

cap.3

salud

En este capítulo analizamos la situación de las personas en proceso de externación en relación con su salud física y mental, según sus propios relatos y los de los profesionales entrevistados.

La referencia normativa principal en este tema es la CDPD, que problematiza la tendencia generalizada a restringir el abordaje de los Estados a las necesidades de las personas con discapacidad al ámbito de la salud y, dentro de este, a priorizar un tipo de respuesta segregada y sobre-medicalizada, que habilita medidas que acentúan los padecimientos en lugar de mitigarlos.

En la Argentina, la situación de las personas en proceso de externación muestra con toda crudeza los efectos de la prevalencia de políticas públicas nacionales y jurisdiccionales centradas en mantener la institución manicomial como respuesta principal en materia de salud mental.

Estas concepciones y pautas de acción se extienden a todo el sistema de salud. Las políticas, planes y programas generales de salud aún no identifican a las personas con padecimientos mentales como usuarios con necesidades particulares a atender desde distintos ámbitos y niveles asistenciales. Por el contrario, tiende a discriminarlas y mantenerlas apartadas del resto de los usuarios de los servicios de salud, lo que sostiene vigentes aspectos críticos de la reclusión.

La situación de salud integral y de necesidades asistenciales de las personas que han vivido largos períodos de internación, que se extienden incluso al proceso de externación del manicomio, son indisolubles de las condiciones de habitabilidad, alimentación e higiene en los asilos psiquiátricos; de las prácticas de violencia, negligencia, abandono y maltrato; así como del bajo nivel de atención médica y controles clínicos corrientes en esos ámbitos¹.

1 La desidia se refleja en el hecho de que muchas personas han muerto en el psiquiátrico sin que se establezcan las causas. Algunos profesionales entrevistados en el marco de esta investigación señalaron que no suele ser una práctica habitual practicar necropsias a los “pacientes psiquiátricos”, que muchos de ellos fallecen por enfermedades que si son oportunamente diagnosticadas y tratadas, no tienen por qué conducir a la muerte, como es la neumonía. “Si la gente se muere mucho de neumonía ahí, acá como en Canadá, en Cuba o en China. Porque la neumonía es una causa importantísima de mortalidad, la neumonía mata, es así de sencillo, sobre todo en personas que están encerradas, hacinadas, con poco registro de su cuerpo, con poco registro de síntomas, con poco del hecho de pedir atención médica, atención. Todo eso hacía que sí, se muera más gente de neumonía que lo esperable. Lo que empezamos a ver es que muchos certificados de defunción decían neumonía, pero no había ningún diagnóstico que “Certifica” (no se entiende) que sea neumonía (...) No firmamos certificados, peleamos necropsia. Necropsia que no se realiza en el hospital, no la realizamos porque el techo de patología, donde se hacen las autopsias, se caía. Llovía literalmente arriba del muerto. (...)”, médica generalista vinculada al Centro de Salud Mental Dr. Franco Basaglia.

El preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional que se celebró en Nueva York en 1946, definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Pese a su amplitud, esta definición fija un estándar máximo de goce del derecho y reafirma la interdependencia necesaria entre los distintos componentes de la salud.

En efecto, al analizar la situación de la salud de la población con discapacidad psicosocial se debe evitar el tradicional reduccionismo a la salud mental como el componente e indicador principal. En tanto el aún prevalente modelo de internación asilar mantiene dicha distorsión con respecto al goce del derecho a la salud, uno de los principales problemas que afectan a este colectivo en el marco del proceso de externación, es que los demás niveles y especialidades del sistema de salud quedaron eximidos y des-responsabilizados de brindar una respuesta integral.

Aún en el supuesto de que las personas con discapacidad psicosocial pudieran acceder a una atención en salud mental de base comunitaria, como indica la LNSM, la garantía del derecho a la salud supone políticas que también derriben las barreras y prejuicios que conducen a obviar o desatender la dimensión física de la salud en este grupo. Dinámica que es muy evidente en las personas con largos períodos de internación, donde el deterioro físico es también progresivo.

Si bien el desmantelamiento del modelo manicomial implica profundas transformaciones en el sistema de salud, este no es el único ámbito que debe generar respuestas para apuntalar externaciones progresivas en condiciones dignas y sustentables. La salud está estrechamente ligada al goce de otros derechos sociales (vivienda, trabajo, seguridad social, etc.) por lo que las barreras que impiden el disfrute pleno de aquellos derechos cobra relevancia.

Los estándares normativos en materia de garantía del derecho a la salud pueden operativizarse en cinco dimensiones relativas a su grado de cumplimiento que, si bien están interrelacionadas, permiten establecer distinciones relevantes: 1) disponibilidad, 2) accesibilidad, 3) aceptabilidad, 4) calidad y 5) autonomía e integración comunitaria.

