XII. El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental
Avances y deudas en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios*

Sin un lenguaje que las nombrara y contara sus vivencias y necesidades, las personas con discapacidad psicosocial tuvieron que luchar para revertir la condena al olvido. Luego de años de ser invisibilizadas por un discurso jurídico y biomédico que las catalogó como seres peligrosos y extraños, surgieron nuevas voces que reclamaron los derechos que les habían sido negados de forma sistemática.

En nuestros primeros diagnósticos, reflejamos las condiciones de vida en los asilos psiquiátricos argentinos. Este primer análisis valió para comprometer a distintos actores políticos y sociales en acciones tendientes a rever un estado de cosas contrario a cualquier sentido de humanidad.

Con la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en 2008 y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) en noviembre de 2010,[1] los grupos defensores de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental[2] cobraron protagonismo. En ese proceso, las personas con discapacidad psicosocial emergieron como un sujeto político que demandó participar en la construcción de los discursos sociales y en las decisiones de políticas públicas.

La sanción de la LNSM fue un hito para las organizaciones de usuarios, familiares, profesionales, trabajadores del campo y organismos de derechos humanos. La visibilidad de estos actores y su mayor organización y capacidad

* Este capítulo fue elaborado por Macarena Sabin Paz, Soledad Ribeiro Mieres, Rosa Matilde Díaz Jimenez y Lionel Giglia, integrantes del equipo de Salud Mental del CELS. Agradecemos a los pasantes Ana Sofía Soberón Rebaza y Alejandro Matta Herrera por su dedicada colaboración.

1 Es el primer marco legal de derechos humanos en materia de salud mental aplicable a todo el país. Incorpora estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (ratificada por la Argentina en 2008) y avanza hacia la implementación del modelo social de la discapacidad.

2 Véase CELS, *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2012*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2012, pp. 351-375.

de articulación viene delineando un movimiento que tiene hoy un rol fundamental en la lucha por la efectiva implementación del nuevo modelo.[3]

Durante 2012 y 2013, la demora de la reglamentación de la ley, sin explicaciones oficiales razonables, obstaculizó su implementación. Las organizaciones perseveraron hasta que en mayo de 2013 se publicó el decreto reglamentario, con conceptos claros y definiciones precisas.

En el contexto de las políticas públicas de inclusión social que caracterizaron a la última década, la sanción de la LNSM, su reglamentación y la puesta en marcha de las nuevas estructuras institucionales previstas representaron avances importantes para la vigencia de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. Fueron mojones de un proceso que hoy tiene dos caras. Se trata, por un lado, de puntos de llegada de una demanda que partió de las calles y llegó al recinto legislativo: la necesidad impostergable de un cambio ante las graves violaciones de los derechos humanos del modelo manicomial. Por el otro, es necesario enfrentar múltiples desafíos para que la norma sancionada se traduzca en políticas con capacidad de generar un cambio real en la vida de las personas.

El ordenamiento legal señala un horizonte claro y establece las condiciones de posibilidad para alcanzarlo: el fin de los manicomios en 2020 y la obligación de generar alternativas de inclusión social sostenible de las personas hoy asiladas. Es preciso entonces que las políticas públicas se orienten a llevar a buen puerto este proceso social y se tomen las decisiones de gestión necesarias para una implementación eficaz.

1. LA IMPORTANCIA DE ALGUNAS DEFINICIONES ESTRUCTURALES PREVIAS AL DISEÑO DE LA POLÍTICA PÚBLICA

El análisis de la implementación de la LNSM muestra serias falencias en la definición inicial de los problemas que debe resolver una política pública cuya meta es el cierre de los manicomios en 2020.[4]

3 En los últimos dos años se consolidaron redes de organizaciones que promueven la desmanicomialización. Entre otros, la Red por la Plena Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, el Frente por la Salud Mental, el Movimiento Autonomía y el Grupo Artículo 24 por la Educación Inclusiva de las personas con discapacidad.

4 Cf. Manuel Tamayo Sáez, "El análisis de las políticas públicas", en Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (comps.), *La nueva administración pública*, Madrid, Alianza, 1997.

En ocasiones, embarcarse en diseñar planes o acciones de manera apresurada acarrea una definición de los problemas de manera parcial, errónea o imprecisa. Se cree que estos se definirán "objetivamente", pero la imprecisión al delimitarlos puede tener consecuencias graves en el desarrollo posterior de la política pública.[5] Así sucedió en la implementación de la LNSM.

La LNSM identifica la situación de la salud mental como un tema de derechos humanos y considera la existencia misma del modelo manicomial como violatoria de derechos fundamentales. Por lo tanto, los manicomios deben cerrarse y sustituirse por un sistema de salud mental inserto en la comunidad, no centrado en la internación, con un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud y orientado a reforzar, restituir o promover los lazos sociales. El cierre de los manicomios implica planes de externación sustentable de las personas allí alojadas, que articulen políticas de inclusión laboral, educación y acceso a la vivienda.[6]

Estas definiciones normativas todavía no se tradujeron en políticas públicas que modifiquen efectivamente la realidad. La magnitud de esa distancia sólo se puede medir si se diagnostica el problema de manera estructural y se identifican los factores sociales e institucionales en juego.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), autoridad de aplicación de la LNSM, tiene la responsabilidad de censar a las personas internadas en todo el país y, además, de realizar un relevamiento epidemiológico. La DNSMyA informó que reemplazaría el censo con la herramienta de relevamiento epidemiológico en salud mental (Registro Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental, ReSaM) porque esta podría cumplir las dos funciones.[7] El ReSaM y el censo tienen objetivos y estructuras metodológicas diferentes que no se reemplazan entre sí. El censo es imprescindible para hacer una caracterización demográfica cuantitativa y cualitativa de las personas encerradas en instituciones psiquiátricas en todo el país y conocer los factores sociales que imposibilitan su externación. El objetivo del ReSaM es sistematizar y procesar datos que permitan el seguimiento epidemiológico.

A julio de 2014, la escasez de los datos muestra serias deficiencias en la aplicación del ReSaM:[8] no está claro quiénes serán los responsables institucionales

5 Íd.

6 Así lo recomendó el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas en su 8º período de sesiones, 27 de septiembre de 2012, párr. 42 (ONU, Doc. CRPD/C/ARG/CO/1).

7 Respuesta de la DSNMyA en julio de 2014 a un pedido de información.

8 Según la respuesta de la DSNMyA a un pedido de información, a esa fecha el ReSaM registraba: 17 jurisdicciones en proceso de capacitación y 7 en etapa de implementación, todos ellos con distintos niveles de aplicación, lo que evidencia una importante heterogeneidad.

de aplicarlo en cada jurisdicción, se desconoce cuáles son los tiempos de aplicación previstos para alcanzar a todos los efectores del territorio nacional, no hay certidumbre sobre la obligatoriedad de su aplicación y se desconoce cómo se planteará la articulación interjurisdiccional.

Este escenario anticipa una enorme heterogeneidad en la aplicación del ReSaM, que tendrá consecuencias graves para el derecho a la salud. Si el relevamiento depende de las capacidades institucionales locales y de cuán permeables sean los distintos actores a la capacitación, es posible que se produzcan relevamientos de calidades disímiles y que algunas problemáticas queden invisibilizadas o deficientemente relevadas en los distintos territorios. En consecuencia, la mala aplicación de una herramienta central para la toma de decisiones puede generar desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios.

Luego de la reglamentación de la LNSM, en el momento de la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) se avanzó sin sopesar la ausencia de datos, sin siquiera identificar que estos eran necesarios.

1.1. EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL: SEÑALES DE UNA ORIENTACIÓN ERRÁTICA

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA),[9] autoridad de aplicación de la LNSM, elaboró un borrador del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) al que se le pudieron realizar aportes en diversas jornadas. Con pocos días de anticipación, la DNSMyA convocó a las áreas de salud mental de las provincias (sin participación de otros ministerios nacionales o provinciales),[10] a actores de la sociedad civil,[11] a docentes e investigadores de universidades públicas y privadas,[12] a federaciones y asociaciones de profesionales[13] y a otros expertos.[14]

El borrador del PNSM no estuvo acompañado por un diagnóstico con participación de los sectores involucrados que fundamentara los objetivos que se propusieron. El escaso tiempo de la convocatoria y las fuertes resistencias a mo-

9 Dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, del Ministerio de Salud de la Nación.

10 Véase "Encuentro de Funcionarios Referentes de Salud Mental y Adicciones", disponible en <bit.ly/1yNyckL>.

11 Véase "Encuentro de Organización de la Sociedad Civil", disponible en <bit.ly/1JHeSZT>.

12 Véase "Encuentro entre Docentes e Investigadores de Universidades Nacionales Públicas y Privadas", disponible en <bit.ly/1yxwS0s>.

13 Véase "Encuentro de Referentes de Federaciones y Asociaciones de Profesionales", disponible en <bit.ly/1CMCeeT>.

14 Véase "Encuentro de Expertos Nacionales", disponible en <bit.ly/1yxxbIR>.

dificar algunos objetivos del PNSM, aun cuando se tratara de aportes sustantivos que surgieron en las consultas, debilitaron el proceso y la participación real en el armado del PNSM. De hecho, la mayoría de las opiniones no fueron contempladas en la redacción final. La falta de permeabilidad, la celeridad del tratamiento y de la aprobación del Plan dieron lugar a grietas en la definición diagnóstica con consecuencias en los objetivos y metas que el Plan prioriza.

A diferencia de la claridad conceptual del texto de la LNSM y de su reglamentación, la autoridad de aplicación presentó, en octubre de 2013, un PNSM impreciso y que no jerarquiza las problemáticas ni prioriza líneas de acción acordes con el espíritu de la Ley. El Plan se estructura en objetivos, líneas de acción y metas que se desprenden de cada uno de los problemas que identifica. Pero esa identificación se limita a una enumeración que no hace referencia a ninguno de los mandatos de la LNSM ni a los problemas a resolver que la norma distingue.

Entre los nueve problemas enumerados no se hace referencia directa a la sustitución de hospitales monovalentes ni a la vulneración de los derechos humanos de las personas que viven en los manicomios. Tampoco se considera un problema prioritario: la ausencia de políticas que favorezcan su inclusión social. En cambio, hay someras indicaciones relacionadas con algunas de estas situaciones, enunciadas como aspectos de las "líneas de acción". Esta desarticulación discursiva lleva a que el PNSM se refiera, por ejemplo, a la "externación" de manera fragmentaria: a veces como un ítem dentro de otros temas a los que se les otorga un nivel jerárquico superior, otras veces de manera subsidiaria, como en la definición de los procesos de adecuación institucional.[15]

Los procesos de "externación", de suma importancia en una perspectiva de derechos e inclusión, no quedaron definidos como un problema integral con múltiples dimensiones, sino desmembrados entre líneas de acción y metas muy disímiles. Esta formulación, que utiliza conceptos fundamentales en un lenguaje coloquial, da lugar a deslizamientos que habilitan la reproducción de la lógica manicomial.

1.1.1. Control y evaluación del Plan Nacional de Salud Mental: el mandato legal de sustituir las instituciones monovalentes en forma definitiva

Cuando el Estado asume el deber de adoptar todas las medidas a su alcance –hasta el máximo de los recursos disponibles– para garantizar los derechos

15 En el PNSM la "externación" aparece nombrada sucintamente si comparamos con otras líneas de acción: comunicación, relevamientos, mesas de concertación, otorgamiento de subsidio, metas de evaluación de los procesos de adecuación.

humanos, se deben instrumentar mecanismos de control eficaces que permitan evaluar el cumplimiento de esos derechos.[16] Los indicadores de derechos humanos son una herramienta de evaluación de los procesos de diseño e implementación de las políticas públicas.[17]

Un sistema de medición de políticas públicas en salud mental debe incluir indicadores que permitan medir resultados cuantitativos y cualitativos. El PNSM, a pesar de todos los aportes que recibió, se caracteriza por vaguedades conceptuales, aseveraciones tautológicas y totalizaciones. La herramienta de control y evaluación del PNSM presenta "indicadores de resultado" que son una declaración de buenas intenciones en lugar de las herramientas necesarias para medir el alcance real de la política. Además, explicita que se desentiende de la elaboración de "indicadores de proceso"[18] y los deja librados a la voluntad de cada jurisdicción.[19]

Esta carencia del Plan se observa en aspectos nodales de la implementación de la LNSM: la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes por dispositivos[20] alternativos y la externación e inclusión social sostenible de las personas que ahora están allí encerradas.

En el Plan, la meta que alude a lograr que el 100% de los efectores de salud mental en las distintas jurisdicciones estén insertos en un proceso de adecua-

16 Tomamos los aportes que la Red por la plena implementación de la LNSM realizó al borrador del PNSM y que no fueron tenidos en cuenta.

17 Lorena Balardini, Laura Pautassi y Laura Royo, "Derechos en la mira. Indicadores de medición en salud y vivienda", en Laura Clérico, Liliana Ronconi y Marín Aldao (coords.), *Salud: sobre (des)igualdades y derechos*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2013.

18 Como sostuvo la Red, para establecer las metas finales (indicadores de resultado) es necesario elaborar con anterioridad un diagnóstico estructural (línea de base). Esto es, identificar el estado de situación en el cual se inicia la política pública; elaborar los indicadores de proceso que miden el avance progresivo en la satisfacción de los derechos y así poder evaluar periódicamente avances y retrocesos para alcanzar la meta propuesta.

19 En el apartado "Metas e indicadores" del PNSM se sugiere: "Es importante señalar que en caso de que los presentes indicadores de resultado no cumplan con lo deseable en términos cuantitativos, se insta a que cada jurisdicción desarrolle o adopte indicadores de proceso, para evaluar la progresión cualitativa que explique mejor el no cumplimiento del objetivo deseado".

20 Como dispositivos nos referimos a los programas institucionales de externación. Sin embargo, las preguntas que nos planteamos sobre esos dispositivos no se limitan a la evaluación de su diseño y ejecución, sino que consideramos que tales programas pueden ser abordados según algunas de las dimensiones que propone el filósofo Giorgio Agamben: como discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas: "El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos". Giorgio Agamben, *¿Qué es un dispositivo?*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2014.

ción a la LNSM no tiene especificidad sobre qué se espera.[21] La meta señala la adecuación sin referirse al plazo que establece la LNSM para la definitiva sustitución[22] de los manicomios por otros dispositivos. El indicador que debería medir el cumplimiento de esa meta no agrega información específica. De esta manera, el Plan propone un método genérico de evaluación de la "adecuación", sin capacidad técnica para medir la vigencia efectiva de los derechos humanos.

Otra de las metas del Plan hace referencia explícita al año 2020 como límite para concluir el pasaje de "pacientes cronificados" a "dispositivos de externación".[23] Esta meta con su "indicador de resultado" parece referirse a la necesidad de cumplir el mandato legal:[24] la sustitución definitiva de monovalentes en ese año acorde al Consenso de Panamá. Sin embargo, no se nombra a los psiquiátricos monovalentes y aparecen, en su lugar, las expresiones "efectores públicos" e "instituciones públicas". De esta manera, se introduce una confusión insoslayable: se cambia el eje de evaluación al ordenar sustituir "lo público" en lugar de los psiquiátricos monovalentes, sean públicos o privados.

