

## ANEXO I

# características diferenciales por jurisdicción

En el cuerpo principal de este informe se desarrollan los hallazgos desde una perspectiva transversal a las cuatro jurisdicciones, concentrando la información recabada en ellas alrededor de los indicadores y sus respectivas dimensiones. Esto, en tanto, las barreras identificadas para el goce pleno de los distintos derechos, se presentan de forma recurrente en la CABA y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza.

Para este anexo, seleccionamos de cada jurisdicción un aspecto relevante de la política pública local de salud mental, con el objetivo de enfocar el análisis sobre aspectos específicos que hacen a las diferencias regionales, y que tienen que ver, por un lado, con las competencias propias de las jurisdicciones en un régimen político federal, como el de la Argentina, pero también con las particularidades históricas del desarrollo del campo de la salud mental en cada lugar.

Sobre la situación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, elegimos desarrollar un tema que nos parece un obstáculo nuclear para la efectiva transformación de la política pública de salud mental: el de la asignación y ejecución presupuestaria a este sector específico de la administración del Gobierno de la Ciudad.

En relación a la provincia de Buenos Aires, decidimos visibilizar, de la mano de los usuarios y trabajadores que la integran, la experiencia del Programa de Externación y Rehabilitación Asistida (PREA), una valiosa práctica en construcción colectiva de un dispositivo de externación que ha marcado líneas orientadoras sobre este tema en los últimos años en la Argentina, y que con mucho esfuerzo se mantiene y crece dentro del ámbito de una salud pública provincial que en muchos otros aspectos, va a contramano del modelo de derechos.

Los capítulos de las provincias de Córdoba y Mendoza, tienen una estructura similar. En ellos identificamos una serie de factores del contexto regional que dan cuenta por un lado de las fuertes resistencias político-institucionales para adecuarse al modelo previsto por la CDPD y la LNSM y, por otro, del rol de una sociedad civil cada vez más activa y articulada intersectorialmente, tanto para la denuncia, como para la exigencia de avances concretos a las autoridades.

Los aspectos seleccionados para el desarrollo de este anexo regional de *Cruzar el muro*, si bien son representativos de las dinámicas propias de cada jurisdicción, también se replican en mayor o menor medida en las demás. Así, las deudas en la redistribución presupuestaria también es característica en las provincias; también hay experiencias valiosas de dispositivos de externación además del PREA en otros lugares; y el escenario de disputa entre las resistencias burocráticas y corporativas y la organización y movilización de la sociedad civil, es común a toda la Argentina.

### CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

El modelo de atención en salud mental ordenado por la CDPD y la LNSM, además de implicar una serie de reformas conceptuales y organizativas, tiene su correlato material en la distribución de los recursos necesarios para que el nuevo paradigma deje de ser abstracto y comience a transformarse en realidad. Uno de los factores donde se puede ver la voluntad política del Estado para sustituir progresivamente los hospitales monovalentes por dispositivos centrados en la comunidad –y a la vez garantizar el acceso a otros derechos económicos, sociales y culturales que posibiliten una externación digna– es a través de la asignación presupuestaria.

Existen principios y estándares propios del sistema de derecho internacional de los derechos humanos que deben incidir en la orientación general de las políticas públicas y en los procesos de formulación, implementación, evaluación y fiscalización de las mismas<sup>1</sup>. La diagramación del presupuesto público para la satisfacción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales debe adoptar un enfoque de derechos humanos que determinará, entre otras cuestiones, cómo deben distribirse los presupuestos y el gasto social entre las regiones geográficas de un país, en virtud del principio de igualdad y no discriminación<sup>2</sup>.

Es frecuente que muchos Estados aleguen la falta de presupuesto para incumplir esas obligaciones. El Estado argentino asumió la obligación de respetar y garantizar los derechos sociales de sus habitantes y se comprometió internacionalmente a mejorar el grado de su satisfacción utilizando hasta el máximo de los recursos disponibles<sup>3</sup>. Para que cada Estado pueda atribuir la falta de cumplimiento de sus obligaciones a una falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todo sus esfuerzos para satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas<sup>4</sup>.

El mandato normativo contenido en la LNSM establece el incremento progresivo del porcentaje del presupuesto total en Salud de la Nación que se destina específicamente a salud mental, hasta alcanzar al menos el 10% (art. 32). La ley promueve que este criterio sea adoptado por la CABA y las provincias ya que está dirigido a garantizar recursos suficientes para que la optimización de la atención en salud mental desde una perspectiva inclusiva, pueda tomar lugar.

Los insumos para este capítulo fueron obtenidos de la página web del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la CABA<sup>5</sup>; se utilizó el Presupuesto Jurisdiccional y la Distribución de Créditos ya que “ofrece un detalle más específico de cómo serán distribuidos los fondos que se

prevé gastar”<sup>6</sup>. El período analizado corresponde a los años 2010, 2012, 2013 y 2014 y, específicamente, se consideró el presupuesto asignado a la Jurisdicción 40: el Ministerio de Salud.

El presupuesto se divide en varios programas. Tomamos el Programa Atención de Salud Mental (Programa 857), que “contempla las acciones que se llevan adelante en el marco de la Dirección General de Salud Mental dependiente de la Subsecretaría de Atención Integrada de la Salud”<sup>8</sup>. A su vez, este Programa está compuesto por siete subprogramas presupuestarios que aluden a las acciones en los hospitales Alvear, Borda, Moyano, Tobar García, Talleres Protegidos y Centros de Salud Mental N° 3 “Dr. Ameghino” y N° 1 “Dr. Hugo Rosarios”. Incluye actividades<sup>9</sup> vinculadas a la Conducción y Administración (Act. 1), Programas Residenciales (Act. 61) y de Reinserción Social (Act. 68). En el último año esta línea involucra a los programas que dependen de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad.

Tomamos en cuenta, asimismo, el presupuesto financiero que consta al finalizar cada una de las descripciones de los subprogramas de Atención en Salud Mental porque expresan la cantidad de prestaciones que se proponen como “meta” para cada dispositivo de salud mental a lo largo del año presupuestario<sup>10</sup>. Para contrastar este último dato revisamos el archivo de ejecución de presupuesto, donde figura el cumplimiento efectivo de lo proyectado para los años 2012 y 2013.

En relación a la Distribución de Créditos, se analizó la información sobre el “Servicio de Internación” y el “Servicio Ambulatorio - Consultorio Externo” de los principales psiquiátricos: Alvear, Borda, Moyano y Tobar García. También se realizó una lectura articulada de los datos del “servicio de internación” con el número de camas por dispositivo de internación, lo que permite conocer el cos-

1 Pautassi, Laura C. (2009): “Límites en la agenda de reformas sociales” en Courtis, Christian (compilador), Desde otra mirada. Textos de Teoría Crítica del Derecho, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Eudeba, 2da. Edición, pág. 198

2 Abramovich, V. y Pautassi, L. (2009) “El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales” En Abramovich, V. y Pautassi, L. (comp.) “La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos” Buenos Aires, Editores del Puerto, págs. 279-340, capítulo 7.

3 Esta obligación surge del artículo el 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y del artículo 1 del Protocolo de San Salvador.

4 Así lo ha establecido el órgano de vigilancia del PIDESC en la Observación General 3 (HRI/GEN/1/Rev.7, par. 10).

5 Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/hacienda/presupuesto/presupuestos-antecedentes/2014> (Al momento de la recolección y procesamiento de la información presupuestaria, no se encontraban disponibles en este sitio web los datos correspondientes al año fiscal 2011).

6 Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Guía de análisis presupuestario con enfoque de derechos para la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2011. Pp. 47. Visto en: <http://acij.org.ar/blog/2011/11/09/guia-de-analisis-presupuestario-con-enfoque-de-derechos-para-la-ciudad-de-buenos-aires/>

7 Hay que aclarar que en el 2012, era el programa 53.

8 [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2013\\_final/jur40\\_min\\_salud.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/presupuesto2013_final/jur40_min_salud.pdf) Pág. 263

9 Si bien en los otros años a analizar, todas estas actividades incluyeron siempre la conducción y administración (Act. 1), variaron en relación a los otros componentes. Para el 2013 sólo habían Programas Residenciales (Act. 61). En cambio para el 2012, estaban por fuera del presupuesto de Atención de Salud Mental, en otro programa llamado “Acciones en Salud Mental” (Programa 65) e incluía en su interior actividades de Prevención y Atención de Adicciones (Act. 28). En el año 2010 directamente no había presupuesto asignado a este tipo de actividades.

10 Sólo de los años 2012, 2013 y 2014, ya que del 2010 no contamos con este documento.

to mensual por cama en cada uno de estos hospitales neuropsiquiátricos.

También fueron consideradas las modificaciones presupuestarias que surgen de la Cuenta de Inversión, documento en el que el Poder Ejecutivo “detalla los resultados económicos y financieros del año, cuáles fueron efectivamente los recursos y gastos realizados, etc.”<sup>11</sup>.

Se analizó el presupuesto asignado a los hospitales generales que cuentan con un área programática –CESACS - Atención Primaria en Salud (Act. 6)<sup>12</sup>–, con el objetivo de conocer los recursos específicos de esos dispositivos, ya que son los que deberían ejecutar los programas de salud mental en la ciudad. Finalmente, se consideró el presupuesto asignado para salud mental en estos establecimientos, teniendo en cuenta que sólo tiene carácter público la distribución de créditos del año 2014 – “Actividad 53” de los hospitales generales–.

### Presupuesto total

En relación al presupuesto total asignado al programa 85 “Atención en Salud Mental”, en sus valores absolutos (pesos), se puede observar un incremento en los últimos años. No obstante, al traducirlo a valores porcentuales, tal incremento es relativo. Para 2014 no alcanzó el valor que abarcó en 2010. Esta variación se relaciona con el crecimiento presupuestario total para la cartera de salud y cómo repercutió en el rubro de la salud mental.