3.1. Disponibilidad

La dimensión de disponibilidad presente en los estándares normativos que rigen el modelo social de discapacidad y la LNSM, alude a la existencia de una política nacional y programas por jurisdicción, orientados a asegurar la prestación de todos los servicios tendientes a la realización efectiva de este derecho, por medio de establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud.

Las políticas públicas han evolucionado sustantivamente a partir de las reformas normativas de nivel nacional. Sin embargo, ese proceso positivo en términos de atención en salud mental no tiene hasta el momento un correlato de transformaciones comprehensivas en el abordaje de la salud integral del grupo sobre el que acá focalizamos.

Las personas con discapacidad psicosocial deberían estar contempladas e incorporadas como usuarias potenciales de cualquier establecimiento, bien y servicio de salud dirigido a la población en general. No obstante, además de las barreras excluyentes ya mencionadas (ej. perpetuación de la vinculación con el psiquiátrico), se topan con las limitaciones propias de un sistema de salud pública segmentado y desigual, que relega a los sectores menos favorecidos de la sociedad a servicios de calidad deficitaria. Por esta razón, los Estados deben prever acciones programá-

ticas en los efectores orientadas a corregir esta desventaja para la población en general, y para las personas con padecimientos mentales en particular.

El sistema argentino de salud está sustentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que estén adscritos, adicionalmente, a algún programa de prestaciones en salud particular. La totalidad de las personas entrevistadas en este estudio que vivieron largos períodos de internación manicomial, estuvieron vinculadas con la atención provista por instituciones públicas monovalentes. No obstante, al momento de la externación, los recursos con los que cada persona podía contar en términos previsionales (Incluir Salud, PAMI, obras sociales o prepagas) diversificó en alguna medida la fuente de recepción de las prestaciones en materia de salud.

Las limitaciones en la disponibilidad de los ámbitos públicos se relacionan con prácticas y prejuicios que tienden a expulsar a las personas con discapacidad psicosocial de los hospitales generales hacia los monovalentes. Los psiquiátricos fueron pensados para proveer todos los servicios de salud a las personas allí internadas –no sólo de salud mental, sino también física– lo que ha reforzado la segregación –como ejemplo valen los casos de los hospitales Alejandro Korn de la Plata, Borda de la Ciudad de Buenos Aires, o el Esteves de Lomas de Zamora.

La transformación del modelo garantizaría una atención especializada en salud física en hospitales y servicios generales para las personas con discapacidad psicosocial, tanto si viven dentro de instituciones psiquiátricas como si ya están en proceso de externación². Esta transformación requiere una fuerte reasignación presupuestaria, ya que las instituciones monovalentes siguen recibiendo importantes recursos del Estado para hacer frente a la mayoría de las necesidades de asistencia de este grupo, lo que inhibe la activación de respuestas ajustadas a los nuevos paradigmas por parte de los demás efectores, y la necesaria articulación entre todos ellos.

El PNUD, la OPS/OMS y la CEPAL señalaron en su informe de 2011 los logros alcanzados y los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino. Una cuestión particular es la distribución desigual de los servicios en el territorio, ya que “la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud”. Esta situación de fuerte inequidad territorial persiste y, en el caso de las personas en proceso de externación, las afecta al punto de desalentar la salida del manicomio³.

En lo atinente a la salud mental, el nuevo enfoque interdisciplinario –presente en la CDPD y en la LNSM– enfatiza la necesidad de servicios integrados en el primer nivel de atención de la salud para evitar la institucionalización. Este enfoque da prioridad a la rehabilitación, tanto la temprana en ocasión de las primeras crisis, como especialmente la de aquellos pacientes que han permanecido por largos años institucionalizados en hospitales psiquiátricos. Desde esta perspectiva, es central el diseño y la gestión de estrategias de atención con participación de los usuarios, sus

2 Como indicamos en el Informe Anual del CELS 2015, la mirada del Plan Nacional de Salud Mental 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 de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, cuya definición diagnóstica termina comandando una adecuación que reproduce la segregación en lugar de transformarla y no marca las pautas irrenunciables que esos proyectos no pueden desconocer para estar alineados a la LNSM.

3 Informe Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>

familias y la comunidad, procurando la organización e integración de diversas disciplinas⁴.

Actualmente el Plan Nacional de Salud Mental es el principal ámbito para motorizar las transformaciones nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires en materia de implementación de la LNSM⁵. El plan, sin embargo, que fue diseñado en 2013, resulta impreciso en la jerarquización de las problemáticas y líneas de acción respecto de las problemáticas más relevantes.