En el indicador de los procesos de externación se utiliza la categoría "externados e incluidos en un hogar o en dispositivos residenciales comunitarios". Esta formulación borra las diferencias significativas que hay entre situaciones bien distintas. El "hogar" es una institución total basada en un paradigma de restricción de las libertades, que tiende a borrar la singularidad y obturar la inclusión social. Esta concepción del control de los procesos de externación es contraria a la LNSM y a la CDPD porque al proponer el pasaje de pacientes a los hogares habilita la reproducción de las lógicas restrictivas de la libertad.

21 Este el caso de la meta 11.1.6 del PNSM y su correspondiente indicador.

22 El art. 27 de la LNSM prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes señala que se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva.

23 Este es el caso de la meta 11.1.9 del PNSM y su correspondiente indicador. La meta establece: "Que a noviembre de 2020 el 100% de las personas con padecimiento mental que se encuentren institucionalizadas con más de 2 (dos) años en efectores públicos sean externados e incluidos en un hogar de referencia o en dispositivos residenciales comunitarios". Los indicadores previstos para medir el cumplimiento de esta meta son: i) el número de camas a pacientes cronificados en instituciones públicas que hayan sido desactivadas, sobre el número de camas destinadas a pacientes cronificados en instituciones públicas; ii) el número de pacientes cronificados en instituciones públicas, externados e incluidos en un hogar o en dispositivos residenciales comunitarios, sobre el número de pacientes cronifiados en instituciones públicas que estén externados.

24 Art. 27, LNSM y su decreto reglamentario.

De esta manera, la sustitución definitiva de los monovalentes por dispositivos alternativos en 2020, indicada por la ley, no se evalúa con un indicador. El resultado de una enunciación imprecisa es una posición ambigua, si no resistente, ante la obligación de implementar la LNSM.

La mirada del PNSM sobre la sustitución de los monovalentes se sostiene en la "Guía Básica. Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la red de servicios en salud mental" (en adelante, "Guía de Adecuación"), que publicó la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA).

La guía está estructurada por títulos que anticipan la lógica planteada para la adecuación de los monovalentes: "Monovalentes con eje en la atención de Trastorno Mental Severo", "Monovalentes con eje en la atención de adicción". Estos títulos indican cómo se concibe a las instituciones existentes, pero la definición diagnóstica termina comandando una adecuación que reproduce la segregación en lugar de transformarla. Se insinúa que la sustitución será resultado de una adecuación supeditada a los proyectos de "transformación"[25] que cada monovalente planifique, sin marcar las pautas irrenunciables que esos proyectos no pueden desconocer para estar alineados a la LNSM.

Este planteo es coherente con el PNSM, que no identifica el mandato de "sustitución de monovalentes" como un problema con una jerarquía superior a los procesos de adecuación. De esta manera, no se asume la necesidad de una mirada integral y de una política intersectorial e interdisciplinaria para la creación de efectores de base comunitaria sin las prácticas de la cultura manicomial. Esta lógica no está centrada en el usuario, sino en preservar una concepción y una estructura.[26] Como dice el director del Departamento de Salud Mental de la OMS, Benedetto Saraceno:

> Alguien puede creer que hace psiquiatría comunitaria si cierra un hospital psiquiátrico de 500 camas y las distribuye en 10 lugares de 50, pero eso no es más que repartir la lógica y la cultura del manicomio.[27]

25 La guía propone, por ejemplo, "adecuar la estructura y los procedimientos de las Instituciones Monovalentes (IM) a fin de lograr la sustitución de un sistema de atención manicomial a la constitución de una red de servicios de base comunitaria" superponiendo niveles de problemas distintos.

26 La guía básica propone, por ejemplo, "aumentar el número de usuarios alojados en dispositivos habitacionales del ámbito de influencia del hospital psiquiátrico, que dependan administrativamente de este o no".

27 Pedro Lipcovich, "Invertir en salud mental comunitaria", *Página/12*, 5 de septiembre de 2009. Véase también Nicolás Alonso, Paula Dombrovsky, Mariela D'Oria y Nicolás García, "Del manicomio a la ciudadanía", *Página/12*, 12 de junio de 2014.

Concebir la sustitución indicada por la Ley de Salud Mental como una mera transformación del psiquiátrico monovalente es una postura que pretende preservar estas instituciones en un contrasentido apenas disimulado: la ley establece sustituirlos y no transformarlos.

La Red Familiares, Usuarios y Voluntarios (FUV) señaló que la "Guía de Adecuación" es funcional al discurso de los que resisten la sustitución manicomial y justifica millonarios proyectos de inversión en algunos psiquiátricos monovalentes con la excusa de la transformación y adecuación a la LNSM. La DNSMyA en su función de Autoridad de Aplicación debería impedir que se consumieran grandes inversiones financieras contrarias a la ley y direccionar esos fondos hacia otros efectores en un sentido acorde con la LNSM.

1.1.2. La articulación interministerial en el Plan Nacional de Salud Mental

El Plan no identifica la necesidad de profundizar la articulación interministerial como un problema autónomo ni le da relevancia a la promoción de planes de transferencia progresiva de recursos desde las estructuras manicomiales hacia servicios de salud mental acordes a la Ley de Salud Mental.

Presupuesto y política interministerial no parecen ser puntos prioritarios de agenda para hacer posible el cierre de los manicomios y la creación de dispositivos que atiendan, desde la respuesta comunitaria, a las problemáticas sociales.

El complejo entramado de infraestructura institucional diseñado por la LNSM responde a las necesidades de un modelo que reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la vigencia de los derechos. El diseño de políticas públicas integrales para contrarrestar la exclusión social requiere la confluencia de distintas carteras ministeriales, en la medida de sus competencias y obligaciones institucionales.

La Ley y su decreto reglamentario delinearon roles: la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) como Autoridad de Aplicación, una Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CI),[28] un Consejo

28 Fue creada mediante el Decreto 603/2013 y funciona en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. Es presidida por el Ministerio de Salud en su carácter de Autoridad de Aplicación de la LNSM e integrada por representantes de los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Desarrollo Social; Seguridad; Justicia y Derechos Humanos; la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la

Consultivo Honorario (CC) y un Órgano de Revisión Nacional (ORN), como órgano de control externo y autónomo con participación de la sociedad civil.

La DNSMyA tiene un papel protagónico en el impulso de una política pública que debe materializar la garantía de derechos humanos, sin desconocer que la implementación de la norma impacta en competencias no delegadas a la nación.

Por otra parte, tampoco es posible pensar una intervención integral y sólida de la Autoridad de Aplicación sin un posicionamiento fuerte de la agenda en las demás carteras ministeriales. Si bien la DNSMyA ejerce la presidencia de la Comisión Interministerial, la existencia de una Secretaría Ejecutiva responsable de dar curso a las decisiones adoptadas por el pleno parece no ser suficiente para la articulación intersectorial que requiere la puesta en marcha de una infraestructura tan compleja y diversa.

Es imprescindible interpelar las obligaciones institucionales de los ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Desarrollo Social; Seguridad; Justicia y Derechos Humanos; la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; 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). Sin identificar sus compromisos concretos, con una clara afectación de las partidas presupuestarias para hacer frente a las acciones que le correspondan según su competencia, la articulación interministerial tan celebrada corre riesgos de caer en una mera nominalidad.

1.1.3. Los desafíos en la construcción de una estrategia federal

La implementación del modelo desmanicomializador asume mayor complejidad en el entramado constitucional y legal de distribución de poder, competencias y recursos entre la administración nacional y los gobiernos locales. Sin desconocer esas complejidades, una estrategia federal también puede representar la oportunidad de impulsar una construcción territorial que capitalice las ventajas que las administraciones locales pueden ofrecer dado su conocimiento sobre las problemáticas de las comunidades.

Este es uno de los factores de la política pública en salud mental que observamos con gran inquietud. La debilidad del proceso de articulación interministerial a nivel nacional, a su vez, se refleja en la difícil coordinación con las gestiones provinciales y municipales y en la construcción de una institucionalidad sostenible. Una gran deuda pendiente en este proceso es la instalación de la agenda en

---

Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).

los consejos federales como un tema de política pública y de derechos humanos, con logros específicos alcanzados durante los últimos años, que delimitan el piso del cual las provincias y la Ciudad de Buenos Aires no se pueden apartar.

En gran parte de las jurisdicciones, la implementación de la LNSM está contenida en el marco de la cartera sanitaria, que, además de las propias limitaciones, enfrenta el obstáculo de tener que asumir cuestiones que corresponden a otros ministerios. La existencia de un modelo de educación segregatorio, la ausencia de una estrategia para superar la exclusión sociolaboral, las falencias de las políticas habitacionales para las personas que están en una situación de vulnerabilidad socioeconómica son algunas de las problemáticas sociales estructurales que impactan sobre las personas institucionalizadas con padecimientos mentales y requieren un compromiso en la agenda política de todas las carteras involucradas.

A ello se suma la heterogeneidad de las regiones. El posicionamiento político local no puede ser el denominador que defina la suerte que correrá la implementación de la LNSM en cada territorio. Las autoridades nacionales, como en tantas otras políticas de inclusión, deben protagonizar la promoción de derechos e instituirse como rector político de este proceso.

Parece difícil avanzar con aspiraciones nacionales sin pensar en un mapa federal que, reconociendo las diferencias de los procesos históricos, las características territoriales y las necesidades presupuestarias, permita construir una estrategia para equilibrar las desigualdades y generar espacios de colaboración entre las jurisdicciones.

1.2. La puesta en marcha del Órgano de Revisión Nacional: un avance promisorio

A partir de nuestra experiencia en actividades de control, denuncia y promoción de políticas vinculadas a la protección de los derechos de las personas privadas de la libertad, hemos señalado desde el inicio de este proceso la importancia de crear el ORN como instancia de control y de articulación intersectorial. En oportunidad de los debates legislativos, nuestros esfuerzos estuvieron concentrados, entre otras cuestiones, en la creación de este órgano y en el derecho a la defensa ante internaciones involuntarias. Durante el proceso de reglamentación señalamos las bases que hacen a la autonomía e independencia de su funcionamiento. Su rápida creación y puesta en marcha es sin dudas uno de los mayores logros del proceso.

El 1º de diciembre de 2013 el ORN aprobó su primer plan de trabajo semestral, que estableció con precisión propósitos, objetivos, metas y la matriz operacional. Se asumieron compromisos concretos, un cronograma y la definición de indicadores para hacer una evaluación *ex post*.

El ORN tiene un lugar privilegiado en la defensa de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental porque goza del poder de controlar a las instituciones de encierro.[29] Durante los primeros meses, estuvo orientado a un funcionamiento reactivo enfocado en el control y supervisión de las instituciones públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires y a la intervención en casos concretos. Al mismo tiempo, tuvo intervenciones propositivas, como la recomendación de que se eliminase el *electroshock* y el pronunciamiento sobre las muertes en el encierro psiquiátrico.

Ante una realidad tan lejana a la plena implementación de la LNSM en la que persisten los manicomios y las graves violaciones, es necesario que el ORN mantenga y fortalezca sus funciones reactivas; incluso se requiere que se amplíe su campo de acción a cárceles y hogares. En este aspecto, la preocupación razonable es contar con un presupuesto genuino suficiente y una estructura técnica y administrativa acorde.

El ORN tiene la función de promover que se conformen órganos en cada provincia. Esto requiere redoblar los compromisos asumidos por sus integrantes para su fortalecimiento político y administrativo. Es preciso que las estructuras creadas por cada jurisdicción respeten la autonomía e independencia, que sean intersectoriales y multidisciplinarias. Por lo tanto, preservar el rol del ORN en la promoción de sus pares locales también demanda recursos propios a la hora de instalar y fortalecer una agenda. En este sentido, es nodal la articulación entre el ORN y las estructuras estatales consolidadas, como las autoridades de aplicación, nacional y provinciales. También es clave una delimitación y diferenciación clara de las funciones de aquellas agencias y el ORN, para evitar superposiciones. En ese contexto la Secretaría Ejecutiva afrontó con gran legitimidad institucional y capacidad técnica el desafío de ejecutar, en simultáneo, acciones vinculadas a sus funciones de supervisión e intervención en casos judiciales y extrajudiciales, y otras relacionadas con un rol de construcción política, como es el control de la implementación de la LNSM en la política pública, el trabajo de incidencia para la construcción interinstitucional con otros actores y la promoción de los órganos locales. Los limitantes objetivos llevan, muchas veces, al fortalecimiento de algunas acciones en detrimento de otras.

Estructuras como el ORN son la llave para un proceso que cristalice políticas de Estado capaces de enfrentar contextos políticos disímiles. Es necesario fortalecer las bases estructurales del ORN y redoblar la apuesta por la con-

29 El CELS integra el ORN en representación de las organizaciones de derechos humanos. Reconocemos el compromiso y los esfuerzos de la Secretaría Ejecutiva a cargo de María Graciela Iglesias para cumplir con su misión institucional.

formación de los órganos locales para avanzar hacia un modelo de control y supervisión estatal que sea pionero en términos de construcción democrática e institucionalidad participativa.

Por sus características estructurales, el ORN es un espacio institucional con legitimidad para afrontar el seguimiento de la política pública de salud mental, más aun cuando los puntos nodales de la implementación de la LNSM, como la transferencia presupuestaria de los manicomios a los servicios de salud mental alternativos, no terminan de instalarse en la agenda política con la fortaleza que requiere la complejidad de este proceso de cambio.

2. LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ALOJADAS EN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS ES INSEPARABLE DEL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA

A los debates en torno a las características que deben tener las políticas públicas para avanzar con firmeza en el proceso iniciado en 2010, se suma la preocupación por el protagonismo que debería tener en la implementación de la LNSM el cambio de paradigma en materia de capacidad jurídica, un derecho que históricamente les fue vedado a las personas con discapacidad psicosocial.

Aún es trabajoso desactivar por completo el marco normativo que hizo posible el encierro y el despojo de los derechos humanos, tanto como transformar las prácticas institucionales y las representaciones sociales que lo acompañan y lo trascienden. A partir de las transformaciones legales que obligan a las agencias del Estado a asegurar la vida en comunidad y la plena participación de las personas con discapacidad psicosocial, emprendimos una investigación cuyos resultados preliminares presentamos en este apartado.

La investigación "Barreras para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales que se encuentran en proceso de externación de instituciones de salud mental en la Provincia de Buenos Aires y las ciudades de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza",[30] se propuso valorizar la palabra de las personas con discapacidad psicosocial vinculadas a algún dispositivo proclive a su

30 Estos procesos de externación responden al mandato de la LNSM que determina el progresivo cierre de los manicomios y la inclusión social de las personas allí institucionalizadas. La LNSM consagró expresamente que "en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes" (art. 15, LNSM).

inclusión social, que hasta ahora estuvieron encerradas, suplantadas mediante incapacitaciones civiles y doblegadas con sobremedicación y otras formas de violencia institucional. Sus resultados permiten analizar cómo las nuevas políticas públicas impactan en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Si bien nos propusimos analizar de manera integral la garantía de todos los derechos en clave de inclusión/exclusión social, en este apartado nos limitaremos a exponer los avances sobre el derecho a la capacidad jurídica y su enlace con el acceso a la justicia, porque constituyen la piedra angular del ejercicio pleno de los demás derechos humanos.