Como muestra el gráfico 10, en término porcentuales, de 2010 a 2012 hubo una disminución considerable del presupuesto asignado. Esta tendencia se altera para 2013 y hasta 2014 donde se incrementa muy gradualmente la asignación pero sin llegar a los valores de 2010.

La distribución de la partida presupuestaria muestra que la mayor cantidad del presupuesto se asigna a las cuatro grandes instituciones psiquiátricas: Borda, Moyano, Alvear y Tobar García.

Los datos revelan las deudas con respecto al fortalecimiento de la atención primaria en 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. Una lectura integral de

GRÁFICO 9

**Evolución del presupuesto total asignado al programa “Atención en Salud Mental” (en cantidad de pesos), CABA, 2010-2014.**

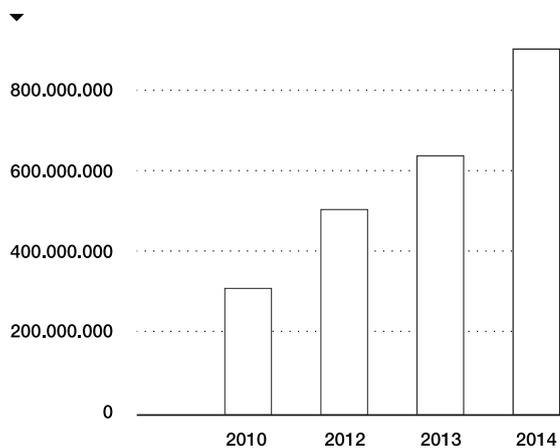
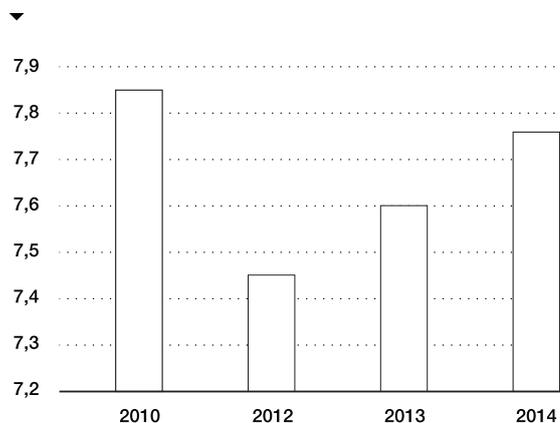


GRÁFICO 10

**Variación del porcentaje del presupuesto total de salud destinado al programa “Atención en Salud Mental”, CABA, 2010-2014.**

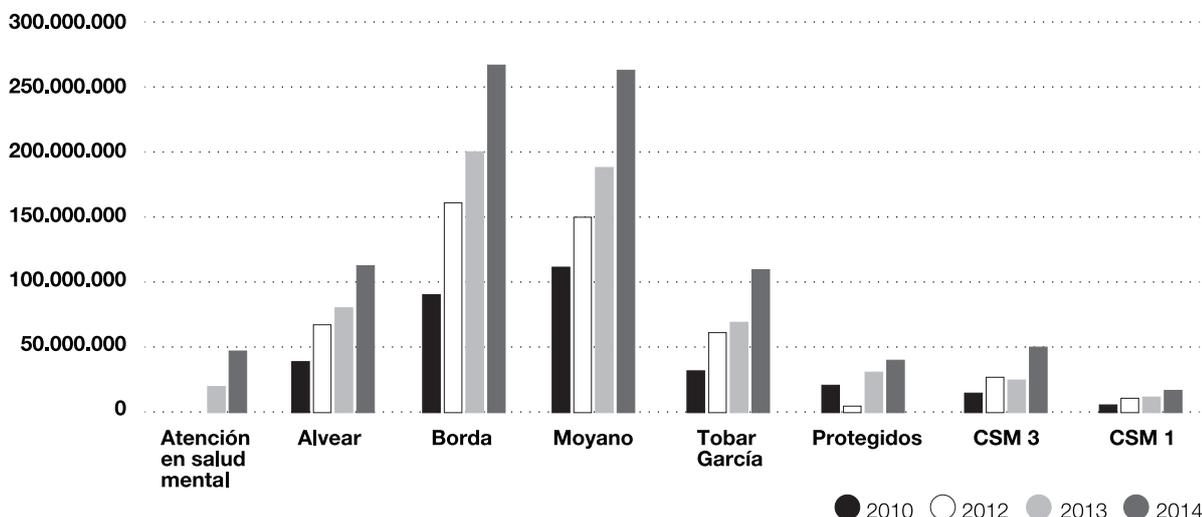


11 Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Guía de análisis presupuestario con enfoque de derechos para la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2011. Pp. 50. Visto en: <http://acij.org.ar/blog/2011/11/09/guia-de-analisis-presupuestario-con-enfoque-de-derechos-para-la-ciudad-de-buenos-aires/>

12 En los años 2010 y 2012 esta actividad figura como “Acciones de Promoción y Prevención en Salud”.

GRÁFICO 11

**Distribución del presupuesto asignado (en cantidad de pesos) por dispositivo de salud mental, por año, CABA, 2010-2014.**



la LNSM<sup>1314</sup> sugiere la migración progresiva de recursos, como modo de apuntalamiento en la construcción de las nuevas prácticas. Por otra parte, esta consideración presupuestaria contradice la propuesta discursiva de la propia Dirección de Salud Mental de considerar la atención primaria de la salud como modelo de intervención privilegiado dentro del campo de la salud mental.

En los años analizados se observan aumentos respecto de lo previamente asignado para los hospitales monovalentes. Si bien corresponde reconocer una transferencia de recursos a las actividades/programas de reinserción social dentro del ítem "Atención en salud mental", es preciso señalar que, en paralelo, se quitaron recursos a dispositivos de tipo ambulatorio como los Centros de Salud Mental N° 3, N° 1 y al Programa Talleres Protegidos. Estas decisiones contradictorias muestran un ordenamiento discrecional y aleatorio que responde más a la casuística que al apego normativo vigente. Corresponde mencionar, también, las modificaciones que se hicieron en las cuentas de inversión para estimar las diferencias entre los montos iniciales y sus dispersiones posteriores.

### Presupuesto destinado por persona en los hospitales monovalentes

El presupuesto que gasta la Ciudad de Buenos Aires en camas de internación apunta a un sistema manicomial de gran escala, contrario a las normas vigentes. Además, dicha inversión de recursos no tiene correlación con la cobertura de las necesidades básicas de las personas internadas, pues su misma estadía en los monovalentes está signada por la precariedad tanto en el acceso a la salud como al resto de los derechos.

En el Hospital Alvear, a pesar del aumento presupuestario para el servicio ambulatorio, el valor por cama en este psiquiátrico es el más elevado de los cuatro. Para el 2014 ascendió a un valor de más de 21 mil pesos mensuales, a pesar de que decreció de los 29 mil pesos que gastaba por cama en 2010.

El Hospital Borda muestra un correlato entre el valor cama y la asignación del servicio de internación. En efecto, el costo mensual de la cama se sostuvo hasta la actualidad en 10 mil pesos: el segundo valor más alto de los neuropsiquiátricos mencionados. En el caso del Hospital Tobar García no fue posible hacer un análisis por la ausencia de datos públicos.

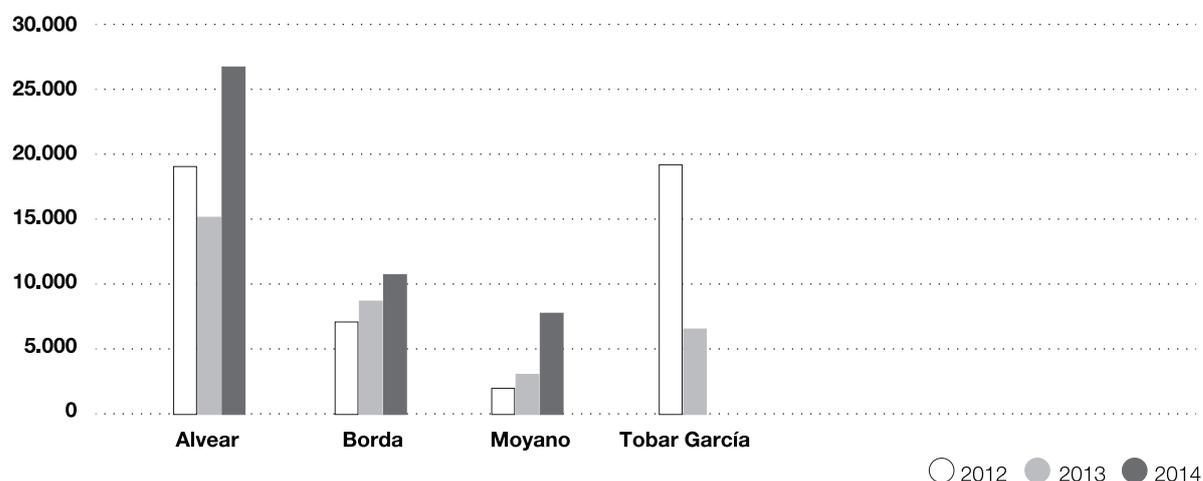
El Hospital Moyano refleja el costo mensual por cama más bajo, en comparación con los otros. En 2012 y 2013 el costo por cama por persona al mes, fue de 3 mil pesos y para 2014 ese monto ascendió a 7 mil, tres veces por debajo de los valores del Alvear y casi 3 mil pesos menos que el Borda.

13 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.

14 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 12

**Distribución del presupuesto destinado por persona en los hospitales psiquiátricos monovalentes, CABA, 2010-2014. Elaboración propia a partir de los datos oficiales del Ministerio de Hacienda de la CABA. (Sin datos disponibles sobre el presupuesto asignado al Hospital Tobar García en 2014).**



La situación del Moyano indica la particular situación en la que se encuentran las mujeres con padecimiento mental y su estatuto como sujetas de derecho en el contexto de la respuesta estatal. La situación de abandono de las mujeres requiere esfuerzos adicionales en los términos que imponen los ajustes razonables para eliminar políticas que han estado históricamente sesgadas por el estigma y la discriminación.

