización hacen que los costos sean a la vez tan crónicos como los pacientes que alojan (Europa constituyó un grupo de estudio sobre este problema, PSICOST, que ha demostrado la mejora para los gastos del Estado de esta nueva política de desinstitucionalización y cierre de los hospitales psiquiátricos).

El texto del libro recorre uno por uno los derechos de los pacientes que establece la ley, analizando y mostrando los obstáculos que se presentan para su ejercicio real. Una lectura detenida de esta parte debe ser tenida en cuenta para encarar justamente las dificultades que se presentan en la aplicación de la misma. Entre la enunciación de los derechos y el ejercicio real de los mismos por los sujetos a quienes están dirigidos, se juega finalmente la eficacia y el éxito de esta ley para lograr los objetivos que se propone.

Con la ley, el Estado argentino ha construido una nube de esperanza que ilumina los esfuerzos para lograr el cambio definitivo de los doscientos años de política asilar, de estigma, de encierro, de maltrato. Nada resulta más contrario a las políticas de integración social que la política de la internación psiquiátrica prolongada; con la ley se reconoce la situación de miles de personas encerradas bajo estas condiciones, se promete una política y acciones para revertir esto y lograr una recuperación de la dignidad de estas personas, en condiciones de libertad e integración social acorde a sus capacidades y posibilidades. La Ley 26.657 es parte de una política amplia de reconocimiento de derechos dirigidos a la integración social, derechos que en nuestro caso deben ser no sólo protegidos sino que requieren de ayudas especiales para ser ejercidos. En esto la investigación dedica un análisis especial al artículo 22 de la Ley que crea la Unidad de Letrados en el Ministerio Público de la Defensa.

Es mi convicción personal que el creador de la política de exclusión social de la locura ha sido el Emperador Napoleón. Bajo el gobierno de su hijo, el Emperador Napoleón II, se construyó lo esencial de esta política que contradecía por primera vez la Declaración de los Derechos del Hombre que había promulgado la Asamblea de la Revolución. Jean Étienne Esquirol, a quien se le atribuye ser “el padre” de la psiquiatría, fue funcionario de su gobierno, a él se debe la creación de los primeros 54 manicomios (denominación que proviene de su teoría de la locura como manía), uno en cada departamento de Francia, de la sanción en 1838 de la ley que creó el orden jurídico especial para el trastornado mental y el encargo a los médicos de hacerse cargo de aplicar esta política.

Por primera vez, la locura ingresó a las facultades de medicina y fue tema de una disciplina médica. La locura formó parte de la condición humana hasta la Revolución Francesa: teólogos, filósofos, médicos, no habían apartado antes a la locura de las posibilidades de la razón, ni se les ocurrió como solución la exclusión social del loco. Cuando Napoleón decidió avanzar sobre Europa y expandir su imperio, llegando a las puertas de Moscú (ver Tolstoi, *La guerra y la paz*), sus ejércitos llevaron en sus alforjas esta construcción moderna de los gestos, los significados y la valoración de la locura, también los procedimientos para su exclusión de lo humano. Esta construcción ha sido la que nos enseñaron y la que incorporamos como saber sobre el loco a lo largo de la modernidad.

Con este paquete de prejuicios construimos luego el imaginario social sobre el enfermo mental. Doscientos años después, en nuestro tiempo, se trata de la deconstrucción de esa política, de reintegrar a lo humano al sufriente mental, esta es la empresa mayor a la que estamos convocados. Los investigadores de este estudio que leemos, hacen centro en los obstáculos que se presentan y en las resistencias que ofrecen quienes siguen siendo creyentes de la política napoleónica de la locura. Por eso enfatizan su análisis del artículo 22 que creó la Unidad de Letrados, abogados defensores encargados de controlar de oficio y en los lugares de internación el respeto de los cambios que introdujo la ley, que esta vez, a diferencia de Napoleón y Esquirol, no convoca a los médicos sino a los abogados, los trabajadores sociales, a los psicólogos y enfermeros, para revisar y regular el poder y la autoridad de los médicos en las condiciones que deben respetarse en la internación de ciudadanos con derechos establecidos por la ley del Estado. Su análisis valora el papel que está cumpliendo la Unidad de Letrados, sin duda difícil y conflictivo ya que cuestiona no la autoridad del médico sino el poder arbitrario de fijar las condiciones de la internación y el respeto de la dignidad y los derechos de quienes están internados contra su voluntad.