La combinación de privación de la libertad e incapacitación civil produjo sujetos despojados –de derecho y de hecho– de su condición de ciudadanos y de la posibilidad de tomar decisiones, e imposibilitados de acudir a los estrados judiciales para hacer valer sus derechos.

El reconocimiento de la capacidad jurídica, en los términos de la CDPD, implica que las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho a decidir por sí mismas y actuar en forma autónoma, en condiciones de igualdad a las demás. Si eso no sucede, como ante la vulneración de cualquier derecho individual protegido por la Constitución, deberían poder acudir al Poder Judicial. Sin embargo, la exclusión de las personas con discapacidad psicosocial se sostiene ante una respuesta judicial que siempre ha tendido a legitimar la anulación de sus voces y a justificar la segregación en asilos psiquiátricos.

El derecho a la capacidad jurídica y al acceso a la justicia son dimensiones ejemplares de las tensiones que el cambio de modelo entraña. En el momento en el que colisionan dos paradigmas antagónicos, el tutelar y el modelo social de la discapacidad,[31] los cambios involucran los conceptos, el uso del lenguaje y las interpretaciones ontológicas de los datos y se ponen en juego distintas visiones del mundo.[32]

Un análisis integrado de las restricciones a la capacidad jurídica y los obstáculos que se deben enfrentar para acceder a la justicia permite precisar las medidas que deberían implementarse para la restitución total de autonomía y del estatuto de sujetos de pleno derecho, previstas por la CDPD, tales como el reconocimiento pleno de la capacidad legal, el acceso a los apoyos adecuados para su ejercicio, la adopción de ajustes razonables para acceder a la justicia,

31 María de los Ángeles Ferrer y Adán Oberto, "Políticas públicas en discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos", en *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2014, vol. VIII, nº 2, disponible en <bit.ly/1uEReob>.

32 Eduardo Díaz Velázquez, "Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad", *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2009, vol. III, nº 2, disponible en <bit.ly/15VlswS>.

y las salvaguardias precisas para asegurar que cualquier tipo de asistencia que reciban las personas con discapacidad sea fiel a su expresa voluntad.

DEFINICIÓN DE CAMPO DE ANÁLISIS Y METODOLOGÍA DE ABORDAJE

La muestra se compone por ocho dispositivos que favorecen la externación de personas que estuvieron en instituciones psiquiátricas públicas de la provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los datos relevados corresponden a 167 personas con discapacidad psicosocial (100 de sexo femenino y 67 de sexo masculino) y a 57 integrantes de los equipos que les brindan asistencia y/o apoyo.[33] Las personas usuarias respondieron 109 preguntas sobre distintas dimensiones determinantes respecto de la inclusión social, desde una perspectiva de derechos humanos. También realizamos entrevistas semiestructuradas a trabajadores y voluntarios que les dan asistencia. Otra fuente de información fueron los registros de campo que contienen las observaciones de los investigadores.

En la provincia de Buenos Aires trabajamos sobre dispositivos de externación: i) el Programa de Externación Asistencia (PREA), del Hospital Esteves (Temperley, Lomas de Zamora),[34] y ii) el Centro de Salud Comunitaria Dr. Franco Basaglia, del Hospital Dr. Alejandro Korn (La Plata).[35] Participaron 88 usuarios como informantes de este estudio, de manera libre e informada (65 de sexo femenino y 23 del masculino).

En la Ciudad de Buenos Aires no obtuvimos autorización de la Dirección General de Salud Mental para acceder a los dispositivos de externación que dependen de las instituciones psiquiátricas. Decidimos entonces incluir en el estudio seis dispositivos que trabajan desde diversas instancias y enfoques por la externación y la inclusión social. El trabajo de campo se llevó a cabo en: i) Casa de Medio Camino del Poder Judicial;[36] ii) Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental,[37] iii) Frente de Artistas del Borda;[38] iv) Programa

33 Adicionalmente, en algunos casos pudimos acceder a registros institucionales que permitieran realizar cruces de datos para contrastar la información aportada por las personas usuarias con la que maneja el dispositivo que les brinda asistencia o apoyo. Esto fue posible en la Casa de Medio Camino del Poder Judicial, en el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS), en el PREA y en el Centro de Salud Mental Franco Basaglia.

34 Asiste a 67 mujeres en 14 casas de convivencia.

35 Asiste a cerca de 60 personas que estuvieron internadas en ese hospital.

36 Dispositivo del poder judicial de la CABA. Cuenta con cupo para 8 mujeres.

37 Asiste a cerca de 150 personas internadas o externadas de instituciones de salud mental de la ciudad; no depende de ninguna de ellas.

38 Organización que cuestiona el imaginario social de la locura y contribuye a la desmanicomialización a través del arte. Integrada por personas externadas o en condiciones de estarlo.

de Externación e Inclusión Sociolaboral del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad;[39] v) Asamblea de Usuarios de los Servicios de Salud Mental;[40] vi) Movimiento de Ocupantes e Inquilinos.[41] En la CABA, el cuestionario fue aplicado a 79 personas en proceso de externación (35 de sexo femenino y 44 de sexo masculino).

La información recogida fue interpretada con el marco conceptual propio del derecho internacional de los derechos humanos[42] y el paradigma social de la discapacidad, junto con diversos desarrollos teóricos contemporáneos.

2.1. CAPACIDAD JURÍDICA Y ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA: UNA DUPLA INTERDEPENDIENTE

El derecho a la capacidad jurídica y el acceso a la administración de justicia constituyen la dupla de derechos interdependientes más visible del modelo social de la discapacidad.

El art. 12 de la CDPD establece un cambio radical en el ejercicio de la capacidad jurídica: sustituye un modelo tutelar restrictivo de la capacidad civil por otro que la reconoce y la protege. La Convención introduce el derecho de las personas con discapacidad a contar con los apoyos que requieran para decidir y actuar en forma autónoma, durante el tiempo que sea estrictamente necesario.

39 Cuenta con un centro social y dos unidades convivenciales con capacidad para 16 personas. Brinda asistencia en la externación de aproximadamente 130 personas.

40 Organización de activistas de los derechos de las personas usuarias. Cuenta con asistencia del CELS desde su constitución.

41 Dispositivo de la CTA que comprende varias cooperativas de trabajo y vivienda. Una de ellas, El Molino, está integrada por 10 personas con discapacidad psicosocial que estuvieron internadas en el Hospital "José T. Borda".

42 La investigación contempló el diseño de una batería de indicadores de satisfacción de derechos humanos. Los indicadores conforman las categorías de análisis y miden si las políticas implementadas por el Estado Argentino se acercan progresivamente a, u obstaculizan, la satisfacción de estos derechos y, por ende, la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial en proceso de externación. Los indicadores son testeados con la información producida a partir de las encuestas a usuarios (abordaje cuali-cuantitativo) y las entrevistas en profundidad a profesionales de los programas (abordaje cualitativo). Este diseño permite contrastar los datos cuantitativos con los indicadores y utilizar los datos cualitativos a modo de "señales de progreso". Este diseño está basado en las iniciativas de la OEA y la ONU (GT Protocolo de San Salvador, 2011).

Se trata de un cambio normativo sin precedentes. Sin embargo, falta allanar un tramo importante del camino para acercarse al horizonte de la inclusión social de los sujetos afectados por intervenciones que les restaron poder de decisión y de acción en la vida social.

La personalidad jurídica implica el reconocimiento de que toda persona, por su condición de serlo, es sujeto de derechos y obligaciones.[43] [44] Por lo tanto, la personalidad jurídica es un requisito o condición ineludible para el goce de los demás derechos.[45] Por su parte, el derecho a la capacidad jurídica supone que la persona sea titular de este derecho y pueda ejercerlo en primera persona. En el contexto actual de desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos, la capacidad jurídica es una derivación del derecho a la personalidad jurídica que, en los términos del art. 12, involucra obligaciones estatales adicionales al mero reconocimiento legal de la titularidad de ese derecho.

En 2014, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobó la Observación General nº 1 (2014), concerniente al art. 12 de la CDPD, que brinda una interpretación clara del alcance del derecho y precisa qué medidas deben implementar los Estados para garantizar el ejercicio de la capacidad jurídica, el derecho a recibir apoyos para la toma de decisiones y el derecho a tomar decisiones públicas e individuales de acuerdo con las propias preferencias.

La Observación dirige su atención al principio básico general de protección de los derechos humanos, el derecho a la igualdad ante la ley.[46] De esta manera, busca superar el trato discriminatorio respecto del ejercicio de la ca-

43 Así lo señaló la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso "Bámaca Velásquez c. Guatemala", fondo, sentencia de 25 de noviembre de 2000, serie C nº 70, párr. 179; CIADH, caso de las "Niñas Yean y Bosico", excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, sentencia de 8 de septiembre de 2005, serie C nº 130. párr. 176.

44 Ob. cit., Corte IDH, caso "Bámaca Velásquez c. Guatemala", voto concurrente García Ramírez.

45 En este sentido se expresó la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso "Comunidad Indígena Sawhoyamaxa c. Paraguay", fondo, reparaciones y costas, sentencia de 29 de marzo de 2006, serie C nº 146, párrs. 188-190. En el párr. 197 la Corte IDH señaló que "el Estado debe respetar y procurar los medios y condiciones jurídicas para que el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica pueda ser ejercido libre y plenamente por sus titulares. Dicho reconocimiento determina su existencia efectiva ante la sociedad y el Estado, lo que le permite ser titular de derechos y obligaciones, ejercerlos y tener capacidad de actuar, lo cual constituye un derecho inherente al ser humano, que no puede ser en ningún momento derogado por el Estado de conformidad con la Convención Americana".

46 Art. 12, CDPD.

pacidad jurídica de las personas con discapacidad mental o psicosocial y, por ese camino, erradicar la discriminación en el ejercicio de derechos. También distingue la capacidad jurídica de la capacidad mental,[47] un avance respecto de la impropia asimilación entre una y otra.

Sin embargo, en el modelo legal argentino es frecuente advertir que se reconoce formalmente la personalidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, pero se les restringe la capacidad de decidir y actuar por sí mismas. Su no reconocimiento como sujetos capaces de integrar la vida en comunidad en forma autónoma, premisa propia del modelo médico, se tradujo en un modelo legal de sustitución de la voluntad para la toma de decisiones. La restricción del ejercicio del derecho a la capacidad jurídica en razón de una discapacidad impide ejercer la mayoría de los derechos civiles y políticos y coloca a las personas en una situación de desigualdad legal estructural.[48]

Si bien en la elaboración del nuevo Código Civil y Comercial hubo esfuerzos para adecuarse a las obligaciones derivadas del art. 12 de la CDPC, el Código aprobado conserva disposiciones con una fuerte impronta del régimen de incapacitación civil, cuyos efectos deberán ser contrarrestados con otras políticas.

El Código aún considera la capacidad jurídica como un derecho cuyo ejercicio puede ser restringido con determinaciones judiciales que asocian la posibilidad de tomar decisiones a una cuestión diagnóstica. Si bien es un

47 Párr. 13: "La capacidad jurídica es la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones (capacidad legal) y de ejercer esos derechos y obligaciones (legitimación para actuar). Es la clave para acceder a una participación verdadera en la sociedad. La capacidad mental se refiere a la aptitud de una persona para adoptar decisiones, que naturalmente varía de una persona a otra y puede ser diferente para una persona determinada en función de muchos factores, entre ellos factores ambientales y sociales".

48 En vulneración del art. 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en directa conexión con la violación del art. 3 del mismo instrumento. Este punto merece una apreciación comparativa con la evaluación que hizo la Corte IDH en el caso "Comunidad Indígena Sawhoyamaxa c. Paraguay". Allí señaló que el reconocimiento de la personalidad jurídica se erige como un requisito o condición ineludible para el goce de todos los demás derechos. En el párr. 189 indica que: "El Estado debe respetar y procurar los medios y condiciones jurídicas para que el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica pueda ser ejercido libre y plenamente por sus titulares. Dicho reconocimiento determina su existencia efectiva ante la sociedad y el Estado, lo que le permite ser titular de derechos y obligaciones, ejercerlos y tener capacidad de actuar, lo cual constituye un derecho inherente al ser humano, que no puede ser en ningún momento derogado por el Estado de conformidad con la Convención Americana". Ob. cit., párr. 188-190.

avance la incorporación del esquema de sistemas de apoyo para la toma de decisiones en el art. 43, el Código incluye esta figura en el seno del sistema de incapacitación, como una variante de restricción a la capacidad jurídica, en lugar de propender al desarrollo de la autonomía de la persona. La convivencia de ambos sistemas, el de incapacitación y el modelo social de la discapacidad, pone en riesgo incluso la aplicación efectiva de este último. En este contexto, los apoyos, una herramienta fundamental para avanzar en la construcción de un proceso de inclusión social, podrían desnaturalizarse en la práctica.

El trato legal discriminatorio del modelo tutelar impacta en forma directa en la posibilidad de acceder a la justicia porque no se garantizan los requisitos del debido proceso legal.[49] En general, las personas con discapacidad enfrentan barreras a lo largo de los procesos judiciales, en condiciones de desigualdad en relación con las demás partes.

El derecho de acceso a la justicia implica tutela judicial efectiva, asistencia letrada o técnica, derecho a ser oído, igualdad de medios procesales, idoneidad técnico-jurídica de los operadores judiciales y resolución judicial en plazo razonable. La Observación dispone que los Estados deben velar por que las personas puedan acceder a la justicia en condiciones de igualdad, para lo cual tienen que tener previamente garantizados sus derechos a la personalidad y capacidad jurídica. Todas estas condiciones deben ser interpretadas desde la perspectiva del modelo social de discapacidad y garantizar su plena aplicación.[50]

En el marco de los deberes establecidos en la CDPD, la LNSM y la reciente modificación del Código Civil, nuestra investigación aporta datos concretos que permiten ver qué medidas deberían implementar los Estados para garantizar el derecho a la igualdad ante la ley de las personas con discapacidad que deben ser externadas.

Enfocaremos nuestro análisis de las barreras que afectan la capacidad jurídica y el acceso a la justicia de las personas en proceso de externación y foca-

49 Corte IDH, casos "Genie Lacayo", párr. 74; "Vélez Loor", párr. 142; "Claude Reyes", párr. 116; "Yatama", párr. 147; "Cabrera y Montiel", párr. 140; "Barbani", párr. 116.

50 Numerosos instrumentos del Derecho internacional de los derechos humanos consagran el deber de los Estados de asegurar un juicio imparcial, a la igualdad ante los tribunales y cortes de justicia: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

lizaremos en tres cuestiones ineludibles para establecer un andamiaje básico que posibilite la desinstitucionalización: los modos de negación del derecho a la capacidad jurídica y del acceso a la justicia, las barreras que impiden ejercer estos derechos, y la capacidad jurídica y su relación con los asuntos financieros y económicos.

2.1.1. Modos de negación del derecho a la capacidad jurídica

De las múltiples formas por medio de las cuales se niega el derecho a la capacidad jurídica, nos centraremos en el desconocimiento de la identidad y la falta de documento, la insuficiente información que tienen las personas con discapacidad psicosocial sobre su situación y las restricciones judiciales a la capacidad legal.