Queda pendiente como agenda de futuras investigaciones una perspectiva de género para analizar de forma acabada la diferencia en el abordaje institucional de las mujeres con diagnóstico psiquiátrico. Los datos de implementación presupuestaria dan cuenta de que la atención en salud específica de cada género no es equitativa, más aún cuando los costos médicos de atención de problemáticas de salud de la mujer son más elevados que en el caso de los varones<sup>15</sup>.

### El presupuesto asignado en los hospitales generales a los CESAC - Atención Primaria en Salud

La construcción de la respuesta sanitaria con base en la comunidad, que sea una alternativa a la internación, debería apoyarse en la estructura de los CESAC - Atención Primaria en Salud. 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. Son los hospitales Ramos Mejía, Álvarez, Tornú, Vélez Sarsfield, Fernández y Pirovano.

No obstante, al observar la relación entre ese incremento y el presupuesto total asignado a cada uno de estos hospitales, sólo cuatro reflejan un incremento real en el presupuesto destinado a los CESAC de su dependencia: Ramos Mejía, Álvarez, Vélez Sarsfield y Fernández.

De acuerdo con lo que se desprende de los números, la política de salud mental para la Ciudad de Buenos Aires es fundamentalmente manicomial, sesgada por los históricos modelos de segregación de las instituciones asilares. Con una respuesta centrada en el hospital psiquiátrico, sin red comunitaria para desplegar la atención primaria, las personas quedan a merced de las lógicas de una institución que subsume derechos y deseos al efecto de prácticas abusivas. La concentración de la agenda de salud y del presupuesto en la Dirección de Salud Mental funciona como el correlato necesario para una impronta contraria a derecho: la defensa orgánica del hospital psiquiátrico y el desmantelamiento de la oferta descentralizada.

La forma en que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires distribuye su presupuesto es un indicador claro de la distancia que separa a la situación de la ciudad del modelo de atención que establece el marco normativo. Según datos oficiales del Gobierno de la Ciudad, los fondos que se asignan a la atención en salud mental, en relación al total asignado al Ministerio de Salud, presentaron un leve incremento: pasó del 7,6% en el año 2013 al 7,76% en el 2014. Para 2014 más del 80% de los recursos fueron destinados al financiamiento de los cuatro hospitales psiquiátricos de la ciudad: Borda, Moyano, Tobar García y Alvear, y menos del 20% a dispositivos ambulatorios y programas que apuntan a la inserción comunitaria de las personas con discapacidad psicosocial.

<sup>15</sup> Según el presupuesto 2014 para salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, al Hospital Moyano se asignó un valor por cama de \$7883 y al Hospital Borda de \$10763. Un análisis más detallado del tema presupuestario está contenido en el capítulo 7 de este libro.

GRÁFICO 13

Distribución del presupuesto asignado a los “CESAC-Atención primaria” en hospitales generales (Act. 6), (en cantidad de pesos), CABA, 2010-2014.

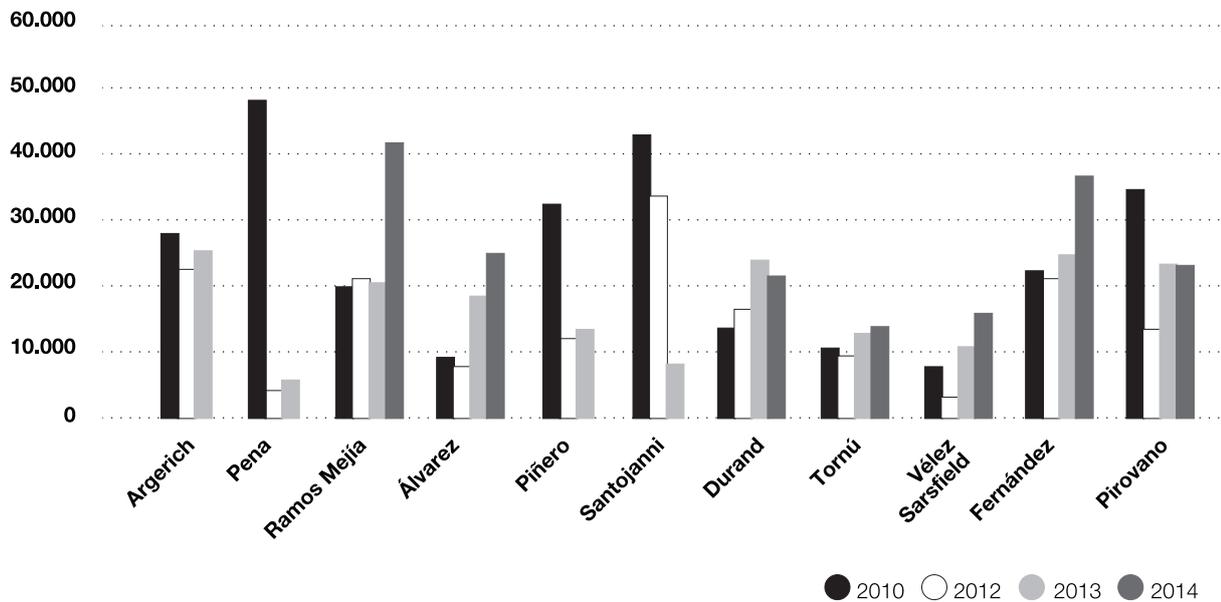
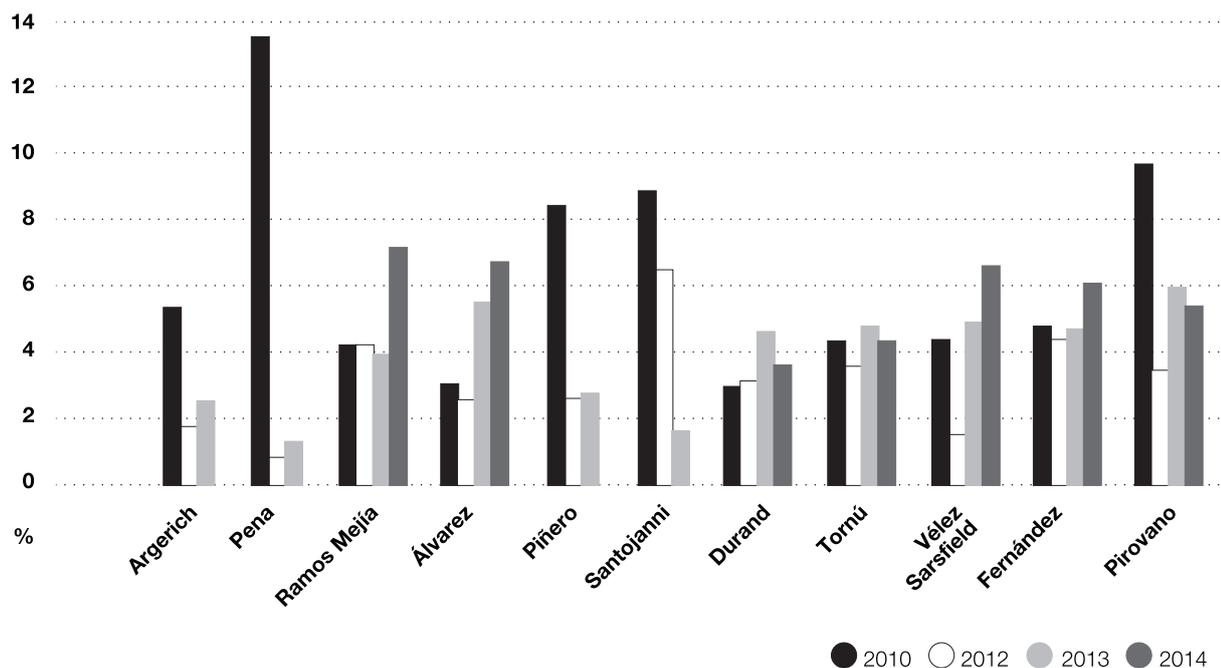


GRÁFICO 14

Variación del porcentaje del presupuesto destinado a los “CESAC-Atención primaria en Salud” en hospitales generales (Act. 6), CABA, 2010-2014.



Igualmente, la cantidad de recursos asignados por cama de internación en los cuatro psiquiátricos monovalentes -11.750 pesos, en promedio-, es muy superior a la suma de las asignaciones directas a las que podrían acceder las personas allí internadas al iniciar el proceso de externación. Por ejemplo, el PREASIS, que es el programa de externación gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social de la CABA, contempla un subsidio de 900 pesos como parte del Programa de Revinculación Familiar y otro de 900 pesos como parte del Programa de Reinserción Social, y aparte, en el marco del subsidio habitacional se asigna (en determinados casos) una suma mensual que en promedio no excede los 1500 pesos para el pago de hoteles.

Sumando esas asignaciones -3.300 pesos, en promedio- el monto es significativamente inferior al promedio del costo por cama de internación psiquiátrica, e incluso representa apenas el 50% del costo más bajo por cama -7.000 pesos. Esto evidencia cómo la distribución presupuestaria del GCBA está directamente dirigida a sostener la política manicomial y a no brindar oportunidades sustentables para una externación digna.

Esta ejecución de fondos contradice lo expuesto por el propio documento de Presupuesto por Jurisdicción del 2014 del GCBA, donde está asentado que “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”<sup>16</sup>. Ambas leyes precisamente promueven la migración de recursos hacia dispositivos ambulatorios y con inserción comunitaria. Esto en concordancia con la propia Constitución de la CABA, la cual expresa que las políticas de salud mental “(...) propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”<sup>17</sup>.