El plan nacional no partió de un adecuado diagnóstico situacional y diferenciado de las personas que permanecen en los manicomios y las que están en proceso de externación, y aún hoy no se dispone del censo que ordena la propia LNSM, por lo que esta acción resulta urgente para ajustar el diseño del plan a objetivos coherentes con una política de acción clara tendiente a la externación de las personas que están en condiciones de serlo.

La disponibilidad de programas y servicios de atención en salud mental coherentes con la LNSM se enfrenta a resistencias políticas particulares en algunas regiones, como en la provincia de Córdoba y en la CABA. Si bien no es necesaria la adhesión legislativa de las jurisdicciones para dar vigencia a la LNSM en cada territorio, al ser la salud una materia que corresponde a la administración provincial, el ajuste o no al paradigma de la ley tiene un impacto definitorio en la concreción de los derechos ahí contemplados.

La LNSM establece que los hospitales generales deben disponer de camas habilitadas para la hospitalización por crisis en salud mental, asegurando que sea en este ámbito donde se brinde ese tipo de asistencia. Sin embargo, las direcciones de salud mental, a nivel nacional y provincial, carecen de datos fiables y periódicos que permitan monitorear estas transformaciones. Esta adecuación es fundamental para que las personas en proceso de externación no se vean forzadas a retornar a los monovalentes en caso de atravesar una nueva crisis y ameriten una hospitalización.

En todas las jurisdicciones siguen siendo escasos los dispositivos de salud mental centrados en la comunidad (casas de convivencia, casas de medio camino, hospitales de día, hospital de noche y centros de día) y con carácter móvil para la atención en domicilio. Hasta ahora los dispositivos existentes son básicamente los mismos que existían antes de la LNSM, y sólo algunos han recibido refuerzos presupuestarios y en su planta de recursos humanos. Un dato llamativo es que la mayoría de esos dispositivos siguen dependiendo financiera e institucionalmente de los hospitales psiquiátricos.

En algunas jurisdicciones, como en Mendoza, quedó en evidencia la limitación para disponer de atención integral en salud para las personas externadas. La intervención terapéutica se reduce a sostener la provisión de fármacos, con entrevistas de seguimiento de psiquiatría muy espaciados en el tiempo, tanto por la carencia de profesionales como por las distancias geográficas, en un contexto de insuficiente articulación con dispositivos más cercanos a los lugares de residencia.

4 E. Galende, *Conocimiento y prácticas en salud mental*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

5 CELS, *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina*. Capítulo 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", Siglo XXI, Buenos Aires, 2015.

3.2. Accesibilidad

La accesibilidad para la atención en salud implica que los sistemas y dispositivos no deben discriminar en el acceso, en función de alguna característica particular de la persona que amerita la atención. Los servicios deben ser accesibles geográficamente y contemplar requerimientos para el traslado regular o de emergencia. La falta de recursos no puede ser motivo para no recibir atención, por lo que deben ser también económicamente viables.

La accesibilidad a la salud también implica el derecho a recibir y difundir información sobre los distintos aspectos que hacen al proceso de salud integral, como condición para la concientización y la activación de recursos. La normativa enfatiza que dichas condiciones deben ser particularmente protegidas y garantizadas en grupos con características diferenciales como los niños, las mujeres, los ancianos, las personas migrantes, con discapacidad, personas con distintas orientaciones e identidades sexuales, entre otros.

Las personas con padecimiento mental tienen problemas de acceso a la salud en hospitales y establecimientos polivalentes y, en particular, a la atención en especialidades no relacionadas con la salud mental.

En términos generales, las personas entrevistadas reportaron haber recibido atención en salud en las siguientes especialidades: psiquiatría (81,20%), clínica médica (68,79%) y psicología (62,78%). Los datos evidencian la intervención predominante de disciplinas insertas en el marco del hospital monovalente, a diferencia de las disciplinas especializadas que se proveen en otro tipo de institución.

El predominio de estas especialidades se da en un contexto de atención deficitaria en aspectos salientes de la comunidad entrevistada, con un promedio de edad de 60 años. Es común en el proceso de envejecimiento la aparición de problemas de salud en los sistemas nervioso, reumatólogo, motriz, metabólico, oftalmológico y cardiológico⁶.

Los porcentajes de atención reportada son muy inferiores en odontología (38,3%)⁷, oftalmología (4,5%), ginecología en el caso de las mujeres (53,71%) y urología en el caso de los hombres (1,37%). Sobre las acciones o prestaciones relacionadas con la vida autónoma y con criterios de promoción de salud, un porcentaje aún menor dijo haber recibido acompañamiento terapéutico (16,16%) y un porcentaje ínfimo (y nulo en la casi totalidad de los dispositivos) dijo haber recibido atención y asesoría en salud sexual y reproductiva (3,38%, del cual el 1,78% fue recibida por mujeres y el 1,50% por hombres).