Los resultados de la investigación demuestran que en los asilos psiquiátricos se priva a los detenidos del derecho a la identidad. Muchas personas permanecen durante años sin documento y otras no pueden dar cuenta de su nombre y filiación. Sin acciones positivas que resuelvan estas situaciones, revertir la privación de la libertad injustificada, evitar otras vulneraciones y viabilizar la externación no parecen derechos sino anhelos irrealizables. Esta es una deuda con las personas que fueron recluidas en las instituciones de encierro y el primer paso para el diseño de cualquier plan individualizado de externación.

G. es una mujer sin familia y sin recursos económicos que estuvo internada más de diez años en el Hospital Dr. J. A. Esteves y que, aun con un curador designado, no tenía DNI. El equipo profesional del dispositivo que viabilizó su vuelta a la vida en comunidad tuvo que pedir su partida de nacimiento a su provincia de origen y apoyarla para tramitar el documento. Luego, pudo tramitar el certificado de discapacidad, gestionar una pensión no contributiva, acceder al pase libre de transporte y vincularse con el Programa Federal de Salud (actual Programa Federal Incluir Salud). Hoy G. convive con dos mujeres en una casa alquilada en la provincia de Buenos Aires. Una realidad distinta es la de las 800 mujeres que permanecen internadas en el Esteves y la de los 722 hombres y mujeres que también lo están en la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital Dr. Alejandro Korn.[51]

El derecho a la capacidad jurídica también es negado a las personas con discapacidad psicosocial cuando se las priva de la información relativa a su si-

51 Datos de la Dirección Nacional de Salud Mental en respuesta a un pedido de información del CELS, el 5 de agosto de 2014. Es preciso señalar que esta respuesta no contiene datos sobre el número de personas que permanecen internadas en los hospitales públicos de la CABA.

tuación judicial, ya se trate de una causa judicial sobre su internación o sobre su incapacitación civil. El 67,7% de las personas entrevistadas señaló no tener una causa judicial cuyo objeto fuera la restricción de su capacidad jurídica o no conocer su existencia. El 32,5% afirmó que no intervino un juzgado para ejercer el control judicial de su última internación. Esta omisión imposibilita que la persona participe de su propio proceso en condiciones de igualdad y la coloca en un lugar de "objeto de protección" en el cual su voz no tiene ningún peso.

Otro modo de negar la capacidad legal atañe a las incapacitaciones civiles en sentido estricto. Los arts. 3 y 5 de la LNSM y la reciente modificación del Código Civil, aun con sus restricciones, promueven el afianzamiento de la capacidad jurídica como condición general para todas las personas. No obstante, persiste la posibilidad de que la capacidad jurídica sea anulada si se presume que la persona no está en condiciones de interactuar con su medio y esto se fundamenta en criterios biológicos que dan primacía a la mirada médica para la determinación de la capacidad. Esta situación convierte, una vez más, la excepción en regla fundada. En paralelo, está pendiente la revisión de las sentencias y la posibilidad de someterlas a nuevas evaluaciones interdisciplinarias.

En el grupo incluido en nuestro estudio predomina la incapacitación total mediante la figura de la insania, situación en la que se encontraba el 57% de las personas que tenía conocimiento de su interdicción. Para los entrevistados, la consecuencia más negativa de la insania es la imposibilidad de administrar sus recursos y de realizar contratos, en un momento en el que la posibilidad de recuperar la independencia depende precisamente del alquiler de una vivienda, o de conseguir un trabajo. Una mujer entrevistada señaló:

> Como soy "insana" no puedo trabajar, quise conseguir un trabajo pero me dijeron que no me aceptaban así, que preferían a alguien sin problemas de este tipo. La única opción que tengo es hacer un emprendimiento pero para eso necesitás dinero.

Las inhabilitaciones afectan a un 22% de los entrevistados. En un número significativo de estos casos la medida es innecesaria y se prolonga porque los jueces no emprenden acciones para la rehabilitación judicial, ya sea por negligencia, conservadurismo o porque las pericias siguen basando sus dictámenes en el paradigma tutelar, a contramano de lo establecido por la LNSM.[52] Al mismo tiempo, varias personas entrevistadas contaron que en su

52 Art. 43.

vida cotidiana, a pesar de tener una incapacitación civil, administran sus bienes e incluso ofrecen orientación a sus compañeros de casa en estos asuntos. Es decir, operan en la práctica como un sistema de apoyo para otras personas con discapacidad.

Un 21% de los entrevistados que dijo tener causas de incapacitación civil no sabe si se trata de una insania o de una inhabilitación. Es posible que muchas de las personas entrevistadas no sepan que su capacidad jurídica está restringida. Esta última hipótesis se corrobora en dos dispositivos de externación en los que, según nos informaron, el 67% de las personas desconoce su situación judicial.[53]

Los altísimos niveles de desinformación de las personas con discapacidad psicosocial sobre de su situación judicial son alarmantes. El 66,8% de los entrevistados dijo que su última internación fue involuntaria, de lo cual se deduce que existe una causa judicial. Hasta hace muy poco cualquier internación "psiquiátrica" inducía de modo automático a diversos actores (familiares, jueces, equipos tratantes) a iniciar expedientes de interdicción civil. Se constata así que la judicialización no ha sido sinónimo de protección judicial efectiva sino, todo lo contrario, un modo de denegar la capacidad legal.

Los integrantes de los equipos que les brindan asistencia a las personas entrevistadas coinciden en que muchos usuarios están judicializados sin saberlo y que muchas veces un solo expediente aborda el control de la internación y la incapacitación. El desconocimiento de la propia situación judicial es consecuencia de la desidia característica de las instituciones psiquiátricas pues son estos mismos profesionales entrevistados los que no informan a los "pacientes" sobre sus derechos, no promueven encuentros entre los usuarios y los operadores judiciales, ni los incentivan a adoptar decisiones que viabilicen las externaciones y garanticen otros derechos. Estas prácticas se extienden más allá de los manicomios y permean todas las esferas de la vida de las personas.

Los integrantes de los equipos reconocen falencias propias como dar poca relevancia a estos temas y considerarlos como "un asunto de abogados", desconocer la naturaleza y finalidad del control de las internaciones o de la incapacitación civil, tener una visión confusa sobre el rol que deben cumplir los operadores judiciales bajo el espíritu de la CDPD y la LNSM, o asumir una actitud persecutoria frente al sistema de justicia.[54] La primera Observación de la CDPD señala:

53 Algunos dispositivos nos permitieron conocer los resultados de relevamientos institucionales en temas como capacidad jurídica y acceso a prestaciones sociales.

54 Una trabajadora social vinculada al Centro de Salud Mental Comunitaria Franco Basaglia afirma: "Vos le vas a preguntar a alguien (refiriéndose a los

> Los trabajadores sociales y las otras personas que intervienen en las respuestas iniciales deben recibir formación para que sepan que las personas con discapacidad tienen personalidad jurídica plena.[55]

La subestimación de las capacidades por parte de la familia, de los operadores judiciales y de los equipos tratantes repercute en el desconocimiento del derecho a acceder a la justicia. Aun cuando las personas tienen nociones generales sobre sus derechos, ignoran cómo ejercerlos y hacerlos valer, ante qué autoridades públicas y con qué recursos. Esta posición de vulnerabilidad ante las instituciones, que en la práctica funciona como una barrera de acceso a la justicia y a otros derechos, no es exclusiva de las personas con algún tipo de discapacidad, aunque tienen un impacto diferencial sobre ellas. La desinformación sobre el rol de garante de derechos de los operadores de justicia genera que los equipos tratantes y los usuarios piensen que son figuras inquisidoras a las que se debe rendir cuentas y obedecer para evitar problemas. La falta de acceso a información clara, confiable y precisa imposibilita que la justicia sea concebida por las personas con discapacidad psicosocial como un terreno favorable al restablecimiento de sus derechos. Es más bien un campo de poder desconocido, lejano e inalcanzable. Un hombre de 55 años entrevistado señaló: "¿Me preguntás si tuve audiencia con el juez? No, al juez nadie llega".[56]

Experiencias recientes como el Programa "Atajo", del Ministerio Público Fiscal de la Nación, podrían señalar un camino que facilite el acceso a la administración de justicia a diferentes grupos, entre ellos a las personas con discapacidad. Aun aquellos que logran acceder al sistema judicial enfrentan serias dificultades para exigir sus derechos en igualdad de condiciones. La creación de una política pública específica de promoción del acceso a la justicia, que incorpore en su intervención medidas que apunten a modificar prácticas y

---

usuarios) sobre el tribunal o juzgado que lleva su causa o si tiene curador o no, y encontrás que no te saben responder". Un enfermero reconoce: "Nosotros necesitaríamos un asesoramiento jurídico para saber cómo manejarnos en relación con ese tema (de las restricciones a la capacidad jurídica), no contamos con quien nos asesore, a veces damos pasos sin saber si los podemos dar". Una psicóloga afirma: "Ahora estamos tratando, en función de la ley (de salud mental), de hacer frente a ese asunto, nos acercarnos, tratamos de ver la situación legal que tiene cada uno (cada usuario) y de qué manera podemos ir interviniendo… Lo que notamos es que nos haría falta contar con un abogado".

55 CDPD, Observación General nº1, art. 13 "Acceso a la justicia", párr. 39, CRPD/C/GC/1, 19 de mayo de 2014.

56 A la pregunta "¿Conoce las funciones del juez?", muchas respuestas fueron: "Ver que yo me maneje bien".

reformar las barreras formales e informales, abre un camino de gran potencial en materia de derechos.

La desinformación también repercute de modo negativo en la posibilidad de evaluar si los procesos judiciales se tramitan con base en las condiciones que debe reunir el derecho al acceso a la justicia. Por ejemplo, si el control judicial de las internaciones o la revisión de las sentencias de incapacitación se realizan en plazos razonables.

En suma, los distintos modos de negación de los derechos a la capacidad jurídica y al acceso a la justicia producen limitaciones que se agregan a las que pueden ser propias de la discapacidad.

2.2. BARRERAS QUE IMPIDEN EJERCER LA CAPACIDAD JURÍDICA Y EL ACCESO A LA JUSTICIA DE LAS PERSONAS EN PROCESO DE EXTERNACIÓN

Identificamos como "barreras" a las trabas u obstáculos que impiden o dificultan que las personas con discapacidad en proceso de externación ejerzan el derecho a la capacidad jurídica y al acceso a la justicia.[57] En este apartado analizaremos las barreras que obstaculizan la restitución de la capacidad legal y las que dificultan el ejercicio pleno de la capacidad legal de las personas en proceso de externación. Podrá observarse nuevamente la interdependencia entre capacidad legal y acceso a la justicia, de manera tal que retomaremos algunas dimensiones de este derecho ineludibles en el caso de las personas con discapacidad psicosocial. En este caso distinguiremos barreras administrativas, actitudinales, comunicacionales y geográficas.

2.2.1. Barreras que obstaculizan la restitución de la capacidad jurídica

Algunos operadores judiciales y equipos de salud son proclives a iniciar la revisión de sentencias de incapacitación civil o a evitar innecesarias sentencias de interdicción de acuerdo con la LNSM. Sin embargo, las cifras demuestran que estos esfuerzos no son generalizados sino más bien puntuales y dificultosos en su desarrollo.

Entre las personas que afirmaron tener una restricción a su capacidad legal, sólo un 20% señaló que fue revisada con posterioridad a la sanción de la

57 Pio Aguirre Zamorano, Manuel Torres Vela y otros, *Guía de buenas prácticas sobre el acceso y tutela de los derechos de las personas con discapacidad en sus relaciones con la administración de justicia, a la luz de la Convención de la ONU y de las Reglas de Brasilia*, Madrid, Consejo General del Poder Judicial, 2012, disponible en <bit.ly/1zFoROj>.

LNSM, ya sea por iniciativa propia, en un 18,2% de los casos; del juez, en un 27.3%, del curador, en un 36.4%; o del equipo tratante, en un 9%.

La tardanza injustificada en las revisiones judiciales de las sentencias de restricción de la capacidad es un incumplimiento de la garantía judicial del plazo razonable.[58] Sobre la base de los testimonios de las personas con discapacidad psicosocial y los equipos que las asisten constatamos que el alto índice de sentencias sin resolución judicial o sin ser revisadas se relacionan con:

Barreras administrativas. Las personas deben realizar esfuerzos desmedidos para acceder a información sobre los derechos en juego, las etapas y los requerimientos de los procesos de rehabilitación civil; obtener asistencia letrada; concurrir a los tribunales; tomar conocimiento de los contenidos del expediente; atravesar nuevas evaluaciones periciales sin que resulten revictimizantes y lograr ser escuchadas por el juez.[59] Algunos equipos de salud procuran suplir, con las mejores intenciones pero no siempre con efectividad, estos deberes del sistema de justicia. El art. 2 de la CDPD concerniente a los ajustes razonables es una deuda por saldar.[60]

Barreras actitudinales. En general, pese a los cambios normativos, los operadores del sistema de justicia siguen sosteniendo las concepciones tradicionales sobre la discapacidad psicosocial. En general, los prejuicios en torno a la locura continúan obturando la escucha y la palabra del "paciente psiquiátrico" se sigue tratando como si fuera poco fiable. Sus demandas se catalogan incluso como signos de supuestos cuadros psicopatológicos y de esta manera se les niega el derecho a ser escuchados. Prevalece la idea de que en cualquier momento la persona internada se puede tornar "violenta" o también de que se trata de alguien que no sabe lo que es bueno para sí mismo ni para los demás.

Por ejemplo, un 45% de las personas entrevistadas describieron haber experimentado de modo directo o indirecto hechos de violencia institucional o

58 Véanse los pronunciamientos de la Corte IDH en los casos "Suárez Rosero", párr. 71, "Bayarri", párr. 105, y "Heliodoro Portugal", párr. 148, entre otros.

59 Una psicóloga vinculada a un dispositivo de externación señala: "Hay dificultades para que las personas puedan acceder a su expediente, estar anoticiados de eso, que sepan cómo los afecta todo eso… es una deuda pendiente… Y que la persona pueda tener contacto, si no con los jueces, al menos con los secretarios de los juzgados, ya sea por teléfono o en persona".

60 Se trata de: "las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales".

personal durante la última internación; sólo un 5,4% hizo la denuncia, ninguna ante una autoridad judicial. Al mismo tiempo, el 71,1% de los entrevistados relató que no tuvo audiencias con el juez y el 88,7% que no contó con asistencia letrada. Sin un contacto personal con los operadores judiciales, sin que los sujetos puedan hablar de su realidad, y sin los apoyos y medidas apropiados para que esto sea posible, no hay acceso a una protección judicial efectiva. Estas barreras actitudinales violan el derecho que tienen todas las personas a ser juzgadas por un juez o tribunal imparcial.[61]

Barreras comunicacionales. Los operadores judiciales suelen priorizar el diálogo tercerizado en vez del intercambio directo con las personas restringidas en su capacidad legal. De este modo, los equipos de salud suelen tener un poco más de información sobre las causas que afectan la situación judicial de los usuarios que los mismos usuarios. Hasta ahora los más proclives, al menos en su concepción inicial, a ejercer como facilitadores del acceso a la justicia en lo atinente al ejercicio de la capacidad legal son los defensores oficiales, los asesores de menores e incapaces y los curadores públicos. El hecho de que muchos entrevistados no puedan dar cuenta con claridad acerca del estado de sus procesos refleja la escasa y dificultosa o nula comunicación que tienen con los operadores.