## PROVINCIA DE BUENOS AIRES

El Programa de Externación y Rehabilitación Asistida (PREA) es un ejemplo paradigmático de trabajo en esta temática, tanto por el sostenimiento de su labor durante más de una década -incluso cuando su inicio coincidió con momentos de grave crisis política, social y económica en el país- como por la magnitud y contundencia de sus resultados, tanto en cantidad de personas externadas como en la sostenibilidad de estos procesos a lo largo del tiempo.

También es valorable su condición de política pública de salud mental en el ámbito provincial desde tiempos previos a la LNSM. Además, su modelo de gestión descentralizado permitió la continuidad del programa en algunos hospitales aún cuando esto no sucedió en otros. Otra característica de este dispositivo, es la formación teórica, ética y conceptual que desarrollan quienes lo integran, lo que genera una modalidad de trabajo articulada y multidisciplinaria, que aún viniendo del ámbito de la salud, genera acciones diversas en búsqueda de una respuesta estatal integral e intersectorial.

Por esos motivos se decidió profundizar en el capítulo sobre la provincia de Buenos Aires, en la política pública de salud que da lugar y sostiene al PREA. Para eso entrevistamos a dos de las primeras personas externadas a través del programa (una mujer externada del Estévez y un hombre externado del Cabred), y a varias profesionales vinculadas al programa actualmente o desde el pasado, que dieron cuenta de los aspectos organizativos y conceptuales del programa, su recorrido histórico, y sus actuales retos y desafíos.

### La reconfiguración de los roles<sup>18</sup>

El PREA fue creado por la Resolución Ministerial N° 001832 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 1999, cuyo titular era el Dr. Carlos Linero. El programa contemplaba para su financiamiento la asignación de un monto específico devengado del presupuesto de cada hospital, lo que implicaba la progresiva reasignación de recursos destinados a la institución de encierro para su utilización en un dispositivo de inclusión social. Como autoridad responsable de la ejecución del programa se designó a la Dirección Ejecutiva de cada hospital. En el mes de junio de 1999 el Hospital “José A. Esteves” de Temperley comenzó a implementar el PREA, luego se sumaron los hospitales “Domingo Cabred” de

16 Presupuesto jurisdiccional 2014. Ministerio de Salud - Jurisdicción 40. Política de la jurisdicción Pp. 5. Visto en: [http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2014\\_final/40\\_ministerio\\_salud.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2014_final/40_ministerio_salud.pdf)

17 Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. Capítulo Segundo: Salud. Artículo 21, inciso 12.

18 Este apartado surge de las entrevistas con Patricia Esmerado y Carmen Cáceres (PREA Temperley); Mónica Cushnir y María Rosa Lespiaucq (PREA Cabred); María Lucrecia Cirianni y Mercedes Cicalese (psicoanalistas y miembros del PREA desde sus inicios), y con Angie y Juan, dos personas externadas a través del PREA.

Open Door y “Alejandro Korn” de La Plata. En la actualidad el programa está activo sólo en los dos primeros.

El PREA tiene como objetivo la reinserción de pacientes internados en los monovalentes de la provincia de Buenos Aires en la comunidad; promueve redes sociales que actúan como soportes del proceso de externación. Los trabajadores entienden por externación asistida el pasaje de los -hasta entonces- pacientes internados hacia una vida social en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos, contando con la asistencia de los profesionales del equipo técnico del programa.

Para la concreción y el sostenimiento de la externación se generan acciones para conseguir las condiciones materiales necesarias para vivir afuera y se articulan distintos dispositivos intra y extra-hospitalarios. En general, el PREA contempla algunos pilares fundamentales que sostienen a la externación en condiciones dignas: a) la asistencia y acompañamiento; b) la base habitacional del dispositivo; c) la consecución de recursos económicos (tanto subsidios como oportunidades de acceso al trabajo productivo).

La externación asistida implica la continuidad del tratamiento. Esta convicción clínica, sobre una práctica que debe ser sostenida, tiene también un correlato ético-político, en cuanto busca una praxis radicalmente distinta a la idea del tratamiento dentro del modelo manicomial. Acá el abordaje tiende a la subjetivación, a la progresiva autonomía y al acompañamiento del sujeto en su revinculación social.

Ese tipo de trabajo amplía el margen de acción de los equipos y supone modificar los roles tradicionales de cada profesión. El proceso de externación convoca al aporte de todos los trabajadores para una labor conjunta con la persona. La vuelta a vivir en la comunidad implica muchas acciones, desde el acompañamiento para recuperar los vínculos familiares, los documentos propios, titularidad sobre propiedades, viviendas perdidas o usurpadas, reaprender labores domésticas, habilidades laborales y también comenzar a reconstruir lo que no puede ser recobrado.

Estas acciones que en la vida cotidiana parecen muy sencillas, tienen un impacto subjetivo que durante la externación ameritan un acompañamiento afectivo particular. Retomar una identidad que fue suspendida durante la internación, reconfigura elementos identitarios básicos y provocan una necesaria recapitulación sobre lo perdido durante esos años.

El posicionamiento ético que subyace a las acciones del PREA pasa por la valoración de la voluntad individual de cada persona que se vincula al programa. Esa vinculación cristaliza en la figura del “contrato”, que encuadra la relación entre las personas y el equipo del programa en el marco del proceso, donde las responsabilidades y compromisos provienen de ambas partes y, por eso, son voluntarias y surgen del acuerdo mutuo.

La singularidad del PREA en los dos dispositivos donde funciona, viene dada por el trabajo en equipo, la creatividad de los profesionales para ensayar respuestas diversas a las problemáticas que se presentan, y el profundo compromiso con su labor.

La diversidad de acciones cotidianas que implica acompañar un proceso de externación, plantea la necesidad de los profesionales de no confiscar la situación y buscar ayuda de la comunidad, lo que además se refuerza al promover los lazos solidarios entre compañeros convivenciales y del programa. Por eso, en el trabajo en asambleas se trabaja la tensión entre los lazos sociales solidarios y el “egoísmo de supervivencia” que signa la subjetividad de muchas personas que estuvieron internadas, producto de la discriminación y las precariedades padecidas.<sup>19</sup>

Entendiendo que no son sólo características personales de la persona internada las que hacen a las condiciones para la externación, sino las condiciones materiales de vida en el afuera, es el agenciamiento de la concreción de los derechos sociales lo que se erige como alternativa tanto al abandono como a la sobreprotección, por eso el PREA contempla entre sus objetivos fundamentales la incorporación a una vivienda digna y las gestiones para ingresos propios y regulares, tanto por la vía de la seguridad social como del trabajo.

Poner el acento en la persona permite conocer cuáles son sus necesidades, promover una mejora en sus condiciones de vida desde el respeto de sus propias expectativas y posibilidades en la externación. Supone dejar de lado la homogeneización del hospital, pero también la idealización del profesional, y pensar dispositivos que respondan a las necesidades de las personas y no que estas se adapten a lo único existente. Este abordaje plantea una comprensión distinta de la rehabilitación “tradicional”, afín al modelo biologicista cuyo ideal es acercar al sujeto a modelo estándar de funcionamiento.

El problema abordado en este tipo de práctica, conlleva una dimensión política de la clínica que implica un posicionamiento ético por parte de los profesionales trabajadores del PREA, donde la relevancia del conocimiento, difusión y exigencia de los derechos contemplados para las personas que han estado internadas cobran una dimensión particular. Esta dimensión no es ajena a un reposicionamiento subjetivo fundamental, en cuanto dota al sujeto -que ha estado sometido a un espectro identificatorio medicalizado, rígido y estático- a pensarse desde otros lugares, entre ellos, como sujeto de derecho.

19 “Hacer la experiencia y luego pensarla, con los pacientes. Que las personas puedan preguntar, y poder contestar “no sé”. Habilitar un espacio de construcción con el otro (...) En el ámbito público la palabra tiene otro peso y está regida por una ética y una política. Esto también hay que ponerlo en cuestión.”

## El regreso al afuera

### ANGIE<sup>20</sup>

“Cuando a mí me convoca la enfermera de la sala, la jefa de la sala, me dice ‘se ha organizado un programa que se llama PREA, ya vas a conocer a la gente ¿vos estás interesada en trabajar por tu externación?’, ‘sí, exactamente -le digo- me gustaría que me hablaran un poco más, que me contaran’. ‘Bueno, tenés que venir a las reuniones, tal día, tal hora’. “Para mí todo eso era nuevo... yo iba a los talleres del hospital, trataba de no quedarme simplemente en la sala tomando mate, tenía una vida hospitalaria activa”.

“Cuando conozco a esta gente, sin lugar a dudas se abre un nuevo panorama que yo no pensaba. Yo no tenía las posibilidades de volver a mi casa, ya que mi casa había sido usurpada. Los vecinos me habían robado, se habían llevado las cosas que quedaron cuando a mí me sacan de mi casa y me llevan al manicomio, es decir que no podía volver. Sin lugar a dudas, yo me había ocupado mucho con una prima de arreglarla, de conseguir un subsidio y ese pequeño subsidio que me daban, mi prima lo había hecho rendir mucho y me había conseguido cosas usadas, un lavarropas, una cocina (...) pero yo seguía sin trabajo. Y es difícil conseguir trabajo en un manicomio, obviamente. Yo era una persona sin trabajo. Entonces se me hacía difícil salir a compartir en la comunidad la vida de todos los días con los demás ciudadanos”.