La tendencia a recibir atención psiquiátrica es esperable en esta población, ya que los dispositivos a los que están vinculados incorporan ese tipo de atención por protocolo⁸. La dimensión física de la salud sigue afectada por la desatención y el descuido, alentados por las dificultades de acceso a otras especialidades médicas.

6 OMS, La buena salud añade vida a los años: información para el Día Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2012.

7 Ante la pregunta sobre la recepción de asistencia odontológica, un hombre entrevistado en un hogar en Mendoza reportó: "No tengo un diente ni una muela desde el 66", efectivamente este señor carecía de piezas dentales, lo que tenía implicaciones en su modo de alimentación y facilidad para comunicarse oralmente.

8 Una profesional del PREA Estévez explicaba: "Todas las personas, todas las mujeres usuarias del PREA, tienen tratamiento psiquiátrico. Todas. Esto no quiere decir que todas reciben medicación, pero sí todas tienen tratamiento psiquiátrico aunque el psiquiatra determine que se baja la medicación al mínimo, o que deja de tomar. Esto es importante, y está escrito en el Programa".

Analizar el acceso a la salud desde el enfoque de la CDPD visibiliza prácticas que resultan discriminatorias, más allá de que en su planteo abstracto no lo sean. Los profesionales consideran que las dificultades que cualquier ciudadano debe enfrentar en el acceso a los servicios de salud en el ámbito público (como, por ejemplo, gestionar trámites para el pedido de turnos), para estas personas se transforman en verdaderas barreras, ya que implican exigencias desmedidas para sus posibilidades materiales y subjetivas.

En su intento por vehicular el acceso a los servicios de salud, las respuestas surgidas en el trabajo interdisciplinario en programas de externación oscilan entre evitar exponer a las personas a la exigencia desmedida que supone el acceso a la salud en el sistema público y la apuesta, que lidien con ello como cualquier persona, ya sea solos o con los apoyos del equipo o de los vínculos con los que cuentan.

En el primer criterio, prima la solución práctica del retorno al monovalente; en el segundo, suele haber un seguimiento caso por caso y se lo aborda como una exigencia que puede requerir apoyos –por ejemplo, acompañamiento terapéutico, orientación por medio de trabajadores sociales– o contactos informales entre profesionales de distintos dispositivos para despejar obstáculos en el acceso a la atención.

La accesibilidad al derecho a la salud implica también el alcance geográfico y la posibilidad de movilizarse hacia los centros efectores de salud. Los dispositivos de externación relevados que implicaban un lugar de alojamiento (casas de medio camino, casas de convivencia, casas arrendadas) estaban en casi todos los casos –con la excepción de Mendoza– ubicados en lugares urbanizados. Esta situación geográfica impacta favorablemente y de manera directa en la accesibilidad espacial de servicios de salud y otros servicios públicos y de movilidad.

Falta de articulación en el sistema de salud y una atención fragmentada

La investigación permitió identificar respuestas discriminatorias y una tendencia a la segregación de esta población que obstaculiza su atención en centros de salud de la comunidad. Sin desdibujar la especificidad de los problemas de atención a la salud, las mismas barreras pueden analizarse en relación con un problema estructural: la fragmentación y falta de articulación en el sistema de salud de la atención de las personas en proceso de externación. Esto se da tanto entre efectores de salud pública, como en las prestaciones en salud mediante sistemas de seguridad social. Los obstáculos suelen ser frecuentes en la vía administrativa y, en ocasiones, pueden ser superados a partir del esfuerzo del equipo interdisciplinario. En algunos casos, ante pedidos de cobertura de la misma prestación, el sistema de seguridad social ha generado respuestas contradictorias, cubriendo o no distintas prestaciones en diferentes ocasiones.

En el marco de la investigación relevamos una opinión generalizada de los profesionales de los dispositivos de externación acerca de las falencias operativas del Programa Nacional Incluir Salud (Ex-Profe) que, por su especificidad, podría ser un recurso importante para proveer las condiciones de salud que requiere un proceso como la externación. En general se señala que Incluir Salud no genera respuestas expeditivas y efectivas para materializar el goce de las prestaciones que el programa comprende.

A la falta de una articulación de la atención pública en salud mental, se suma la ausencia de una política y estrategia concretas respecto de la sostenibilidad de la externación. Ante la falta de políticas articuladoras, de protocolos orientados a la accesibilidad, de integración de niveles de atención y de recursos, cada efector actúa discrecionalmente, en los márgenes del funcionamiento administrativo.