Además, existe una violación del derecho a ser asistido gratuitamente por un traductor o intérprete,[62] en la medida en que no se facilitan las condiciones necesarias para la comprensión del lenguaje técnico en que se desenvuelven los procesos judiciales.

Barreras geográficas. Las instituciones de internación suelen estar en zonas apartadas de los centros urbanos y, por lo tanto, de las sedes judiciales. Esta barrera suele combinarse con la pérdida de habilidades de locomoción de las personas que han permanecido años recluidas en centros de internación. Esta situación aleja a muchos de la revisión de la interdicción civil.

Sólo un 11% de las personas entrevistadas refirió haber recibido asistencia legal, en tanto que apenas un 5,5% afirmó que recibió asesoramiento o información. Las evaluaciones realizadas para determinar si era necesario que continuara la interdicción no son alentadoras. A pesar de que en su mayoría ocurrieron después de la sanción de la LNSM, en un 26,6% de las evaluaciones

61 Véanse los pronunciamientos de la Corte IDH en: "Usón", párr. 117, "Herrera Ulloa", párr. 171, "Palamara", párr. 145, "Ibsen", párr. 177.

62 Véanse los pronunciamientos de la Corte IDH en: "Baldeón", párr. 202, "Vélez Loor", párr. 152, "Tiu Tojin", párr. 100.

se dio continuidad a la medida de restricción, incluso en casos en que las personas realizaban de manera adecuada actos supuestamente restringidos como administrar sus recursos económicos.

Sólo en dos casos las evaluaciones interdisciplinarias fueron aportadas por los equipos tratantes pertenecientes a los dispositivos de externación, cuando debería ser ya una práctica habitual tanto que los operadores judiciales pidan las evaluaciones como que los equipos tratantes las ofrezcan.

En síntesis, los problemas en torno a la revisión de las sentencias judiciales muestran la dependencia entre la capacidad jurídica y el acceso a la justicia. Si una persona no puede disponer de los medios necesarios para requerir la revisión de su incapacitación civil o su levantamiento, se afecta su posibilidad de recuperar la capacidad de ejercer derechos como la patria potestad de sus hijos, casarse, votar, realizar contratos y disponer de sus bienes.

2.2.2. Barreras que obstaculizan el ejercicio de la capacidad jurídica

No sólo las restricciones judiciales impiden el ejercicio de la capacidad legal. En este apartado mostraremos las barreras que existen para el ejercicio de esta capacidad cuando las personas en proceso de externación no cuentan con los apoyos necesarios para ejercer un amplio número de derechos que hacen efectiva la inclusión social.

La Observación nº 1 de la CDPD establece que los apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica deben respetar la voluntad y las preferencias de la persona con discapacidad y nunca decidir por ellas.[63] Es decir, que las personas con discapacidad psicosocial deben tener la oportunidad de vivir en forma independiente en la comunidad, tomar decisiones y tener el control de su vida diaria.[64]

Pocas de las personas entrevistadas expresaron que la intervención de un juzgado fue favorable para garantizar sus derechos. En las escasas oportu-

63 "El apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica debe respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad y nunca debe consistir en decidir por ellas" y agrega que el apoyo "es un término amplio que engloba arreglos oficiales y oficiosos, de distintos tipos e intensidades. Por ejemplo, las personas con discapacidad pueden escoger a una o más personas de apoyo en las que confíen para que les ayuden a ejercer su capacidad jurídica respecto de determinados tipos de decisiones, o pueden recurrir a otras formas de apoyo, como el apoyo entre pares, la defensa de sus intereses (incluido el apoyo para la defensa de los intereses propios) o la asistencia para comunicarse. El apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica puede incluir medidas relacionadas con el diseño universal y la accesibilidad" (párr. 17).

64 CDPD, art. 19 sobre el derecho a una vida autónoma.

nidades en que fue exitoso, intervinieron trabajadores sociales o abogados vinculados a los espacios que trabajan en la externación. Es recurrente que parte de los logros relativos al ejercicio de la capacidad jurídica se haya dado gracias al involucramiento eficaz ya sea de los equipos tratantes o de quienes brindan acompañamiento a través de organizaciones sociales que trabajan por la desmanicomialización. Pero estos recursos son insuficientes. Una abogada vinculada a un dispositivo de externación señaló:

> Los equipos de salud no deberían operar como sistemas de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica porque eso genera una confusión indeseable: pueden dar la impresión de que se toma injerencia en asuntos que la persona debería poder decidir y afrontar sin que medie cierto tipo de relación de poder.

La capacidad de tomar las propias decisiones es un rasgo que define lo que significa ser una persona y un ciudadano de pleno derecho. Esta capacidad se ve menoscabada por el debilitamiento o la pérdida de los vínculos sociales, la medicación inadecuada y excesiva, y todas las formas de violencia propias de las instituciones totales.[65] Nuestro trabajo de campo confirma la necesidad de diseñar, como un traje a medida y en algunas oportunidades caso por caso, diversos apoyos en función de las necesidades distintas de las personas con discapacidad psicosocial.

A partir de este enfoque, se vienen desarrollando conceptos e iniciativas sobre la toma de decisiones con apoyo contrarios a cualquier modelo de sustitución de la voluntad.[66] La figura tradicional del *curador* es contraria al espíritu de la LNSM; sin embargo, los resultados de la investigación dan cuenta del alto grado de desconocimiento y confusión en las personas con discapacidad psicosocial sobre las funciones que deben cumplir los curadores.[67] Hasta aho-

65 Michael Bach y Lana Kerzner, "A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity", *Law Commission of Ontario*, Canadá, 2010, disponible en <bit.ly/1yEXBbI>.

66 Bach y Kerzner sugieren tres tipos de apoyo para favorecer la autodeterminación de las personas con discapacidad: a) apoyo para que las personas definan sus propósitos, conozcan distintas alternativas para lograrlos y tomen sus decisiones; b) apoyo para que puedan participar de manera efectiva en procesos que involucran a otros actores, especialmente cuando aquellos pueden influir sobre sus propias decisiones; c) apoyo para obrar en consonancia con las decisiones tomadas y para cumplir con las obligaciones en virtud de los acuerdos alcanzados (ibíd., p. 73).

67 A la pregunta "¿Conoce las funciones del curador?", las personas entrevistadas que afirmaron tener designado un curador público respondieron: "Nunca me explicó ni ayudó en nada"; "No aparece a menos

ra, estos toman gran parte de las decisiones que conciernen a quienes representan, sin asegurar el respeto de su voluntad.[68]

Es fundamental que los apoyos acompañen a las personas a tomar decisiones de acuerdo con sus deseos y a las consecuencias que en sus vidas tendrán esas decisiones. En el mismo sentido, es crucial que los actores institucionales intervengan activamente a favor de los derechos y de la voluntad de las personas con discapacidad psicosocial para la materialización del acceso a la justicia.[69]

Para definir el tipo de apoyo que necesitan estas personas es necesario diferenciar entre actos trascendentales para la vida y actos comunes propios de la vida cotidiana; en los del primer tipo se puede requerir sistemas de apoyo más especializados.[70] La persona debe acceder a figuras de apoyo como asistentes personales; grupos organizados de pares; declaraciones escritas (también denominadas hojas de ruta), que anticipen las preferencias de las personas en determinadas situaciones en las que sus capacidades puedan verse reducidas; defensores personales y servicios comunitarios.

2.2.2.1. La capacidad jurídica y su relación con los asuntos financieros y económicos de las personas en proceso de externación

Las restricciones legales y las barreras que obstaculizan el ejercicio autónomo de la capacidad jurídica vulneran los derechos patrimoniales de las personas

que haya problemas de dinero"; "Él me visita a veces y cobra la pensión por mí"; "Manejar mi dinero"; "Representarme ante el juez"; "Ver que no despilfarre dinero"; "Son los que te pagan todos los meses"; "Interviene entre un juez y yo"; "Manejar mis necesidades. Cobrar"; "Cuidar mi parte económica-social, representa mi caso judicial"; "El año pasado murió mi papá y no me avisaron y no me llevaron al velatorio".

68 Una trabajadora social reconoce que en muchos casos cuando hay una restricción, una insania o una inhabilitación, el curador no tiene ningún vínculo con la persona que representa, no conoce su realidad ni sus necesidades.

69 Una de las ocho recomendaciones del Foro Europeo de la Discapacidad (EDF) en materia de sistemas de apoyo es la utilización de los mecanismos ordinarios para la protección de los intereses de las personas. La experiencia nos muestra que es relevante recurrir a las instituciones, organismos y/o programas del Estado buscando que adecuen su funcionamiento al nuevo paradigma de protección de la CDPD. "Elementos clave de un sistema de apoyo en la toma de decisiones", Propuesta de Posicionamiento del EDF, DOC-AGA-08-05-02.

70 Agustina Palacios, "Capacidad Jurídica en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", octubre de 2008, disponible en <bit.ly/1BAl6XR>.

con discapacidad psicosocial y repercuten de manera directa sobre la externación y la inclusión social. Las medidas que les sustraen a estas personas los medios necesarios para trazar un plan de vida autónomo por medio de la extinción de derechos y la creación de obligaciones jurídicas extraordinarias son discriminatorias y atentan contra su derecho a la igualdad.

La Observación nº 1 de la CDPD afirma que las personas con discapacidad están facultadas para realizar transacciones y que los Estados parte deben efectuar las medidas para garantizar estos derechos.[71] Al respecto, centraremos la atención en tres asuntos clave. El primero concierne al respeto de la voluntad en lo atinente al derecho a disponer de los recursos económicos con libertad. El segundo, a las dificultades que enfrentan las personas al momento de disponer de sus propiedades inmuebles. Y el tercero, a la necesidad de las personas con discapacidad psicosocial de contar con sistemas de apoyo y salvaguardias adecuadas para ejercer sus derechos patrimoniales.

En relación con el primer punto, sólo el 53% de las personas entrevistadas dispone de una pensión no contributiva (o por discapacidad), en tanto que el 7,8% cuenta con una jubilación. Si bien el porcentaje no es elevado, estas personas lograron abandonar las instituciones de internación, en buena medida, por disponer de este tipo de recursos. En este marco, detectamos distintas dificultades para acceder y hacer uso de sus recursos: desconocimiento de que cuentan con estas pensiones o de que si no hacen retiros tienen depósitos que pueden destinar a la sostenibilidad económica de su externación, ahorros involuntarios que tras el fallecimiento de la persona quedan en una suerte de limbo judicial o, en el mejor de los casos, en el sistema sucesorio. Los entrevistados señalaron también que los curadores generalmente son obstáculo para el ejercicio de los derechos patrimoniales por parte de las personas en proceso de externación.[72]

71 "La capacidad jurídica de actuar en derecho reconoce a esa persona como actor facultado para realizar transacciones y para crear relaciones jurídicas, modificarlas o ponerles fin." "Obliga a los Estados parte a adoptar medidas, con inclusión de medidas legislativas, administrativas y judiciales y otras medidas prácticas, para garantizar los derechos de las personas con discapacidad en lo que respecta a las cuestiones financieras y económicas, en igualdad de condiciones con las demás. Tradicionalmente se ha negado a las personas con discapacidad el acceso a las finanzas y la propiedad sobre la base del modelo médico de la discapacidad. Este criterio de negar a las personas con discapacidad la capacidad jurídica para las cuestiones financieras debe sustituirse por el apoyo para ejercer la capacidad jurídica, de acuerdo con el art. 12, párr. 3. De la misma manera que no se puede utilizar el género como base para discriminar en las esferas de las finanzas y la propiedad, tampoco se puede usar la discapacidad" (párr. 23).

72 Luego de cinco años de internación, J alquiló un departamento con

En las causas sobre incapacitación civil siempre se afectan los derechos patrimoniales, incluso de modo "preventivo" apenas iniciadas, con argumentos relacionados con la "protección" de los bienes en beneficio de la persona. Pero estas restricciones, en vez de procurar el bienestar de las personas, interponen el criterio de terceros respecto de lo que les conviene, las infantilizan e incluso las privan de modo arbitrario de la satisfacción de necesidades básicas. Las posiciones tutelares han derivado en el menoscabo de sus habilidades para administrar y disponer recursos. Limitaciones que luego sirven de justificación para que terceros tomen decisiones que son de la esfera personal.

Con relación al segundo punto, un porcentaje pequeño de los entrevistados afirmó poseer bienes inmuebles. Estas personas contaron que tienen muchas dificultades para el goce efectivo de sus propiedades. En algunos casos, están abandonadas y con trámites legales por resolver. Es recurrente que en esas situaciones las personas no accedan a la representación legal que necesitan para resolverlos. Incluso el hecho de no poder disponer libremente de sus recursos económicos funciona como obstáculo para contratar a un abogado para estos fines. Es el caso de H., una persona que lleva una vida independiente, dispone de una jubilación y administra su dinero. La trabajadora social vinculada al programa que lo asiste señala que hace muchos años fue declarado inhábil y aunque ha demostrado que administra de modo adecuado sus recursos económicos depende del curador oficial para acceder a su dinero. La trabajadora social relata que

> hay un monto de dinero fijo que la curaduría le autorizó recibir cada mes, pero si hay incrementos o si es época de aguinaldo, H. vuelve a recibir el monto habitual sin poder disponer libremente de lo que es suyo y que le permitiría incrementar su calidad de vida. Hemos preguntado e intentado generar un vínculo de confianza con el curador, pero no ha sido posible. Además, "H." tiene varias propie-

---

dos personas más que también habían estado internadas por razones de salud mental. J tiene una sentencia de inhabilitación, y para poder acceder al dinero que percibe por concepto de una jubilación requiere la "autorización" de su curador oficial. J señaló que en su cuenta bancaria tiene dinero ahorrado, pero no puede disponer de él para comprar una heladera. El curador le dijo que autorizaría la compra sólo si compartía los costos de este electrodoméstico con sus dos compañeros de vivienda. Los compañeros de J no cuentan con los recursos necesarios para hacer este aporte. La trabajadora social del programa de externación tomó contacto con el curador para explicarle que era importante comprar la heladera y que la decisión de J era libre y voluntaria, pero tampoco tuvo éxito en sus intentos de persuasión.

> dades y no pude resolver los conflictos patrimoniales que lo afectan porque no cuenta con un abogado que se ocupe de estas cuestiones. La curaduría dice que no puede hacer nada al respecto.

Resolver este tipo de problemas de falta de acceso a una representación letrada es una deuda pendiente por parte del Estado.

En tercer lugar, las personas con discapacidad psicosocial necesitan sistemas de apoyo y salvaguardias adecuados a los fines de ejercer sus derechos patrimoniales. Uno de los mayores desafíos es establecer programas y servicios que materialicen estos sistemas en consonancia con la voluntad de las personas. Muchos entrevistados reconocieron que, tras años de internación, al regresar a la vida en sociedad tuvieron que volver a aprender a usar el dinero, a elaborar un presupuesto y a prever cómo manejar sus ingresos y bienes. Es decir, que es posible que algunas personas requieran apoyos por un tiempo acotado con un énfasis pedagógico. Sin embargo, también es real que en algunos casos la discapacidad psicosocial genera limitaciones en el manejo autónomo de los recursos y que los apoyos que requiere la persona pueden ser más o menos permanentes.