“Cuando a mí me hablan de volver a vivir en la comunidad, en una casa de convivencia, en una casa con chicas, con amigas, que tuvieran las mismas inquietudes de querer salir, de querer preocuparse de su ropa, de su comida, de la limpieza de la casa, de poder trabajar, conseguir un trabajo., Bueno, yo para todo eso tenía cuarenta y algo de años. Y salgo en el 2000, luego de hacer reuniones periódicas todas las semanas, en el SUM del hospital. Y obviamente cada vez esto me iba estimulando más y teniendo más ganas de saber. (...) Nosotros nos cuestionábamos al principio, nos preguntábamos: ¿y cómo va a ser?, ¿y cómo vamos a poder mantenernos?, y ¿podremos sin enfermeras viviendo con nosotras? y ¿no nos vendrán a robar y a matar?, había temores. No eran los míos. Yo había vivido ocho años sola después de la muerte de mi padre (...) Y quería volver a un hogar con unas compañeras que yo pudiera elegir. Y esto me lo planteaba el Prea. Que yo pudiera elegir compañeras con quien compartir la casa de convivencia. Entonces hacía-

mos estas reuniones para preguntarnos, para apoyarnos, para clarificar ideas. Y comenzábamos con papelitos y me acuerdo que en esos papelitos planteábamos las inquietudes pero siempre con un aspecto positivo: “vamos a hacer lo posible” “no nos vamos a quedar acá”.

“Cuando uno cuenta la historia así, pareciera que los días fluyen sin problema. Pero no. Están los problemas cotidianos, de la comida, ‘me cerraron el almacén’, ‘Fulanita se peleó con Menganita’, y hay que estar tratando de tapar hoyos... ‘Esto no me alcanza, no puedo comprar yogurt ni queso, carne una vez por semana, voy a volver a comer fideos’, toda esta etapa la hemos pasado., ‘Tengo angustia porque me acuerdo de mi familia’, ‘mi familia no me viene a ver’, cosa que a mí no me pasaba; tengo a la esposa de mi padrino que me viene a ver cada tanto a mi casa, yo voy a la casa de ella...”.

“Quiero estudiar también: ciencias de la educación, he hecho cursos de acupuntura, reiki, masaje japonés, yeso en ortopedia, algo de macrobiótica, todo más bien orientalista -que me encanta-, yoga, me ocupé de unos cuantos cursos, además de los de la beca. Pienso seguir estudiando en la medida en que Dios me de vida y las posibilidades se presten. La comunicación y la educación pienso que son lo fundamental en la sociedad”.

“En el PREA lo que prima, más allá de las tendencias de escuelas es mucha humanidad, se preocupan por cada paciente, se preocupan por estar al tanto obviamente de todas las corrientes. Porque yo veo las planillas y dicen la doctora o licenciada Fulana de Tal ha concurrido a tal congreso. (...) O sea que eso demuestra que están al tanto. Están en contacto con las personalidades del ambiente: psiquiatras, psicólogos, terapeutas, están con las tendencias mundiales de la desmanicomialización. Pero yo creo que acá se maneja mucho el sentimiento. O sea si una viene mal, viene tensa, viene con problemas, ¿”qué tenés?” se acerca a Carmen, se acerca Mario, cada una tiene su psicóloga... Pero creo que es muy humano. Ellos están, por un lado informados de las tendencias, y están en contacto, con gente del ambiente, con gente del Ministerio”.

“Que no es fácil. Porque la gente dice: ‘locas del Estévez no queremos en mi casa, no queremos en el barrio’. Entonces hay que hablarles, explicarles, todo un trabajo. Y un trabajo que también es importante que lo hagan los medios de radio, comunicación, televisión, revistas. Por eso la folletería que yo les decía que hacemos y repartimos por todo el país. (...) No solamente nos tenemos que portar bien nosotras, que tenemos la espada de Damocles en la cabeza, sino que la sociedad nos tiene que recibir con respeto y nos tiene que dar un lugar para poder vivir como cualquier persona en la comunidad. También necesitamos ese apoyo por parte de los medios, por parte de la población. Porque criticar a un discapacitado es fácil, si yo me río de un cojo, pero de qué me sirvió

20 Angie fue externada por el PREA en el año 2000, luego de dos años internada en el hospital Estévez. Tiene 15 años viviendo afuera. Además de escritora y poeta, participa activamente en la lucha por los derechos de las personas con padecimiento mental.

a mí para madurar, para enaltecerme como persona, ¿en qué lo ayuda? en nada. En cambio si no puede cruzar la calle y yo le doy el brazo, eso es algo totalmente distinto”<sup>21</sup>.

## JUAN<sup>22</sup>

“La salida para externarme en mi caso no la organizó el PREA. Fue en principio organizada por el Plan vuelta a Casa. Los que no podíamos volver a la casa, optamos por el PREA. Yo el alta prácticamente la tenía porque salía de permiso, iba a ver a mi familia, viajaba, visitaba amigos en Monte Grande. Era más un problema habitacional por lo que vivía en el Cabred”.

“Los que no pudieron salir con la familia, utilizamos el subsidio para alquilar una vivienda y tratar de... por un lado pagábamos el alquiler con eso, y nos quedaba una parte para vivir, y algún trabajo conseguíamos, y así. Pero como el subsidio se mantuvo siempre estable, sin ningún aumento... Después muchos optamos por la pensión”.

“Antes de salir de alta. En un determinado momento me habían otorgado el subsidio, y en ese momento lo empezó a cobrar mi sobrino. El plan era así: al segundo mes que uno cobraba el subsidio tenía que estar externado forzosamente. Una externación rápida. Y por suerte me contacté con el otro muchacho que ya lo conocía porque trabajaba de camarero en el pabellón que estaba yo –antes había sido yo camarero- me ofreció la casa, después se agregó otro muchacho y salimos los tres. A una casa en Open Door. Y fue una vinculación rápida. Y estando en Open Door estábamos ahí a un paso y en ese tiempo por el plan que habíamos salido nosotros, Plan vuelta a casa, se hacían reuniones con el grupo terapéutico de ese plan, con los que se habían externado”.

“[La primera] fue una experiencia muy agradable porque incluso la vivienda era de un paciente. Él estuvo externado anteriormente, había conseguido un trabajo, y con sus ahorros compró un terreno y edificó una casa. Pero después volvió a estar internado... Él no estaba con nosotros. Salimos dos más el dueño de la casa externados y vivimos los tres en una misma casa”.

“Tengo una propiedad en Monte Grande y la tengo alquilada y eso es un ingreso importante para reforzar la pensión y tener algunos ahorros para algunas compras (...) La comodidad de estar cerca del hospital, para bus-

car la medicación, retirar la mercadería, si hace falta algún tratamiento o algo, ya me vinculé, voy al hospital de acá de Luján. Tengo mi médico acá, retiro la medicación por la obra social (PROFE). Eso es una comodidad. Porque si no, tendría que viajar desde Monte Grande hasta acá. Para cobrar el alquiler sí viajo todos los meses, y visito a mi familia. Incluso periódicamente, cada dos años más o menos, nos reunimos con compañeros que hicimos juntos la secundaria. Siempre mantuve los vínculos, incluso durante la internación. Y después con respecto a vínculos, ahora hay muchas personas que conozco, que los trato”.

## Una clínica de la externación<sup>23</sup>

Si la atención en instituciones asilares tiende a borrar la dimensión subjetiva y aplanarla con normas y categorías estáticas, poner a la persona en el centro resulta un desafío constante en el proceso de desinstitucionalización. La posibilidad de escuchar parte de la posibilidad subjetiva del que escucha y de lo escuchado como material que pulir en el trabajo sobre la práctica. Como modo de lectura de la vida psíquica, el psicoanálisis inaugura una ética y una política con respecto al deseo del otro, y del valor de su palabra como expresión del mismo.

El psicoanálisis es esencialmente una práctica liberadora, pues abre en el sujeto la posibilidad de conmovir sus determinaciones inconscientes, su repetición en forma de síntoma y habilita la aparición de significantes propios en ese lugar antes sólo habitado por el discurso del Otro. Poder instituir ese límite –diferenciarse- es aún más necesario cuando la subjetividad ha sido disciplinada por largos períodos de vida sometidos a la omnipotencia de la institución manicomial, que debilita y arrasa constantemente al yo, dinámica que en muchas de las personas internadas, ha estado en el núcleo de sus padecimientos.

Muchos de los programas de externación tienden a diseñar y evaluar su funcionamiento alrededor de factores cuantitativos (cantidad de camas, de medicación, los costos del proceso), que si bien son importantes en tanto indicadores, pueden terminar obviando la dimensión clínica y la subjetividad de las personas que están atravesando el proceso. La externación, en cuanto proceso contrario a la internación, es necesariamente des-institucionalizante, resubjetivante, sino, no es más que una trans-institucionalización.

21 Durante todos los años pasados desde su externación, Angie se capacitó en administración y bibliotecología, trabajó en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ahora comparte su tiempo entre su trabajo en el Centro Libremente del PREA en Temperley, su trabajo en la organización de encuentros nacionales convocados por la Dirección Nacional de Salud Mental y su expresión artística a través de la literatura y la poesía.

22 Juan fue externado por el PREA en el año 2000, siendo la primera persona externada por ese programa en el Hospital Cabred.

23 Un conmovedor artículo por cuyo título se nombró a este apartado, discurre sobre la externación como experiencia de construcción intersubjetiva en los inicios del PREA, fue escrito por Mercedes Cicalese para el libro 13 variaciones sobre clínica psicoanalítica. Berezin, A. (Coord.). Editorial Siglo XXI. A ese texto pertenecen las citas que aparecen en este apartado.

Esa función des-institucionalizadora y resubjetivante no es producto del mero paso del tiempo, ni el correlato automático del cambio de lugar físico. Emerge del trabajo clínico que subyace al proceso antes, durante y después de la salida del manicomio. Es la clínica lo que dota de sentido a la externación, lo que le da al proceso una cualidad transformadora, sin ser a la vez otra vivencia de ruptura, trauma y expulsión.

*“Pretender la armonía en el proceso de externación es querer la continuidad, y en la externación hay necesariamente una discontinuidad. El desafío es precisamente trabajar para que no se establezca una nueva ruptura en la historia de quien se externa”.*

La dimensión subjetiva en el regreso al afuera, vive la conmoción de cuestionar las identificaciones rígidas, construidas durante años, propias del manicomio, pero también de dejar vínculos de familiaridad y afecto hacia otros -compañeros durante la internación, profesionales con los que se tuvo un vínculo- o al menos configurarlos de una manera distinta, cuando ya no se habita en el mismo lugar.