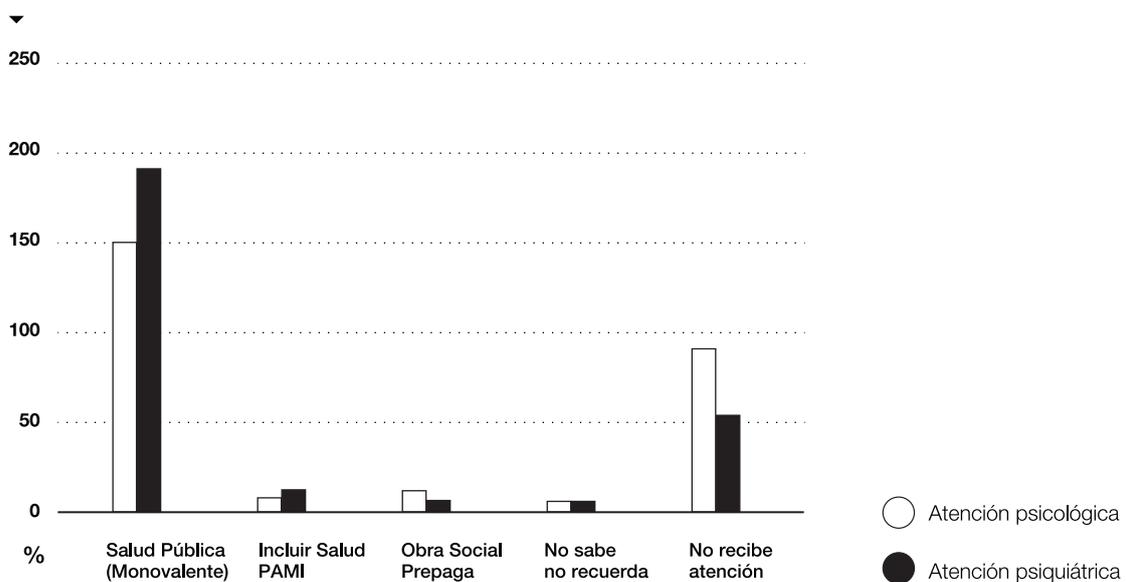
Cuando priman los trámites sobre los criterios clínicos y sociales que brindan racionalidad al proceso de atención, se reproducen las lógicas segregatorias que, en su mecnicidad, mantienen a la persona vinculada de forma permanente al hospital monovalente.

La mayoría de las personas entrevistadas en todas las jurisdicciones accede a la atención en salud mental (psicología y psiquiatría) provista por la salud pública. Sin embargo, tanto las personas internadas como las ya externadas reciben únicamente la atención provista por el hospital psiquiátrico y no en otras instituciones o dispositivos del sistema público de salud, centrados en la comunidad.

Además, los datos revelan el bajo nivel reportado de acceso a la salud mental provisto por prestadores. Particularmente del Programa Incluir Salud (Ex-Pro. Fe.) sólo reporta estar incluido allí un 23% de las personas entrevistadas, aún cuando en su gran mayoría reciben la mayor parte de las prestaciones por el sistema de salud pública centralizado en los hospitales monovalentes.

GRÁFICO 3

Distribución de la población entrevistada, según la modalidad de cobertura de la asistencia en salud mental.



3.3. Aceptabilidad

La aceptabilidad está ligada a la idoneidad de las condiciones en las que se presta el servicio de salud. En el caso que nos ocupa, no basta que existan servicios de salud mental y que estos sean accesibles, sino que el abordaje profesional debe ser coherente con el modelo social de la discapacidad y la perspectiva de salud mental comunitaria. Los profesionales trabajadores de los establecimientos, las prácticas, dispositivos y servicios deben actuar positivamente para revertir el estigma de la enfermedad mental y la segregación que históricamente ha padecido este grupo.

La investigación ratifica la necesidad de superar las prácticas propias del modelo médico hegemónico, que proporciona y erige como científico un código de objetivación de las diferencias y de clasificación de los individuos funcional a los fines de control y disciplinamiento de los cuerpos de los “enfermos mentales”, pues la tendencia a “etiquetarlos” incrementa la vulnerabilidad de este grupo a la discriminación⁹.

En el campo de la salud mental, el modelo médico hegemónico obstruye la adaptación de los servicios a una perspectiva de trabajo integral. Las corrientes predominantes de la psiquiatría aportaron un modo particular de pensar “el padecimiento”, clasificando y construyendo nosologías y glosarios que reflejan el modo de pensar la enfermedad, creando así categorías universales a partir de las cuales será evaluado cada sujeto singular¹⁰.