La regulación de las condiciones para el ejercicio de estos actos debe centrarse en las situaciones y no en los rasgos individuales. En este sentido, hay que asegurar que cualquier persona, al momento de la externación o con posterioridad a ella, deje registro de su voluntad respecto de algunas cuestiones fundamentales que atañen al manejo de su economía. Es clave que los sujetos en procesos de externación tengan acceso a información relativa a cómo abrir y administrar una cuenta bancaria, celebrar contratos y llevar a cabo diversas transacciones económicas y financieras. Al mismo tiempo, no es deseable que los equipos sanitarios ejerzan también el rol de apoyo, y especialmente en lo relacionado con los derechos patrimoniales es necesario limitar el abuso de las relaciones de poder.[73] Salvaguardar el buen funcionamiento del sistema de apoyos para evitar abusos e influencias indebidas es uno de los desafíos centrales en responsabilidad de los funcionarios públicos.

73 Una trabajadora social relató: "P es una mujer que no conoce del todo el dinero, ella tiene una pensión derivada y está declarada insana. Su curador renunció y se quedó sin representante durante un par de meses. El dinero de P empezó a ser derivado a una cuenta judicial, en tanto que ella empezó a carecer de los recursos para solventar sus gastos. Gracias a que desde el Programa de externación hicimos una presentación, P pudo tener acceso a estos recursos. Lo único que pudimos lograr es que la autoricen a disponer de $5000 cada cuatro meses. Entonces nosotros tenemos que ir a retirar el dinero y nos ocupamos de asegurar que el dinero le alcance. Pero esta no es una función nuestra, ahí asumimos una responsabilidad que nos sobrepasa".

Para garantizar el ejercicio del derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial se necesita superar de forma definitiva el modelo de restricción y de sustitución de la voluntad en la toma de decisiones. Asimismo, el ejercicio del derecho al acceso a la administración de justicia requiere que se reconozca el derecho a la capacidad jurídica para facilitar la intervención directa y autónoma en los distintos procesos judiciales, entre ellos en los que se cuestiona la capacidad legal.

La superación del modelo tutelar implica el compromiso institucional presupuestario y administrativo para establecer un sistema que provea medidas de apoyo para apuntalar la capacidad de las personas. La Observación[74] dispone que los Estado partes de la CDPD tienen la obligación de definir formas de apoyo oficiales y oficiosas que faciliten a las personas con discapacidad psicosocial la toma de decisiones en su vida diaria de acuerdo con sus convicciones y preferencias, es decir, sin sustituir su voluntad. Como los apoyos deben estar disponibles bajo un valor simbólico o gratuito para todos, el Estado tiene que garantizar su disponibilidad y prever medidas de impugnación ante influencias indebidas (miedo, agresión, amenaza, engaño o manipulación), facilitar la comunicación y tener en cuenta la voluntad de la persona con discapacidad en todos los aspectos de su funcionamiento.

3. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: RESISTENCIA ACTIVA A IMPLEMENTAR LEYES RESPETUOSAS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

La implementación de la LNSM implica un fuerte impacto en las competencias no delegadas a la nación y, por lo tanto, desafíos a nivel de la articulación federal y un reconocimiento expreso sobre las responsabilidades concretas de las autoridades locales. Las políticas públicas del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son un ejemplo concreto de cómo pueden funcionar los escollos políticos e institucionales cuando una jurisdicción decide no implementar la LNSM, ni su precedente local.

Buscamos describir el paradigma de salud mental de la gestión actual del gobierno de la ciudad y el lugar de las personas usuarias de los servicios. Consideraremos la infraestructura institucional y el presupuesto en el marco del ordenamiento legal de esta jurisdicción (su Carta Magna, la Ley 153 de Salud, Ley 448 de Salud Mental, la Ley Nacional 26 657 de Salud Mental y su decreto

74 Párrs. 28-29.

reglamentario y los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos).

3.1. LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Hace siete años que la política pública de salud mental de la ciudad está indefinida; el último plan con el que contó fue el llamado "Plan Soriano", vigente entre 2002 y 2006, y prorrogado hasta 2007. Esta situación es contemporánea de la adopción de instrumentos internacionales de protección de derechos con rango constitucional por parte del Estado argentino y de la sanción de leyes que son un punto de inflexión. Tanto la ratificación de la CDPD de Naciones Unidas como la sanción de la LNSM establecen mandatos claros respecto de las políticas públicas para las personas con discapacidad mental.

En 2012 la Dirección General de Salud Mental elaboró un documento borrador al Plan de Salud Mental que, un año más tarde, puso a consideración de la Legislatura porteña. El Plan sólo toma como marco normativo la Ley 448/98 y la Ley 153/99 de salud y no aporta una mirada armónica sobre el plexo normativo que amplíe la perspectiva de derechos y atienda a una respuesta integral e inclusiva dentro del campo de la salud a fin de dar lugar al derecho a obtener el nivel más alto de salud posible.[75]

El paradigma impuesto por la LNSM establece que las instituciones de encierro deben ser sustituidas por servicios de atención ambulatoria con inserción en la comunidad. Sin embargo, la Comisión de Seguimiento y Evaluación de la Ley 448 de la Legislatura de la CABA señala en su informe[76] la persistencia de los hospitales psiquiátricos monovalentes como "cabeceras" de la red que debe brindar respuestas sanitarias a los padecimientos mentales.

El borrador del nuevo Plan de Salud de la ciudad se afirma en el fomento de la atención primaria a la salud. Este aspecto no tiene un correlato presupuestario ya que es evidente el vaciamiento económico de los dispositivos sanitarios y de servicios de salud mental.

Actualmente, la oferta pública del campo de la salud mental se lleva a cabo a través de distintos niveles de atención y efectores.

75 Observación General nº 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

76 Informe de la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley nº 448 de Salud Mental, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, noviembre de 2013.

a) *Hospitales psiquiátricos*. Existen cuatro hospitales psiquiátricos monovalentes de tipo asilar:[77] Psiquiátrico Infanto-Juvenil Dra. Carolina Tobar García, de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Dr. José T. Borda y Dr. Braulio Moyano.
b) *Centros de Salud Mental (CSM)*. Existen dos para toda el área metropolitana: el nº 1 Dr. Hugo Rosarios y el nº 3 Arturo Ameghino.
c) *Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC)*. Existen 45 con una distribución azarosa que no prioriza el primer nivel de atención de la salud con igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos:[78] mientras que en Villa Lugano existen ocho centros, en Boedo o Constitución no hay ninguno.
d) *Centros Médicos Barriales (CMB)*. Hay 35 Centros Médicos Barriales que se integran dentro de las áreas programáticas de diferentes Hospitales Generales.
e) *Programas y Redes*. Existe una diversidad de Programas y Redes que no integran el organigrama de los hospitales generales o de las regiones sanitarias en una dependencia presupuestaria particular. Se trata de los Programas de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Pivesam); Violencia, Salud Mental y Desastres; Salud Mental y SIDA; AdoP-AdoPi (Atención domiciliaria psiquiátrica-psicológica-social en situaciones de crisis y Atención domiciliaria psiquiátrica-psicológica-social infantil en situaciones de crisis); de Salud Mental en Adultos Mayores; de Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos; de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogadependencia; Psicoeducativo y de investigación con técnicas de asistencia animal; de Asistencia-Rehabilitación con Inclusión Social. También funcionan las redes de Guardias de Salud Mental, de Trastornos de la Alimentación, de Musicoterapia y el Programa de Emprendimientos Sociales, Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

3.1.1. La dependencia funcional y presupuestaria de los efectores

La oferta de la política pública de salud mental en la CABA se presenta con una diversidad acorde al espectro de los padecimientos mentales y organizada en efectores de distinto nivel. Sin embargo, la dispersión de los servicios en los

77 Hacemos referencia a lo asilar como modelo, y no a la cantidad de camas.
78 Ley Básica de Salud, art. 18.

diferentes barrios y la dependencia funcional y presupuestaria de la Dirección General de Salud Mental determinan el modo en que se materializa la política pública y obstaculizan una comprensión integral del proceso salud-enfermedad. En principio, no se garantiza la igualdad de oportunidades en el acceso al derecho a la salud para todos los ciudadanos. Al mismo tiempo, el abordaje parcial y monovalente estigmatiza, obstaculiza el tratamiento de otras patologías del campo clínico –asociadas o no–, segrega a personas que están en particular situación de fragilidad y no fomenta prácticas inclusivas en los hospitales generales y en los dispositivos comunitarios, en franca contradicción con el mandato comprendido en todo el plexo normativo vigente.

En cuanto a su dependencia institucional,[79] el Ministerio de Salud de la Ciudad se divide en tres subsecretarías: de Planificación Sanitaria, de Administración del Sistema de Salud y de Atención Integrada de Salud. Esta última tiene bajo su jurisdicción las direcciones que elaboran buena parte de la política pública de salud mental. Entre ellas, la Dirección General de Salud Mental (DGSM) y las direcciones generales de las regiones sanitarias I, II, III y IV. Del conjunto de estas direcciones dependen los hospitales generales y monovalentes[80] y los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC), los Centros Médicos Barriales (CMB) y los Centros de Salud Mental (CSM) nº 1 y nº 3.[81]

No obstante, la guía de funcionarios de la CABA[82] presenta discrepancias respecto de la dependencia funcional de los hospitales y centros de salud. En

79 Disponible en <bit.ly/1ES63Kf>.

80 Se entiende por hospital polivalente o general todo "hospital destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria y otros servicios". Y por hospital monovalente o especializado, el que está "destinado a prestar asistencia a la salud en una especialidad", en Mercosur/GMC/RES nº 21/00, "Glosario de Términos comunes en los Servicios de Salud del Mercosur", disponible en <bit.ly/1ES69BE>.

81 Todos estos dispositivos responden al modelo de atención primaria de la salud, "una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación" (disponible en <bit.ly/1ES6bJE>). Los CESAC son centros barriales que implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad según los principios de la atención primaria de la salud. Cuentan con equipos interdisciplinarios (véase en <bit.ly/1DcC1PR>). Los CMB sólo cuentan con médicos generalistas, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos, para realizar controles de salud y para tratar enfermedades más frecuentes (disponible en <bit.ly/1yF74je>). Por último, los CSM intervienen específicamente sobre la temática que su nombre refiere.

82 Disponible en <bit.ly/1zi41Ry> (actualización de 2014).

este caso, los cuatro hospitales psiquiátricos monovalentes de la ciudad, los Centros de Salud Mental nº 1 y nº 3 y los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica dependen de la Dirección General de Salud Mental y no del conjunto de las direcciones de los hospitales de las regiones sanitarias, como figura en el organigrama del Gobierno de la Ciudad.

Mientras que todos los hospitales dependen de las direcciones a cargo de cada una de las cuatro regiones sanitarias,[83] los hospitales psiquiátricos monovalentes y los Centros de Salud Mental están bajo la órbita de la Dirección General de Salud Mental. Esta división administrativa refleja una visión que aísla los padecimientos psicosociales de un abordaje integral sobre la salud de las personas. Este mismo sesgo se refleja en el modo de gestión de las políticas sanitarias que no presentan una articulación adecuada entre el trabajo de los hospitales generales y los monovalentes.

Se observa otra discrepancia en cuanto a la información que se brinda sobre la dependencia funcional de los centros de salud. De acuerdo con la sección "consulta de establecimientos" de la página web de la CABA,[84] los Centro de Atención y Salud Comunitaria (CESAC), los Centros de Salud Mental (CSM)[85] y los Centros Médicos Barriales (CMB) dependen de las áreas programáticas de algunos hospitales generales (Hospitales Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield) y no del conjunto de las direcciones de hospitales de las regiones sanitarias.[86] Si bien estos hospitales dependen de las cuatro áreas sanitarias de la CABA y los centros de salud de las áreas programáticas de algunos de estos hospitales, surge una incongruencia: los programas y las redes de salud mental que se ejecutan desde estos dispositivos están supeditados a la Dirección General de Salud Mental.

Esta decisión condensa niveles de atención de diferente orden y configura una conglomeración de poder cuyo denominador común es el contraste con el espíritu descentralizador de la política de salud mental de los paradigmas actuales y la priorización de la atención primaria como política sanitaria dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Desde su Carta Magna, la CABA señala que

> el área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de aten-

83 Mapa disponible en <bit.ly/1A3jEzs>.
84 Disponible en: <bit.ly/1zFrDDb>.
85 No es el caso del Centro de Salud Mental nº 3 "Dr. Ameghino", que depende de la DGSM.
86 Disponible en <bit.ly/1vb3wKU>.

> ción, jerarquizando el primer nivel [y] promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de políticas generales, sin afectar la unidad del sistema.[87]

3.1.2. Menos política pública, menos derechos

En los últimos años, ocurrieron dos hechos que dan cuenta de la política pública de salud mental.

Por un lado, la desarticulación del Programa de Atención Comunitaria (PAC) de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos, por parte de la Dirección General de Salud Mental.

El PAC se puso formalmente en funcionamiento en 2007[88] (a pesar de funcionar informalmente desde 1989) y se caracterizó por tener una articulación interesante con distintas áreas del gobierno porteño y diversas instituciones. Ayudó a sostener a más de trescientos niños en su medio familiar y a evitar internaciones en el Hospital Psiquiátrico Tobar García por razones de tipo social. En abril de 2012 una resolución indicaba su reubicación en el ámbito del Hospital Psiquiátrico Infanto-Juvenil C. Tobar García, con una fuerte y clara tendencia hacia la atención hospitalocéntrica y manicomial. Sin embargo, el destino fue aún peor: el cierre definitivo del PAC. Según un informe de auditoría[89] de septiembre de 2012, el Programa no estaba funcionando en el hospital y esta desarticulación y el cese definitivo implicaban un incumplimiento grave con la LNSM, la Ley 114 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley de Salud Mental y la Ley Básica de Salud de la CABA.

La alternativa de muchos de los jóvenes que se beneficiaban con el Programa y lograban mantener sus lazos sociales y su pertenencia comunitaria y familiar se redujo a una respuesta masiva e institucionalizadora en el Hospital Tobar García, es decir, lo contrario a los propósitos de la Convención y de la ley.

En 2012 el GCBA llamó a licitación pública para la contratación del

> Servicio de internación prolongada de pacientes psiquiátricos y pacientes gerontopsiquiátricos, con atención médica integral en salud mental, con el objeto de lograr su rehabilitación y su reinserción social.[90]

87 Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, capítulo 2, puntos 2 y 9.
88 Resolución nº 1175/07.
89 Informe de Auditoría 23/UAIMS/12.
90 Resolución nº 52/12.

Esta acción se opuso a la normativa vigente en salud mental, que insta a la creación y apertura de dispositivos comunitarios para la atención, rehabilitación y reinserción social de las personas con discapacidad mental y establece que la privación de la libertad por razones de salud mental debe ser considerada el último recurso terapéutico y estar sometida a evaluaciones periódicas. Un llamado a licitación para tercerizar en servicios privados las internaciones prolongadas contradice las normas y podría implicar internaciones psiquiátricas sin control judicial. Tras las acciones legales de la Asesoría General Tutelar y de organizaciones de la sociedad civil, el llamado a licitación se suspendió.