*“El proceso de externación abarca un duelo. En el tránsito del adentro hacia el afuera las identificaciones tiemblan, trastabillan. Pienso el proceso de externación como un espacio de duelo que permita elaborar lo que puede ser elaborado de lo vivido en el manicomio y facilite la despedida de los vínculos creados en la internación”.*

La condición de sujeto que se recupera al salir del hospital, al poner fin a esas etiquetas que emulaban un armado medicalizado que en realidad respondía a factores sociales “paciente”, “diagnóstico”, “internación”, “alta”, convocan a construir nuevas categorías identitarias, recuperar algunas previas, de la vida anterior a la internación, pero también crear otras, que estarán ligadas a nuevas oportunidades y realidades posibles, y que darán sustento a un proyecto de vida distinto, imbuido de deseo.

*“Decidir el momento de la externación deja de ser conflictivo si se tolera el descentramiento del psicólogo o del médico. El descentramiento implica el pasaje de externar a un paciente a que el paciente se externe”.*

La idea ampliada de la clínica que se sostiene en el PREA, lejos de psicopatologizar todos los ámbitos del sujeto, supone reconocer la cualidad subjetivante de todas las acciones que hacen al proceso de externación. Cualquier atención que se brinde a una persona, moviliza algo de lo subjetivo. Los trabajadores del PREA mantienen el espacio terapéutico, pero también buscan las casas, la cocina, el termo; gestionan, tramitan y median, y es en esas búsquedas conjuntas donde se funda la transferencia. Esta lectura tiene un fundamento ético y clínico, y en ese sentido se previene el asistencialismo, no se trata de voluntarismo ni de ser “buena gente”.

En ese acompañamiento se juega la transferencia, que es el pivote de cualquier mejoramiento del padecimiento, desde ese lugar la transferencia es diversa, plural, colectiva, desde y hacia todos los que participan en el proceso: el psicólogo, el trabajador social, el psiquiatra; pero también los compañeros de convivencia, la gente del barrio, todos deben participar de la clínica de ese sujeto, que en la externación regresa a una vida digna y en comunidad.

La experiencia de una práctica como el PREA, producto originalmente de una política pública claramente orientada a la externación, se ha sostenido en el tiempo aún con los cambios coyunturales y los vaivenes en las voluntades políticas, y aún se mantiene arraigado sólidamente en los dos hospitales donde sigue ejecutándose: el Esteves y el Cabred, donde no obstante los desafíos son constantes para mantener las conquistas y poder profundizar el trabajo.

El PREA da cuenta de que con un compromiso ético y clínico de los trabajadores involucrados, y con un dispositivo claro que oriente la función, es posible sostener procesos de externación verdadera, sustentable y en condiciones dignas en el ámbito de la salud pública. La incorporación de las buenas prácticas que emergen de esta experiencia, de la mano de una redistribución verdadera de recursos, puede constituir una política pública provincial que tienda a materializar los objetivos previstos por la LNSM, en lo relativo a la transformación de las prácticas en salud como base para la desmanicomialización.

## PROVINCIA DE CÓRDOBA

La redacción de este apartado estuvo a cargo del observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba, que tiene como objetivo monitorear los avances en la implementación de los marcos normativos de Salud Mental, realizar acciones de incidencia y contribuir a visibilizar el contenido de las políticas públicas necesarias en materia de garantía de derechos<sup>24</sup>. Este apartado se articulará alrededor de tres ejes: 1) acciones improvisadas en el marco de la coyuntura política, 2) falta de articulación intersectorial e interjurisdiccional, 3) falta de órganos de monitoreo y control de la aplicación del marco normativo, 4) movilización y organización de usuarios y trabajadores.

24 A lo largo del presente apartado se tomaron citas e ideas desarrolladas en el apartado “Referir continuidades: Actualización Informe 2013” (Fernández, Natalia; Caminada María Paz) del Capítulo de Salud Mental realizado por el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos en el Informe: Mirar tras los muros. Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad en Córdoba, 2014.

## Acciones improvisadas en el marco de la coyuntura política

### • Demoliciones en el Neuro: transformación inconsulta y medidas de ajuste

A cuatro años y medio de la sanción de las leyes de Salud Mental provincial (LPSM, N° 9848) y nacional (N° 26657) y luego de su reglamentación, en la provincia de Córdoba no se han alcanzado las condiciones necesarias para que las transformaciones prescriptas por las normas sean posibles, acorde a los principios planteados por las leyes en términos de la progresividad en el cambio de paradigma y de abordaje institucional en salud mental.

A principios de mayo de 2015 comenzó un proceso de demolición en varios sectores del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial: consultorios, salas de reunión, espacios de capacitación. Estas acciones no fueron precedidas por instancias de participación y consenso con otros actores del campo de la salud mental (usuarios, profesionales, etc.), por el contrario, se produjo de manera inconsulta y sorpresiva desde la gestión.

A su vez, no se avanzó en la creación de dispositivos sustitutivos a los manicomiales ni en la previsión de recursos para estas reformas. Esta situación responde a una serie de prácticas de ajuste (reducción de camas, de raciones de comida) que redundan en un aumento significativo de personas en situación de calle y en un fenómeno de “trans-institucionalización” de usuarios a otros hospitales monovalentes del interior. Hay falencias políticas e institucionales para materializar las metas impuestas por el marco normativo.

El desfinanciamiento progresivo y el cierre directo, en ningún modo da cumplimiento al mandato legal y sólo fortalece aquellos posicionamientos resistentes a la adecuación a la ley, que acusan a la externación de ser prácticas de abandono. Asimilan la desinstitucionalización a la desinversión y el desfinanciamiento, lo que es congruente con un posicionamiento que considera la salud mental como un gasto y no como una inversión pública y de garantía de derechos, la provincia de Córdoba no pareciera ser ajena a esta tendencia.

La coexistencia simultánea de paradigmas contrapuestos en lo que respecta a la atención en salud mental, requiere de una voluntad política que fortalezca las prácticas fundadas en la consideración de una atención integral y humanizada y trabaje en la abolición de prácticas violatorias de los derechos humanos (sujeciones, aislamiento, electroshock, sobremedicación, maltrato, negligencia, etc.). En este sentido, y acorde a los principios de interdependencia e indivisibilidad de los derechos reconocidos, no basta con la transformación de manera aislada de las prácticas vulneratorias, si ello no encuentra sustento en estrategias integrales e intersectoriales que promuevan, protejan y restituyan

los derechos de las personas que demandan atención en salud mental.

### • La situación de las salas de aislamiento

El cierre –y demolición– compulsivo de algunos espacios del neuropsiquiátrico provincial, coexiste con la persistencia de las salas de aislamiento, dispositivo coactivo cuya prohibición se hace explícita en el decreto reglamentario 603/13 de la Ley 26.657. Aun así, y pese a ser considerado como espacio en donde se ejecutan tratos crueles, inhumanos y degradantes, hasta abril de 2015 el uso de las salas de aislamiento se presentaba como una práctica cotidiana implementada en todos los hospitales monovalentes de la provincia de Córdoba.

En esta fecha, la Disposición Interna N°1/15 de la Dirección General de Programas de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba ordena expresamente a todas las instituciones monovalentes de Salud Mental la adecuación y adaptación edilicia necesaria para su cierre, estableciendo un plazo de 30 días para ello. Sin embargo, cumplido este plazo, finales de mayo de 2015, no están garantizadas las modificaciones necesarias para cesar con el aislamiento.

En el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial se han llevado a cabo mínimas adecuaciones edilicias para transformar algunas de las salas de aislamiento en habitaciones de internación; una de las salas sigue funcionando en las mismas condiciones pero con el nombre de: “sala de cuidados intensivos”. Como suele suceder en estos casos, el cambio nominal no ha implicado modificaciones en la modalidad de funcionamiento de la misma.

La modificación edilicia en algunas de estas salas y su adecuación a habitaciones de internación implica consecuentemente una disminución en la frecuencia de su utilización. Con esa premisa, el cierre de las salas de aislamiento se vuelve una medida necesaria, pero sola es insuficiente. Si no está acompañada por acciones acordes a la normativa actual, el resultado redundará en nuevas vulneraciones. En conclusión, el cierre de las salas de aislamiento sin el acompañamiento en recursos materiales y humanos necesarios para la atención de los usuarios genera el reforzamiento de otros métodos manicomiales tales como la utilización de medidas de sujeción o el incremento de medicación con fines de control.

## Intersectorialidad e Interjurisdiccionalidad

En el artículo tercero de la LNSM se reconoce el carácter multideterminado de la salud mental y ubica el eje de su preservación y mejoramiento en el seno de la sociedad y en estrecha relación con la concreción de los derechos humanos y sociales en la vida de cada persona. Así mismo, el artículo 3 de la LPSM define al sistema de salud

mental como la organización integrada de los servicios de salud mental en constante construcción intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.

La ley prevé un abordaje integral y complementario de atención que demanda el trabajo coordinado de los distintos sectores y niveles del Estado. Para una externación en condiciones dignas se necesitan acciones articuladas de las áreas de educación, salud, trabajo, la vivienda y la seguridad social; además de acuerdos de complementación entre los municipios, la provincia y la Nación.

Lo anterior implica que los distintos niveles y dependencias gubernamentales trabajen conjuntamente para disponer soluciones mancomunadas y apropiadas a la lógica de la problemática. Esto requiere poner a disposición recursos (profesionales, saberes, prestaciones, planes, recursos económicos) provenientes de sectores como Desarrollo Social, Salud y Discapacidad que, aún cuando están vinculados a los procesos de externación, todavía no pueden dar más que una respuesta estatal parcial, desarticulada y a veces contradictoria. Esta advertencia ya estaba presente en el informe “Mirar tras los muros” de 2013 y 2014.