Desde el modelo médico hegemónico, la salud mental es un compartimiento estanco e independiente, donde queda desdibujado el cuerpo que enferma y que pertenece a un sujeto, no a un “mental” o a un “loco” simplemente. Por ello urge propender por una re-integración de las dimensiones físico-psíquico para las personas en proceso de externación.

Si el paciente del hospital psiquiátrico es exclusivamente “mental”, tal como señalan los usos del lenguaje en muchos de los ámbitos de asistencia, queda desalojada toda posibilidad de hacer lugar a otro tipo de padecimientos. Como ya hemos señalado, entendemos que un reto particular es adoptar una visión integradora de la salud física y la salud mental, restituyendo a las personas con discapacidad psicosocial la dimensión real del cuerpo.

Los profesionales entrevistados vinculados a dispositivos de externación reportaron la prevalencia de prácticas de discriminación y segregación en las consultas clínicas con profesionales de distintos centros de atención primaria u hospitales generales en distintas regiones. Reciben generalmente el argumento de que la atención en salud para personas que están o estuvieron internadas en hospitales psiquiátricos les debe ser provista por esa institución, como si fuese ese su espacio “natural” de acceso al sistema. Les habita incluso el prejuicio de no saber atender a una persona con un diagnóstico psiquiátrico, tras suponer que estas personas requieren un abordaje muy distinto al de cualquier otra persona que asista a una

9 Menéndez, E. L. (1985) “Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud” en Cuadernos Médicos Sociales N° 33: 3. Asociación Médica de Rosario.

10 Braunstein, N. (2003). Psicología: ideología y ciencia. México: Siglo XXI

consulta por un tema clínico¹¹. Este prejuicio se traduce en la discriminación general del sistema de atención en dispositivos polivalentes. La concepción misma del diagnóstico en salud mental puede alterar la detección de síntomas e inhibir la intervención temprana de otras condiciones de salud física, bajo un discurso que asume a la “enfermedad” mental como el ente rector en todos los procesos de la persona.

Las quejas sobre dolencias de estas personas o la referencia a otros síntomas pueden ser interpretadas como “lenguaje de órganos”, somatizaciones, conversiones histéricas, trastornos psicósomáticos o ficticios, entre muchas otras categorías psiquiatrizadas que no se adjudican tan livianamente a personas sin un diagnóstico previo en salud mental¹².

La centralidad de la atención en una acción exclusivamente medicamentosa contraría el principio de aceptabilidad del derecho a la salud, que implica que las intervenciones deben resguardar aspectos éticos y estar dirigidos efectivamente a la promoción, prevención y recuperación de la salud, siendo respetuoso del sujeto y tomando en cuenta el impacto directo de las acciones ejecutadas en el incremento de la calidad de vida.

3.4. Calidad

Es pertinente diferenciar dos aspectos que constituyen la dimensión de calidad del derecho a la salud. Por un lado, existe una noción de calidad ligada a la percepción de cada persona que recibe asistencia, que está compuesta por una serie de valoraciones individuales, una jerarquización propia entre ellas influida por situaciones positivas o negativas vividas anteriormente en lo que hacen a su proceso de salud.

Sin embargo, la calidad de la que habla el estándar del derecho internacional¹³ supone una dimensión objetiva, en tanto “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”. Lo que implica, entre otras cosas, “personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”.

11 “Los hospitales polivalentes si hacen una compra de medicación lo hacen pensando en la población propia, esto es, pacientes que se atienden ahí, en ese hospital, se hace una compra estimada (...) Además, como se atienden acá, a veces hay hospitales en los que uno tiene que tener cuidado, de que no esté el sello del Hospital Romero, porque si pidió en el Romero se lo tienen que hacer en el Romero, y no le dan un turno para hacerse algo, o sea esa perversidad también existe dentro del sistema público” (Psiquiatra. Centro Basaglia. La Plata).

“Y otros municipios como Moreno que tienen bastante fuerte esto organizado... Acá como está el Esteves, todo el mundo se relaja porque, total, está el Esteves, en realidad” (Psiquiatra. PREA. Temperley).

“Lo vuelven a mandar al hospital monovalente, entonces uno piensa qué está pasando con esos equipos que están para cumplir una función de atención importante, que no hace falta que los manden nuevamente al monovalente” (Profesional. Hospital El Sauce. Mendoza).

12 “Les cuesta a ellos y también les cuesta a los servicios como incorporarlos. Siempre como que se ve primero que tienen una discapacidad mental y después, por ejemplo, tienen otro problema de otra cosa. Cuesta como que eso sea integrado. Porque digamos ellos también se enferman, tienen que ir al hospital porque tienen bronquitis, tienen neumonía” (Profesional. PREASIS. CABA).