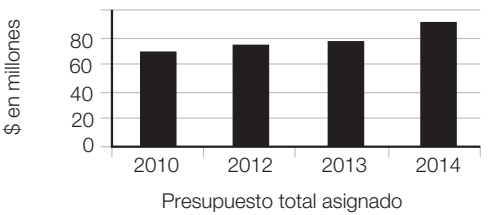
3.2. EL PRESUPUESTO EN SALUD MENTAL[91]

En la Ciudad de Buenos Aires, el presupuesto total destinado a la salud aumentó pero no así su proporción destinada a la salud mental (véase el gráfico 1). Esta decisión es contraria a la normativa que establece un aumento gradual del rubro salud mental hasta llegar a un 10% de lo destinado a salud. Como muestra el gráfico 2, de 2010 a 2012 hubo una disminución considerable del porcentaje del presupuesto destinado a esta área. La tendencia cambia para 2013 y hasta 2014, ya que se incrementó la asignación presupuestaria aunque no recuperó los valores de 2010.

91 Analizamos el presupuesto del Gobierno de la CABA, aprobado por la Legislatura, para los servicios de salud mental entre 2010 y 2014, disponible en la web del Estado porteño, en el área del Ministerio de Hacienda. El análisis corresponde al presupuesto asignado al Ministerio de Salud (Jurisdicción 40), del cual tomamos el asignado al Programa Atención de Salud Mental (compuesto por siete subprogramas). Incluimos las actividades vinculadas a Conducción y Administración, Programas Residenciales y de Reinserción Social. En el último año esta línea involucra a los programas que dependen de la Dirección General de Salud Mental. También tomamos en cuenta el Presupuesto Físico que atañe a todos los subprogramas de Atención en Salud Mental y expresa la cantidad de prestaciones "meta" para cada dispositivo. Para contrastar este dato, analizamos la ejecución de presupuesto. En relación con la Distribución de Créditos, examinamos la información del "Servicio de Internación" y del "Servicio Ambulatorio - Consultorio Externo" de los principales psiquiátricos: Alvear, Borda, Moyano y Tobar García. También brindamos una lectura articulada de los datos del "servicio de internación" con el número de camas por dispositivo. Y se tomaron en cuenta las modificaciones presupuestarias que surgen de la Cuenta de Inversión. Analizamos el presupuesto asignado a los hospitales generales que cuentan con un área programática que consta como CESACS - Atención Primaria en Salud (Act. 6), para conocer los recursos de esos dispositivos. Finalmente, se considera el presupuesto hecho público asignado para salud mental en estos establecimientos, según la distribución de créditos de 2014, referido como "Actividad 53" de los hospitales generales.

Frente a esta privación de recursos, es necesario llamar la atención sobre el desapego a la obligación normativa y articular el análisis presupuestario con el impacto de estas decisiones en la calidad de la respuesta sanitaria desde una perspectiva de acceso a derechos.[92]

Gráfico 1. Presupuesto total asignado al programa "Atención en Salud Mental" (en pesos)



En cuanto a la distribución de la partida presupuestaria, la mayor cantidad del presupuesto se asigna a las cuatro grandes instituciones psiquiátricas: Borda, Moyano, Alvear y Tobar García. Esta conglomeración financiera no respeta la obligación de fortalecer la atención primaria de la salud a partir de la consolidación política, técnica y financiera de los servicios descentralizados insertos en la comunidad y en el ámbito de los hospitales generales. La LNSM[93] indica la migración progresiva de recursos, como modo de apuntalamiento de las nuevas prácticas.

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

93 Art. 27: "La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad".

Gráfico 2. Presupuesto total asignado al programa "Atención en Salud Mental" (en porcentajes)

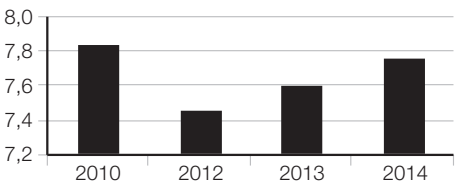
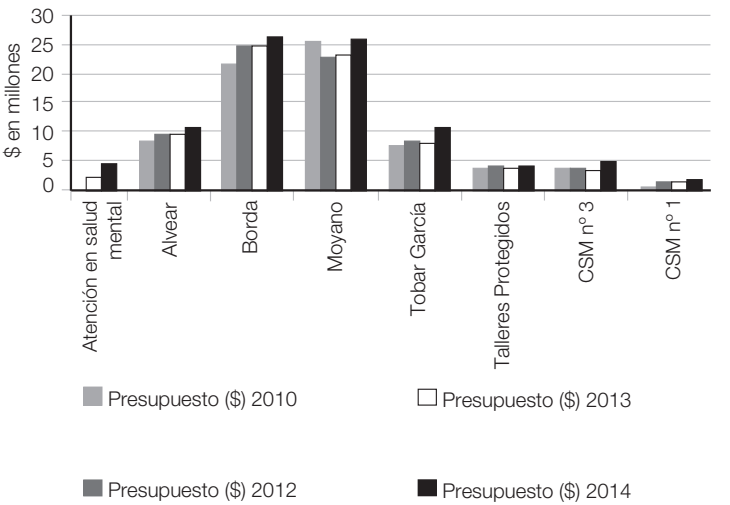
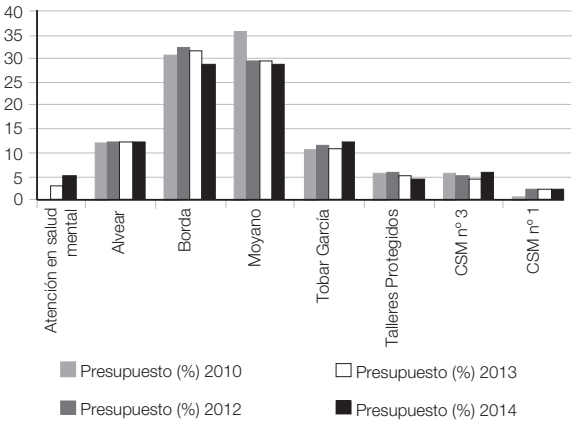


Gráfico 3. Presupuesto asignado por dispositivo de salud mental (en pesos)



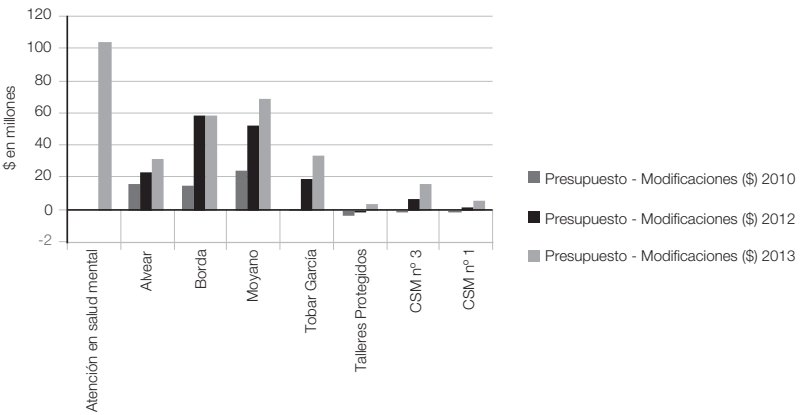
Si bien, en términos porcentuales, la asignación a los psiquiátricos monovalentes disminuye con el correr de los años, la reducción es mínima. Más del 80% se asigna a estas instituciones librando apenas un 20% para los dispositivos ambulatorios y los programas que apuntan a la reinserción en la comunidad.

Gráfico 4. Presupuesto asignado por dispositivo de salud mental (en porcentaje)



Si se analizan las modificaciones que se hicieron en las Cuentas de Inversión, se pueden estimar las diferencias entre los montos iniciales y sus dispersiones posteriores.

Gráfico 5. Modificaciones en el presupuesto asignado por dispositivo de salud mental (en pesos)



En cada año se observa un aumento respecto de lo previamente asignado para los hospitales monovalentes. Si bien vemos una transferencia de recursos a las actividades y programas de reinserción social dentro del ítem "Atención en salud mental", en paralelo se quitan recursos a dispositivos de tipo ambulatorio

como los Centros de Salud Mental nº 3, nº 1 y al Programa Talleres Protegidos. Estas decisiones muestran un ordenamiento discrecional y aleatorio que contradice el Presupuesto por Jurisdicción de 2014:

> El sistema de salud mental deberá atender a los lineamientos de la Ley 448 y los alcances pertinentes de la Ley Nacional de Salud Mental. Promoviendo la desinstitucionalización, rehabilitación y reinserción social de los pacientes.[94]

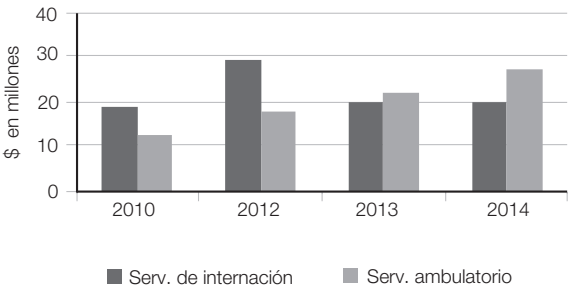
Al mismo tiempo, la Carta Magna de la Ciudad propone la desinstitucionalización progresiva y crea una red de servicios y de protección social.[95] El Ejecutivo porteño a través de la Dirección de Salud Mental está violando los principios constitucionales de la ciudad y los derechos de sus ciudadanos.

3.2.1. Distribución presupuestaria por tipo de servicio en el interior de los psiquiátricos monovalentes

Analizamos comparativamente la distribución presupuestaria referida a servicios de internación y a servicios ambulatorios de los cuatro hospitales psiquiátricos: Alvear, Borda, Moyano y Tobar García.

Hasta 2012 el Hospital Alvear tuvo para su servicio de internación un presupuesto significativamente superior que para el ambulatorio. En 2013 y 2014 la situación se invirtió, como se observa en el gráfico 6. Sin embargo, el impacto real de este incremento en el servicio ambulatorio es relativo.

Gráfico 6. Distribución de presupuesto según tipo de servicio, Alvear (en pesos)

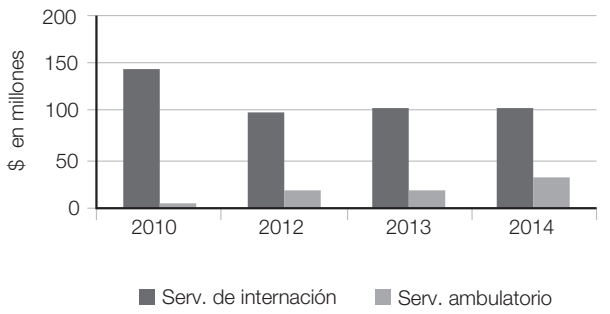


94 Presupuesto jurisdiccional 2014, Ministerio de Salud, Jurisdicción 40. Política de la jurisdicción, pp. 5, disponible en <bit.ly/1zFt6tc>.

95 Art. 21.

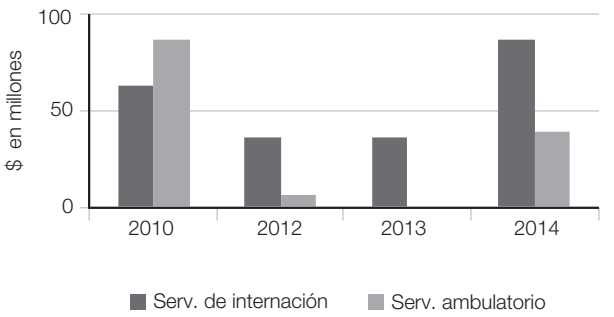
En la asignación presupuestaria del Hospital Borda predomina absolutamente el servicio de internación.

Gráfico 7. Distribución de presupuesto según tipo de servicio, Borda (en pesos)



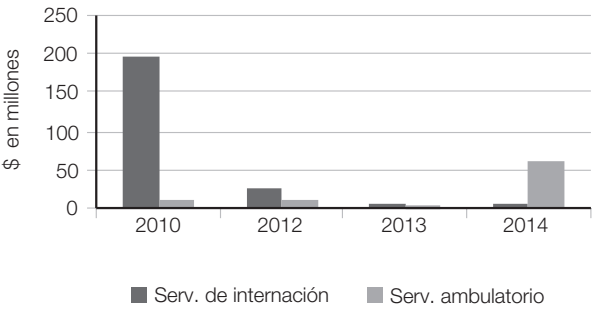
En el Hospital Moyano la situación de internación es similar a la del Hospital Borda: un descenso entre 2012 y 2013 y una brusca recuperación en 2014. Una variación muy diferente ocurre con el servicio ambulatorio: entre 2010 y 2012 sufrió un descenso marcado: de 86 millones de pesos, sólo pasa a recibir menos de un millón de pesos. Y más llamativo aún es que al año siguiente no recibe presupuesto alguno para este servicio. Recién para el 2014 se recupera el rubro, pero sigue siendo significativamente menor al de internación.

Gráfico 8. Distribución de presupuesto según tipo de servicio, Moyano (en pesos)



En el Hospital Tobar García entre 2010 y 2013 se priorizó el servicio de internación por sobre el servicio ambulatorio. Esta relación se invirtió significativamente en 2014.

Gráfico 9. Distribución de presupuesto según tipo de servicio, Tobar García (en pesos)



La asignación presupuestaria es elocuente sobre el modelo que se prioriza y contradice el mandato de la Ley 448 de Salud Mental[96] cuando estipula que se deben potenciar los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, a los sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, y procurar la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral.

3.2.2. Valor de las camas de internación en los monovalentes

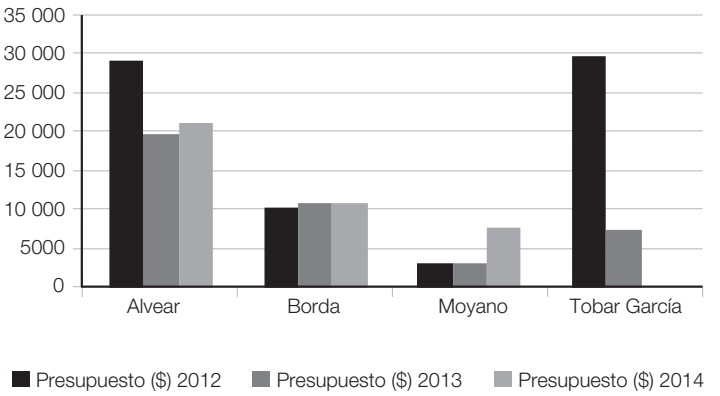
En cuanto a los valores previstos para el mantenimiento de las camas de internación en los psiquiátricos monovalentes, las cifras son alarmantes.