Se muestra y fundamenta también la necesidad de revisar los criterios sobre la capacidad jurídica de los pacientes, la necesidad de revisar las sentencias de inhibición e insania, establecidas por los jueces en base a los artículos del Código Civil que han sido modificados por la Ley 26.657. Esta labor de los abogados de la Defensoría General de la Nación que concurren a las instituciones de internación, aún incipiente pero valiosa, da cuenta justamente de enfrentar las relaciones de poder arbitrario que sostienen a un sujeto enfermo y descalificado frente a la autoridad de un médico, a quien ahora se requiere respetar lo que la ley establece.

He hecho la mención a este origen napoleónico de la fundación de la política asilar justamente porque permite entender las resistencias que se presentan a esta intervención de abogados defensores de los pacientes internados contra su voluntad, en las mismas instituciones en que están alojados. Tradicionalmente los médicos psiquiatras se han regido por las prerrogativas de la ley de 1838, reproducida en su mayor parte en las leyes argentinas, haciendo ejercicio de su autoridad cual jueces con potestad de decidir sobre la libertad y su privación del diagnosticado enfermo mental. Como plantean los investigadores se trata no sólo de defender los derechos de los pacientes fijados en la ley, sino también su derecho a la palabra frente a las condiciones en que es tratado, su derecho a ser escuchado por las dos autoridades responsables hasta ahora de su encierro: los jueces y los psiquiatras. No sólo "oído sino escuchado" por médicos y jueces, como señalan los investigadores.

Este trabajo nos muestra que tanto la Ley de Salud Mental y Adicciones, como los documentos y recomendaciones de organismos internacionales, aun no han llegado a la vida de los pacientes internados y en procesos de externación. El Estado, a través de algunos de sus jueces, sigue aplicando criterios tutelares ignorando la nueva legislación, no se cumple acabadamente la función de resguardo de las personas con sufrimiento mental en la ampliación de derechos que impone la ley. Podemos aceptar que estamos aún en un proceso de transición, pero los objetivos están fijados y nos señalan un camino a recorrer.

No obstante todas las dificultades que la investigación hace visibles, creo que las conclusiones del estudio son alentadoras en cuanto indican las dificultades, los obstáculos y las resistencias que deben enfrentarse. Como señalé antes, la ley es una nube de esperanza, pero también un

instrumento de trabajo que señala el camino que debemos recorrer para lograr deconstruir definitivamente la política asilar.

No debemos olvidar que esta deconstrucción significa fundar a la vez una nueva experiencia sobre la locura cuyos ingredientes mayores son alojar a quienes padecen sufrimiento mental en el seno de lo humano, con respeto ético a su dignidad personal, con resguardo de todos sus derechos como ciudadano, como vulnerable por su padecimiento y merecedor de que el Estado lo proteja para que pueda ejercerlos en plenitud y, especialmente, para lograr desarmar el estigma, un imaginario construido en estos doscientos años de un sujeto peligroso tratado con la exclusión de la familia y la sociedad.

Las luchas por la inclusión social y la igualdad, dos objetivos complementarios, han recorrido de manera inacabable toda la historia de la humanidad, el problema de la integración del enfermo mental a la sociedad en condiciones de igualdad y plenitud de derechos forma parte de esta lucha.

Este libro se inscribe en el mismo sentido, refuerza nuestra inteligencia y nuestra voluntad para seguir adelante reconociendo los obstáculos y las resistencias, pero apostando a la vez al sentido del esfuerzo que necesitamos para lograr lo que reconocemos plenamente como conquista de un mundo más racional, una sociedad más igualitaria, una ética de respeto a las diferencias, un compromiso lúcido con quienes necesitan más que otros de la ayuda y la solidaridad. Por esto mismo reitero mis palabras del comienzo de este prólogo: celebremos este libro como un jalón más en la interminable lucha por la verdad, la justicia y la igualdad, de la cual forma parte el rescate humano de quienes padecen trastorno mental y merecen el compromiso de nuestra solidaridad.