Los municipios son los responsables del primer nivel de atención en salud, sin embargo en Córdoba los recursos económicos asignados para la transformación institucional no se encuentran especificados; el presupuesto no se encuentra asignado y reorientado para las adecuaciones necesarias que prevén las leyes.

En ese mismo informe se identificó como prioritario el fortalecimiento institucional de los municipios, la revisión y el esclarecimiento de responsabilidades y formas de articulación entre provincia y municipios para evitar la desarticulación de los servicios de salud. Lo mismo se reclama para el área de Atención Comunitaria de la Dirección de Salud Mental de la Provincia, que no dispone de recursos humanos y materiales suficientes para las acciones dirigidas a la promoción y prevención.

En relación a los recursos, se constata una ausencia de voluntad política en lo relacionado a la asignación y reorientación de los mismos conforme a las legislaciones vigentes en Salud Mental, para crear los dispositivos sustitutivos al manicomio, de manera paralela a la sustitución progresiva de los grandes monovalentes.

Es necesaria la generación de un fondo específico para los municipios de Córdoba, que priorice la atención en salud mental desde el primer nivel, ámbitos preferenciales de inserción comunitaria directa. La desigualdad en la asignación de recursos -entre localidades centrales y del interior, urbanas y rurales- afecta los márgenes de la acción gubernamental en materia de salud y supedita el cumplimiento de la ley a las capacidades particulares de cada gestión local.

En este sentido, los objetivos de territorialidad y accesibilidad de la población a los servicios de salud mental comunitarios se presentan como desafíos frente a una cultura compartimentada y estanca de gestión estatal.

### Órganos de monitoreo y coordinación

En ausencia de una respuesta integral de monitoreo de la implementación de las leyes de salud mental, desde el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos se ha propuesto instalar en los sectores sociales y sanitarios de la provincia el debate y reflexión colectiva sobre la necesidad de crear el Órgano de Revisión Local en Salud Mental, con las competencias operativas definidas por la LNSM.

A lo largo de esta investigación y de los diversos informes<sup>25</sup> realizados en la provincia sobre el cumplimiento normativo, se revela la ausencia de mecanismos de control institucionalizados para canalizar reclamos que atiendan a situaciones de extrema gravedad institucional; violatorias no sólo de la normativa vigente en el campo sino también de los derechos humanos fundamentales.

El Órgano de Revisión es la vía institucional adecuada para seguimiento de las prácticas en el campo de la salud mental. Su constitución y puesta en marcha revisten una importancia sustancial ya que esta instancia podría incorporar las evaluaciones parciales que se realizan en cada sector de la salud mental.

La LNSM contempla además otros mecanismos dirigidos a la protección y garantía de derechos que la ley provincial. Uno de ellos es la Unidad de Letrados (art. 22), que tendría competencia para hacer el seguimiento de la legalidad de las internaciones involuntarias, acción necesaria en Córdoba donde la población objeto de esas medidas suele tener dificultad para designar un abogado. Al mismo tiempo los profesionales del Estado que dan patrocinio legal gratuito no cuentan con la formación específica para este tipo de control.

Las defensorías públicas no están especializadas en salud mental ni cuentan con recursos humanos suficientes y capacitados. Al contar con pocos recursos, no pueden garantizar su presencia en las instituciones y no cuentan con la experticia necesaria para evaluar si la internación se ha realizado como medida terapéutica excepcional de mayor beneficio.

Un elemento central para la transformación de la política pública provincial en salud mental es el planteamiento de acciones no solo enmarcadas como “reformas” sanitarias sino como una problemática de derechos humanos,

25 *Hospitales psiquiátricos de Córdoba*. Último informe de situación del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental de la Ley 26.657. Recuperado de: <http://www.recsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/Informe-C%C3%B3rdoba.pdf>

con la contundencia jurídica y política que este campo implica en la Argentina. El fortalecimiento político de los distintos actores sociales involucrados en la materia juega un rol fundamental, en tanto la problematización de las dinámicas estructurales de exclusión debe orientarse tanto hacia los procesos sociales y políticos como a la transformación de su institucionalidad estatal.<sup>26</sup>

### **Mobilización y organización por la salud mental**

Durante dos años consecutivos, organizaciones, colectivos y movimientos sociales, así como ciudadanos en general, marcharon por las calles de Córdoba en el marco de la celebración el 10 de octubre del Día Internacional de la Salud Mental, en 2014 la consigna fue "Porque hay exclusiones, exigimos derechos. Y como tenemos derechos, demandamos respuestas" y en la más reciente, realizada el 08 de octubre de 2015, la consigna fue "Del dicho al hecho, ¿qué pasa con nuestros derechos?"<sup>27</sup>.

Las marchas celebran ese día como una nueva oportunidad para seguir reivindicando la sanción de las leyes de salud mental, instrumentos que amplían sustancialmente los derechos ciudadanos en este campo, proscriben las prácticas manicomiales y discriminatorias y promueven la creación de dispositivos de atención de base territorial, comunitaria y participativa, accesibles a todos los ciudadanos y ciudadanas. Sin embargo, también se ha marchado para dejar asentado en el espacio público la profunda preocupación por la lentitud y muy limitados avances con que estas leyes son implementadas en Córdoba.

La movilización social alrededor de este tema, partió del entendido de que las leyes de salud mental no pueden ser consideradas como un punto de llegada en la lucha por una política de salud mental más inclusiva. Pero también sabiendo que son esas mismas leyes las que habilitan a denunciar los incumplimientos e ilegalidades en las que incurre el Estado provincial. Además de la exigencia de acciones concretas por parte del Estado provincial, la movilización reivindicó la importancia de la participación real de los comprovincianos en las políticas de salud y en los centros de atención primaria de sus propios barrios, en las instancias que hacen a la planificación, diseño, ejecución, discusión sobre problemáticas y estrategias a llevar a cabo. De la mano de esto, se vuelve imprescindible promover la generación de espacios institucionales y comunitarios democráticos, con una lógica flexible,

que permita la inclusión de todos los actores y promueva condiciones para que los miembros de la comunidad no sean sólo pacientes sino protagonistas activos en los procesos sanitarios comunitarios.

Aún en contextos políticos adversos la sociedad civil debe jugar el rol de contralor ciudadano, fundamental para que se cumplan las políticas del Estado. Sus acciones pueden estar dirigidas a recoger las denuncias de casos de violaciones a los derechos humanos, pero también y fundamentalmente, a la promoción e incidencia respecto de lo que el Estado debe hacer en orden de la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales.

Ante la crítica situación de la política de salud mental en la provincia, aún concentrada alrededor de la figura de los hospitales psiquiátricos<sup>28</sup>, trabajadores que proponen modos alternativos de acción e intentan visibilizar las situaciones de vulneración y desprotección de derechos de los usuarios no han encontrado canales fluidos de interlocución con las autoridades, siendo en cambio reactiva la actitud mostrada por el Estado provincial.

Las acciones de visibilización como la masiva movilización mencionada y la publicación del informe que mencionamos tuvieron impacto en la opinión pública. Las autoridades del hospital reaccionaron con una serie de medidas de carácter persecutorio y disciplinador que afectó la situación laboral de algunas trabajadoras que participan activamente de este proceso. Un proceso de adecuación a las leyes, que priorice políticas de atención de la salud, debe propiciar una participación democrática de todos los actores involucrados, en especial de los profesionales comprometidos con los derechos humanos.

26 Para un mayor desarrollo sobre la configuración de las políticas públicas en salud mental en Córdoba, remitirse al apartado "Una nueva institucionalidad..." del informe *Mirar tras los Muros* 2014.

27 Nota periodística sobre la marcha: [http://www.lmcordoba.com.ar/nota/218686\\_se-realizo-segunda-marcha-para-reclamar-aplicacion-de-leyes-de-salud-mental](http://www.lmcordoba.com.ar/nota/218686_se-realizo-segunda-marcha-para-reclamar-aplicacion-de-leyes-de-salud-mental)

28 *Hospitales psiquiátricos de Córdoba*. Último informe de situación del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental de la Ley 26.657. Recuperado de: <http://www.redsaludmental.org.ar/wp-content/uploads/2015/09/Informe-C%C3%B3rdoba.pdf>

## PROVINCIA DE MENDOZA

### La salud mental en la provincia

Luego de una crisis institucional de larga data que se agudizó durante el primer semestre de 2014 por denuncias sobre graves violaciones de derechos humanos en la Alcaldía N°5 –Servicio de Internación Judicial Psiquiátrica– del Servicio Penitenciario Provincial<sup>29,30</sup>, se cambió a la titular de la dirección y se dispuso como acto inaugural de la nueva gestión la creación de un Servicio de Atención en Crisis (SAC) para “cuadros agudos”, con el objetivo de evitar la institucionalización de los usuarios<sup>31</sup>. Estos establecimientos funcionan dentro del predio del Hospital El Sauce, que provee de asistencia médica, psiquiátrica y farmacológica.

Otra institución de salud mental que fue objeto de monitoreo judicial es el Instituto Jorba de Funes. El Instituto es de gestión pública, se lo conoce como “El Cottolengo” y se encuentra también dentro del predio del Hospital El Sauce; aloja aproximadamente a 47 personas. Su gestión depende en forma conjunta de la Dirección de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo y Derechos Humanos y de las autoridades del Hospital El Sauce.

A comienzos de 2014 se presentaron denuncias<sup>32</sup> ante la Defensoría de las Personas con Discapacidad<sup>33</sup> respecto de graves violaciones a los derechos humanos que incluían posibles maltratos, abusos sexuales y desnutrición de las personas alojadas en este instituto y en varios hogares de gestión privada con convenio con la Dirección de Discapacidad. La difusión mediática de esas denuncias y la remisión de compulsas a las fiscalías penales y a la Fiscalía de Estado que realizó el defensor de las Personas con Discapacidad fue sucedida por la decisión de cambiar las autoridades en la Dirección y en otras áreas responsables dentro del Ministerio de Desarrollo y Derechos Humanos<sup>34 35 36</sup>.