El Hospital Alvear tiene el presupuesto por cama más alto de los cuatro hospitales. El Hospital Moyano, el más bajo. La proporción del costo cama-mensual que se expresa entre el Alvear y el Moyano es 3:1. El panorama descripto conduce a reflexionar sobre la situación en la que se encuentran las mujeres con padecimiento mental, y su estatuto como sujetos de derecho en el contexto de la respuesta estatal. Si el estado de vulneraciones múltiples es un hecho irrefutable para este colectivo de personas, la situación de abandono de las mujeres requiere esfuerzos adicionales en los términos que imponen los ajustes razonables para eliminar políticas discriminatorias.[97]

96 Art. 10.

97 En el caso del Hospital Tobar García no es posible hacer un análisis para el año 2014 por falta de datos públicos.

Gráfico 10. Presupuesto mensual por cama en los monovalentes (en pesos)



3.2.3. Presupuesto asignado a los CESAC - Atención Primaria en Salud en hospitales generales

Un enfoque integral requiere incluir el gasto asignado a los CESAC - Atención Primaria en Salud, ya que en estas estructuras debería apoyarse la construcción de la respuesta sanitaria sobre la base de la comunidad como una alternativa a la internación. De los once hospitales que cuentan con áreas programáticas de las que se desprenden los CESAC, sólo seis tuvieron un incremento en la asignación de presupuesto en el último año (Ramos Mejía, Álvarez, Tornú, Vélez Sarsfield, Fernández y Durand).

Al observar la relación entre ese incremento y el presupuesto total asignado a cada uno de estos hospitales, sólo cuatro reflejan un aumento real en el presupuesto destinado a los CESAC de su dependencia (Ramos Mejía, Álvarez, Vélez Sarsfield y Fernández).

Gráfico 11. Presupuesto destinado a CESAC - Atención Primaria en Salud en hospitales generales (Act. 6) (en pesos)

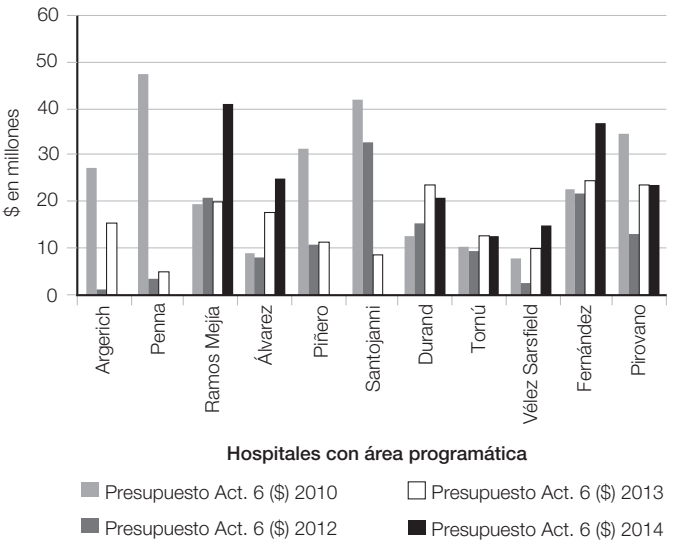
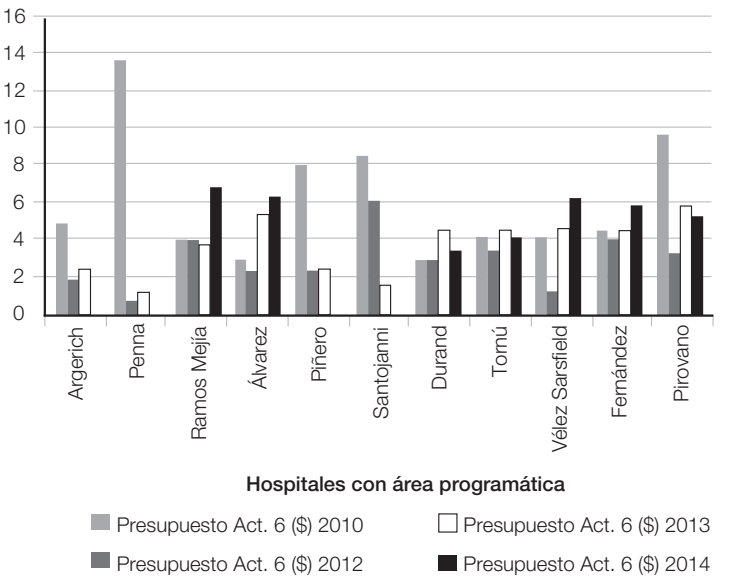


Gráfico 12. Presupuesto destinado a CESAC - Atención Primaria en Salud en hospitales generales (Act. 6) (en porcentaje)



No hay una partida asignada para 2014 en el caso de los hospitales Argerich, Penna, Piñero y Santojanni. En este sentido, observamos que nuevamente se contradice el mandato de la Ley 448,[98] que plantea y busca promover "la adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico, para el desarrollo de un nuevo modelo de salud mental". Es incluso más notable que la norma establece como uno de los efectores de la red de salud mental a los Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC).[99]

3.2.4. Presupuesto asignado a salud mental dentro de hospitales generales

Un dato a considerar es la llamada "Actividad 53 o Salud Mental" dentro de las referidas a los hospitales generales. Está presente en cinco hospitales generales en el presupuesto de 2014: Elizalde, Álvarez, Piñero, Durand y Pirovano. Dicha actividad ocupa menos de un 1% del presupuesto y no encontramos información sobre qué implica concretamente.

Tabla 1. Presupuesto de hospitales generales a "Salud Mental" (Act. 53), 2014

Hospitales generales	**Total ($)**	**Act. 53 ($)**	**%**
Elizalde	443 089 708	2 600 000	0,58
Álvarez	384 393 010	2 500 000	0,65
Piñero	541 012 466	3 000 000	0,55
Durand	595 094 261	3 480 000	0,58
Pirovano	447 505 443	1 000 000	0,22

3.3. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL MANICOMIAL

Para el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), la política de salud mental es manicomial y está sesgada por los modelos históricos de segregación propios de las instituciones asilares. Este enfoque restringe el acceso a los derechos de las personas con padecimientos mentales.

98 Art. 10.
99 Art. 14.

La conglomeración de la agenda y del presupuesto en manos de la Dirección de Salud Mental funciona como el correlato perfecto para anidar una impronta contraria a derecho: la defensa orgánica del hospital psiquiátrico y el desmantelamiento de la oferta descentralizada. Con respuestas centradas en el hospital psiquiátrico sin una red comunitaria que despliegue la atención primaria, las personas quedan a expensas de las lógicas de una institución de poder totalitario que sostiene prácticas abusivas.

Sin soslayar el evidente desapego a las normas locales, nacionales e internacionales, la concepción que pone en el centro a los sujetos de derecho supone un cambio de posición sustancial que no sólo interpela a la respuesta estatal en materia sanitaria, sino a la posibilidad de elegir.

Es difícil imaginar un cambio del escenario porteño que vire hacia la implementación de la LNSM cuando la misma defensa corporativa ha operado desde hace más de catorce años para evitar una implementación de la Ley 448 que permita quebrar con el monopolio manicomial. A pesar de ello, la actuación territorial subsidiaria del ORN y la fuerte presencia de las estructuras de defensa continúan la lucha hacia la reivindicación de los derechos fundamentales en juego.

4. PASOS INELUDIBLES PARA LA PLENA IMPLEMENTACIÓN DE LA LNSM

Tras décadas de segregación, en los últimos años las personas con padecimientos mentales fueron reafirmadas, al menos en el aspecto legal, en su condición de ciudadanos. Derechos tan elementales como a decidir, a ser atendido por un juez, a trabajar, a estudiar, a transitar por la calle sin estigmas y a reclamar una atención en salud que no signifique encierro fueron reivindicaciones normativas que cuando se concretaron marcaron un antes y un después.

Sin embargo, la LNSM puede ser letra muerta si no existen prácticas institucionales que lleven adelante el proceso de transformación. Existen rasgos comunes entre los logros y los obstáculos de los procesos sociopolíticos orientados a incluir a grupos más desfavorecidos. En primer lugar la transformación de paradigmas desigualitarios a partir de leyes que son producto de una larga lucha de reivindicaciones sociales. También, las sostenidas resistencias sectoriales a la aplicación de los nuevos marcos normativos y las acciones estatales lábiles e imprecisas –hasta a veces incoherentes con el marco legal– al momento de delinear políticas. Esta situación está presente en el proceso de implementación de otras leyes transformadoras: importantes luchas sociales para conseguir la ley, dilaciones y pérdidas de precisión y calidad en los decretos reglamentarios, y todo tipo de distorsiones en las regulaciones específicas

y su implementación. Se trata de rasgos que se han reiterado en diferentes procesos: la Ley Nacional de Migraciones; las leyes que establecieron el nuevo Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del Niño provincial y el Régimen de Responsabilidad Penal Juvenil; la Ley de Autonomía de la Defensa Pública Bonaerense; la Ley de Acceso Justo al Hábitat de la Provincia de Buenos Aires y muchas otras que implican rupturas con paradigmas regresivos, como lo hace la LNSM.

Para que haya cambios reales en la vida de las personas que sufren violaciones cotidianas en el encierro por razones de salud mental, es imprescindible una decisión política que no admita retrocesos. El proceso reciente de ampliación de derechos en la Argentina significó, sobre todo, un Estado que no se mantiene al margen de la exclusión. La sanción de la LNSM, modelo excepcional a nivel mundial, fue un mensaje claro que marcó el rumbo de las políticas públicas de salud mental: el cierre de los manicomios y su sustitución por servicios alternativos de atención en salud mental comunitaria.

La situación de las personas alojadas en el Hospital Melchor Romero de La Plata muestra que el asilo psiquiátrico sigue desplegándose con todas sus fuerzas. A partir de una acción colectiva en defensa impulsada en 2014, nos encontramos con alrededor de 750 personas hacinadas, en condiciones de alojamiento deficientes y riesgosas para la salud y la vida, falta de atención médica apropiada, ausencia de procesos de rehabilitación, abandono,[100] falta de controles externos eficaces que garanticen la vigencia de los derechos humanos, persistencia de los espacios de aislamiento y denuncias por abusos cometidos por los profesionales.[101]

100 Pedro Lipcovich describe un caso que ejemplifica el abandono encontrado: "El caso de la paciente N. B. es de singular gravedad –destaca el fallo del juez Arias al relatar la visita al manicomio de Melchor Romero–. En su historia clínica decía que el día anterior se le había indicado una medida de aislamiento. Se requirió el acceso a ese lugar al director de la sala, doctor Sánchez, quien señaló que N. B. es travesti, que tiene VIH y que días antes habría mordido a una enfermera. Dijo que no existía un lugar de aislamiento, aun cuando la historia clínica se refería específicamente a ello. Se le solicitó que nos dejara a solas con la paciente y se retiró visiblemente molesto. Sobre un colchón roto, sin sábanas, estaba durmiendo la paciente. El perito psiquiatra la ayudó a incorporarse. N. B. estaba desaliñada, sucia, se rascaba permanentemente la cabeza, apenas se entendía lo que intentaba decir. Presentaba una delgadez extrema, la boca inflamada y ausencia de varias piezas dentales. Señalando sus encías balbuceó que no podía comer. Se pudo advertir que estaba muy medicada. No podía sostenerse en pie". "Un caso como ejemplo", *Página/12*, 29 de noviembre de 2014.

101 Véanse los comunicados del CELS disponibles en su página web: "Medidas judiciales por las violaciones a los derechos humanos en el Hospital Psiquiátrico Melchor Romero" y "La justicia ordenó la intervención del 'Melchor

El afianzamiento de los actores sociales que promueven la implementación plena de la LNSM hace mella en las estructuras corporativas que pretenden resguardar el modelo manicomial. Estas sostienen, bajo discursos con una retórica renovada, una noción de la salud mental centrada en la enfermedad y sus tratamientos. De este modo expresan sus resistencias a la perspectiva de la ley, que entiende la salud mental como un proceso de múltiples dimensiones –históricas, biológicas, socioeconómicas, culturales y psicológicas–, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Cuando el ORN denunció en su primer informe de gestión la persistencia de graves violaciones en instituciones psiquiátricas y señaló lineamientos contundentes para el cierre de los monovalentes, las corporaciones médicas hegemónicas no tardaron en expresar una defensa del manicomio. Se manifestaron en contra de la LNSM y de las estructuras institucionales creadas por la norma. En esa orientación la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) emitió un comunicado el 18 de diciembre de 2014[102] en el que equipara las estructuras hospitalarias monovalentes (en particular, psiquiátricos, pediátricos y oftalmológicos) desconociendo la realidad de los manicomios desde los comienzos de la psiquiatría clásica en la Argentina: el estigma, el abandono y la discriminación. Estas características son las que han dado sustento al mandato legal de cierre definitivo de estas instituciones.

El comunicado se refiere a las denuncias publicadas por el ORN –en ejercicio de su función legal– como "ataques indiscriminados" y "difamación" contra los profesionales, que, según APSA, conllevan un aumento en el estigma de la locura y una privación "a los pacientes más pobres y desprotegidos de la sociedad del único recurso con el que cuentan para buscar ayuda". Con esto desconocen por completo que la LNSM establece que las instituciones de encierro psiquiátrico no significan acceso a la salud y deben cerrarse, que no son una opción para las personas pobres con padecimientos mentales y que estas últimas tienen derecho a que el Estado les garantice el acceso a servicios sanitarios respetuosos de las lógicas de intervención que manda la ley.

Con igual convicción, APSA deslegitima la recomendación del ORN a las jurisdicciones sobre erradicar la práctica de *electroshock* y repudia las recomendaciones relativas a la obligación judicial y administrativa de investigar todas las muertes de personas que se encuentran internadas en psiquiátricos, de

---

Romero' por violaciones a los derechos humanos". También Pedro Lipcovich, "Hospital de muerte, desidia y abandono", *Página/12*, 29 de noviembre de 2014.

102 Disponible en <www.apsa.org.ar>.

acuerdo con los estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que, además de ser aplicables al sistema carcelario, se manifiestan expresamente sobre el encierro en instituciones psiquiátricas como muertes que deben ser investigadas.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la Asociación de Médicos Municipales (AMM) históricamente concentró el poder de decisión sobre las políticas sanitarias. Su fuerte resistencia al cese del paradigma manicomial –en consonancia con la posición de APSA– se cristalizó hace quince años con la Ley de Salud Mental 448, que no pudo ser implementada. En igual sentido, actualmente obstaculizan la implementación de la LNSM. A fines de 2014, también en reacción al informe de gestión del ORN, la AMM convocó a un paro en los hospitales psiquiátricos José T. Borda y B. Moyano con los objetivos de pedir el "desagravio del ORN" y que la Legislatura porteña se pronunciara en contra de la aplicación de una Ley Nacional cuyo contenido en materia de derechos fundamentales es de orden público. El ejercicio de ese poder hegemónico sólo puede sostenerse con un Poder Ejecutivo que lo avala por encima de las obligaciones que impone el marco legal.

Sólo un Estado que considere estas complejidades puede neutralizar los obstáculos, y establecer y aplicar sanciones claras ante el comportamiento ilegal. Una autoridad de aplicación nacional que se mantenga como rector político del proceso de sustitución de los manicomios es necesaria, aunque insuficiente. La interpelación a las jurisdicciones para que consoliden estructuras como el ORN es insoslayable, y el compromiso de trasferencia presupuestaria de uno a otro modelo, un paso firme del que no se puede retroceder.

Finalmente, es preciso avanzar en materia de capacidad jurídica. Los vestigios del modelo tutelar que quedaron en el Código Civil y Comercial pueden ser mitigados si se fortalece el modelo de apoyo en la toma de decisiones. Sin promoción de la capacidad jurídica de acuerdo al modelo social de discapacidad, se puede perder de vista el centro de la escena: las personas usuarias y la deuda pendiente de devolverles la autonomía y las condiciones para decidir sobre sus propias vidas.