13 Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

Aún en la variedad de respuestas obtenidas, se puede identificar un lineamiento: cuanto más segregada es la atención en salud mental, más se aleja de la calidad de servicios destinados a la población en general. La atención en espacios segregados queda fuera de los mecanismos de control externos corrientes del ámbito de la salud, lo que degrada la calidad de los recursos, procedimientos y dispositivos.

En relación con las percepciones de calidad de los servicios, encontramos que la mayoría de los usuarios se mostraron conformes con la atención recibida en cada una de las prestaciones en salud. En líneas generales, la atención en salud recibida es valorada positivamente entre la población entrevistada (61,7% en promedio).

Sobre las tres especialidades en las que se recibió más asistencia, el 63% calificó la atención de psiquiatría como “buena”, lo mismo señaló el 62% sobre la atención en clínica médica y casi el 60% en atención psicológica. Los comentarios que justificaban cada respuesta son muy diversos, pero predominan dos tipos de valoraciones: por un lado, ser escuchados y respetados y, por otro, la valoración de ser atendidos en tiempos de espera razonables. En tercer lugar aparece la referencia a la buena formación profesional.

Las valoraciones mencionadas establecen una diferenciación importante con rasgos definitorios que hacen a lo esperable y aceptable desde la perspectiva de las personas usuarias: poder ser escuchados, el respeto por su propia voz, que se tomen en consideración sus opiniones. A la vez, pone en evidencia rasgos rechazados de la cultura manicomial: la reducción del paciente al lugar de objeto, desde un lugar de saber que excluye la singularidad, la voz y la voluntad de los usuarios y reifica los lugares asimétricos de poder institucionalizados¹⁴.

La valoración de los tiempos de espera para la recepción de la atención también guarda estrecha relación con problemas preexistentes, los cuales han sido mencionados en relación con la accesibilidad. La posibilidad de acceso en condiciones aceptables según la percepción de los usuarios, en contraste con condiciones ya conocidas y no deseadas, puede ponerse en contexto tomando en cuenta la intensidad de los apoyos recibidos en los distintos dispositivos, ya sean de rehabilitación o de externación.

De lo reportado, no se evidenciaron dispositivos de atención particulares para la atención de las necesidades de las personas adultas mayores, como tampoco un posicionamiento de género transversal en la atención.

Esta dinámica segregatoria quedó evidenciada en algunos dispositivos de externación, en los que se continúan reproduciendo prácticas centradas en la lógica del hospital monovalente, sobre todo en jurisdicciones donde se excluye a esta población del acceso a una atención de calidad¹⁵. De forma complementaria, la calidad en la atención recibida está íntimamente ligada a la formación de los profesionales que proveen el servicio.

14 Un ejemplo de singularidad en la valoración del “encuadre”, fue el de una mujer entrevistada en la Provincia de Buenos Aires, que ante la pregunta sobre la valoración que hacía de la atención psiquiátrica recibida, reportó: “Me parece buena, porque me atiende dos minutos, me pregunta dos cosas, no hablamos mucho y se va”. Ahí la atención aunque a todas luces deficiente, al menos no es percibida por esta mujer, de una forma tan masiva e invasiva como pudo haberlo sido durante la internación.

15 La LNSM desde el capítulo IV al capítulo VIII comprende además de derechos específicos, el modelo de abordaje, intervención y tratamiento, que al ser respetuoso de derechos, también alcanza estándares de calidad superiores a otros abordajes que contradicen dicho modelo.

En la externación, la adecuación de los recursos y procedimientos a los que refiere el estándar de calidad no están únicamente referidos a los avances tecnológicos u actualizados científicamente en las distintas disciplinas, sino también al posicionamiento ético e intersubjetivo que los profesionales despliegan para posibilitar este proceso, posicionamiento que demanda una articulación interdisciplinaria e intersectorial con una fuerte mirada sobre determinantes sociales y acceso a derechos.

3.5. Externación, vida independiente y en comunidad¹⁶

Las dimensiones contenidas en materia de derecho a la salud que hemos desarrollado se complementan de un enfoque transversal de apuntalamiento de la autonomía y de propiciar la vida en comunidad. Esto está en función del impacto diferenciado que han tenido precisamente las prácticas de salud, en la especificidad de la vida de las personas con diagnósticos psiquiátricos que han vivido períodos de institucionalización manicomial.

Como mencionamos al comienzo de este trabajo, el modelo social de la discapacidad ubican como elementos centrales la autonomía, la vida independiente y la capacidad de tomar decisiones, ámbitos que históricamente han estado vedados para las personas con discapacidad, y particularmente para aquellas con discapacidad psicosocial, debido al entramado de factores sociales, culturales y jurídicos que ha supuesto.

El paradigma manicomial aún imperante, ante los diagnósticos considerados “graves”, genera como respuesta el dispositivo psiquiátrico asilar, bajo la noción de que los dispositivos arraigados en la comunidad están destinados a abordajes de problemáticas ligadas a la convivencia social (violencia en el entorno familiar, adicciones leves, rendimiento escolar) pero no a los cuadros psicopatológicos severos.

Así, ante personas que fueron diagnosticadas con “trastornos graves”, la justificación de su exclusión del sistema social viene dada por factores ubicados en su individualidad (su incapacidad para cuidar de sí mismo, su vulnerabilidad ante otros, etc.) o llanamente en el entorno circundante (la “peligrosidad” que reviste para otros, su incapacidad para seguir normas sociales, para contener impulsos, etc.) por lo que pensar la autonomía y la vida en comunidad es casi un absurdo para muchos operadores judiciales y sanitarios formados en la lógica tutelar e incapacitante. Ignoran así que el deterioro y la incapacidad son generados y profundizados por el encierro, cuestión que hemos señalado de modo insistente.

La naturalización del encierro manicomial para determinado grupo de personas no ha sido asumido de forma uniforme por los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario, que experimentan y son testigos directos de los efectos lesivos del encierro. La mayoría de los profesionales entrevistados está vinculada a dispositivos de externación, por lo que sus opiniones dan cuenta de determinado modo de posicionarse ante esa tensión entre la inercia hacia la centralidad manicomial y la integración comunitaria.

¹⁶ Esta dimensión fue incorporada en el marco del indicador Salud, tomando como base los artículos 19 (Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad) y 25 (Salud) de la CDPD.

Muchas veces los intentos frustrados de articulación con instituciones de la comunidad refuerzan la idea de que ante el posible abandono o desprotección por la falta de respuesta de otros efectores, es preferible mantener la vinculación con el hospital como ente proveedor de asistencia, incluso de la que no está bajo la órbita de su competencia (alquiler de una vivienda¹⁷, provisión semanal de alimentos frescos y secos¹⁸, asistencia en emergencias y desastres¹⁹).

La experiencia de chocar con la multitud de barreras sociales, culturales, jurídicas e institucionales a la externación digna ha convocado a muchos profesionales a reconfigurar su rol individual y colectivo para poder emprender el trabajo dirigido hacia la externación; además de para posibilitarla materialmente, también para repensar los distintos modos de intervención terapéutica, con un sujeto en condiciones diametralmente distintas a las que tenía durante la internación.

En las experiencias conocidas en esta investigación evidenciamos que también la comunidad circundante se ve impactada ante la llegada de una o varias personas externadas del hospital psiquiátrico. Así como se hacen presentes prejuicios y rechazos, también emergen prácticas de apoyo, solidaridad e inclusión, tanto espontáneas como mediatizadas por los profesionales del equipo interdisciplinario e incluso por personas de la comunidad, que se constituyen de forma voluntaria en referentes comunitarios, facilitadores del vínculo entre las personas externadas y la comunidad de acogida²⁰.

17 En varios casos de personas externadas que vivían en casas arrendadas con sustento propio, los profesionales del equipo tratante servían como garantes de las personas externadas para que pudieran acceder a alquilar una vivienda, o ayudaban aportando el dinero por concepto de depósito.

18 En todos los dispositivos de externación con base residencial conocidos, el hospital psiquiátrico respectivo enviaba una provisión semanal de alimentos frescos y secos, en orden de cubrir la totalidad de la demanda de alimentos o solventar en parte los gastos de los residentes en este rubro. Es interesante como este tipo de asistencia, en otros colectivos sociales es gestionada por otras entidades gubernamentales (desarrollo social, etc.) pero en las personas externadas sigue estando ligada al hospital monovalente.

19 Ante una situación de inundación por el desborde del Río Luján que afectó a la localidad homónima a finales de 2014, ante la demanda de las personas externadas, parte del equipo del PREA del Hospital Cabred se apersonaron para llevar velas, alimentos enlatados y colchonetas. Salvando el valor de la intervención de apoyo, hubiese sido esperable que la entidad con competencia en materia de asistencia de emergencia en este tipo de situaciones, hubiesen respondido a la necesidad, como lo harían con cualquier otro vecino de la localidad.

20 En algunas casas de convivencia gestionadas por la Colonia Montes de Oca en la localidad de Luján, se observó la vinculación de personas de la comunidad en este rol, destacándose el vínculo horizontal y fluido que desplegaban hacia las personas allí alojadas, quienes los referenciaban como personas de confianza y apoyo en distintas actividades.