A finales de 2014, el Ministerio de Salud dispuso el cierre compulsivo de un servicio de atención crítica de adolescentes y la derivación de los usuarios a la guardia del Hospital Pereyra, aún cuando esta institución no cuenta con la infraestructura ni los recursos humanos para una atención especializada. Esto generó una huelga de residentes, que entre otras consecuencias motivó la renuncia del médico jefe de residentes de psiquiatría.

### La trans-institucionalización como estrategia de “externación”: los hogares

El caso de Mendoza es paradigmático de cómo el mandato de la LNSM, cuando no va de la mano de una política pública sustantiva sobre la integralidad de los derechos que deben resguardarse para la externación, puede devenir en un sistema pernicioso para las personas usuarias. No se diferencia de una trans-institucionalización y genera un sistema instituido y no cuestionado de terce-

29 En el mes de Julio de 2013 la subdirectora de Ejecución Penal de la Dirección de DDHH de la Suprema Corte de Justicia, Lic. Romina Cucchi realiza una visita de monitoreo junto con el conjuer del 1° Juzgado de Ejecución Penal. De acuerdo al Acta elaborada por dichos funcionarios se encontraron 21 personas allí alojadas con indicadores de sobremedicación, condiciones insalubres de alojamiento, hacinamiento y negligencia en el abordaje terapéutico. En el mes de junio de 2014 dos miembros del Comité de Prevención de la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes junto con el procurador de las Personas Privadas de la Libertad, Dr. Fabricio Imparado realizan una visita de monitoreo para verificar las condiciones acceso a derechos y criterios de internación/externación de las personas alojadas en dicho establecimiento. Ese comité elaboró una serie de conclusiones/recomendaciones entre las cuales se encuentran: “la urgente atención médica en los casos señalados ut supra”, “la imperiosa necesidad de adecuar los criterios de internación/externación a la Ley de Salud Mental 26.657, lo que deberá ser cumplido tanto por las autoridades del Servicio Penitenciario Provincial como por las autoridades del Hospital El Sauce”, entre otras recomendaciones.

30 Véase Acta de Monitoreo de fecha 11/06/14 del Comité de Prevención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes.

31 Al SAC puede ingresar cualquier persona independientemente de su forma de derivación (guardia u otros servicios del hospital) siempre y cuando su evaluación satisfaga ciertos criterios: “ser mayor de edad, que la internación sea voluntaria, que sea auto válido y que cuente con un familiar”. Este cuenta con diez plazas y funciona con un período de internación de 4 días aproximadamente (Entrevista con el director del Hospital El Sauce, Dr. Oscar Labay).

32 Refiere a las denuncias de padres y madres autoconvocados: denuncia de maltrato en un hogar y denuncia de dos defensoras de Menores e Incapaces de la Jurisdicción de San Martín sobre maltrato y abandono entre otras vulneraciones de derechos. Véase también Resolución 2/14 Defensoría de las Personas con Discapacidad.

33 La Defensoría de las Personas con Discapacidad (Ley 8 345/11, modif. por Ley 8 510) es un órgano estatal unipersonal con autonomía funcional, cuya misión es la defensa y protección de derechos de las personas con discapacidad. Procede de oficio y ante denuncias de damnificados o terceros.

34 Dentro de las graves y numerosas violaciones de derechos e irregularidades recogidas en su Resolución N°11/14: la existencia de lugares de encierro en condiciones inhumanas, el abandono de las personas, el hallazgo de elementos de castigo y cuerdas en las camas utilizadas para la sujeción física de las personas (Véase: Resolución N°11/2014 de fecha 25/08/14). El Defensor de las Personas con Discapacidad refirió también que varios de los dueños de los hogares en cuestión tienen otorgada la curatela de las personas allí alojadas. Expresó así mismo, como por su parte lo hizo también el Director del Hospital El Sauce, que la anterior directora de dicho nosocomio cobraba la curatela de muchas de las personas allí alojadas. Ambos refirieron que esta situación nació “con la buena intención” de asegurar a esas personas el derecho al acceso al cobro de las pensiones

35 Entrevista al Director del Hospital El Sauce, Dr. Oscar Labay.

36 Entrevista al defensor de las Personas con Discapacidad, Lic. Juan Carlos González.

rización de la provisión de la asistencia en salud mental. Esto deja en manos de terceros la atención residencial y da continuidad al “tratamiento” desde una lógica de “seguimiento”, que se limita a visitas protocolares y espaciadas en el tiempo, sin ningún trabajo sustantivo sobre la subjetividad de las personas.

El hospital mantiene convenios vigentes con hogares psico-geriátricos de gestión privada para la atención y alojamiento de las personas ya internadas y en condiciones de cronicación. El hospital paga un monto *per cápita* de alrededor de 2000 pesos por mes y se compromete a brindar asistencia psiquiátrica regular y proveer la medicación. Esto último se hace efectivo a través del “Programa de Sostén Externo” que contempla el seguimiento de las personas usuarias a través de un equipo de funcionarios del hospital destinado para tal fin<sup>37</sup>.

Los convenios con hogares de gestión privada surgieron a finales de la década de 1990, como un intento de desinstitutionalización de las personas que se encontraban asiladas en el hospital El Sauce, algunas desde hacía más de veinte años. En la actualidad son 70 las personas que se encuentran en estos hogares, más 280 personas en el sistema de albergues por convenio con la Dirección de Discapacidad.

De las entrevistas mantenidas con los directivos y con los trabajadores del hospital surge que los criterios con los que se realizó y se sostiene en el tiempo la decisión de “externación” fueron el estado de cronicación dentro del hospital y la carencia de red familiar o de autonomía. También, sería un requisito que cobren una pensión por discapacidad o, al menos, que la misma se encuentre en trámite<sup>38 39</sup>.

Un miembro de los equipos interdisciplinarios del hospital dijo respecto de la creación del Programa de Sostén Externo que: “En todo lo que ha sido el proceso de transformación psiquiátrica que se viene haciendo desde los años 90 en adelante, más o menos desde el año 94... se han ido haciendo algunos pasos en este proceso de transformación. A partir del 2004 comienza un proceso de descronicación con cierre de servicios. Esto fue llevando a un programa específico denominado de Sostén

Externo, donde se fue trabajando todos esos casos que fueron externados a hogares fuera de la institución, de características crónicas (...)”<sup>40</sup>.

Sobre los actuales criterios de “traslado” de personas a los hogares, un miembro de los equipos interdisciplinarios del Hospital manifestó: “Hoy por hoy podríamos decir que para estar en los hogares tienen que ser pacientes que lleven cierta permanencia en la institución, pacientes que cuenten con DNI –todo eso lo trabajamos desde acá con operativos de DNI–, tiene que contar con certificado de discapacidad. Además tenemos que contar con una negativa de la Gerencia de Discapacidad<sup>41</sup> de subsidiar. Es decir, antes de que siga el hospital cubriendo económicamente a los hogares, primero se pide a Gerencia de Discapacidad porque son casos que pueden ingresar desde ahí. Si la Gerencia de Discapacidad no toma el caso, el hospital tiene que seguir pagando la permanencia en el hogar. Para eso el usuario no debe tener obra social, porque si tiene es la obra social la que tiene que cubrir los gastos, lo cual es muy complejo”.

En relación al funcionamiento del programa de seguimiento y auditoría de hogares que se desarrolla desde el Hospital El Sauce, un trabajador miembro de los equipos que se encargan de esa función expresó: “Desde acá estamos haciendo auditorías permanentes a los hogares, con una frecuencia semanal. Son casi 70 casos. Desde acá se les entrega toda la medicación, la ropa, las zapatillas, ropa interior, hay recursos profesionales que están trabajando para que ellos estén bien y no estén hacinados. Además se les hace propuestas a los dueños de los hogares para que tengan actividades recreativas, terapéuticas; se ha hecho coordinación con los municipios en uno de los hogares para que tengan educación física, para que vayan a estudiar a las escuelas más cercanas, para que ingresen mínimamente a los programas de alfabetización. Y a los dueños que aun no han avanzado en ese proceso, se los está guiando todo el tiempo para que el hogar no quede como si fuera un mini hospital monovalente, al menos eso es lo que intentamos. El proceso de transición de un paciente o de un sujeto con padecimiento mental del manicomio a estar integrado socio-comunitariamente, puede ser largo”.

37 La especificidad del goce de derechos de las personas alojadas en estos hogares psicogeriatricos fue trabajada en los capitulos que componen la primera parte de este libro.

38 Entrevistas con miembros de los equipos interdisciplinarios del Hospital El Sauce.

39 “Entonces agotadas todas las otras instancias, al menos todo lo que nosotros creemos que sea agotadas las otras instancias, ¿no?... Se recurría a la posibilidad de acceder a estos hogares. Que, a ver... no reproducen lo de la institución en el sentido de la atención, sí lo reproducen en el sentido de que están viviendo en una institución. Lo que cambia es que, ahí sí el perfil de pacientes es más como homogéneo y por lo tanto las actividades y las atenciones que reciben más específicas para sus características. Entonces eso mejora la calidad de vida esos pacientes y la de los que quedan acá.” (Director del Hospital El Sauce, Dr. Oscar Labay).

40 Profesional del Hospital El Sauce. Mendoza.

41 Organismo dependiente de la Dirección de Discapacidad. Ministerio de Desarrollo y Derechos Humanos.

### El demorado proceso de conformación del Órgano de Revisión Provincial<sup>42</sup>

A partir de 2012, la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Mendoza, como representante de la autoridad de aplicación de la LNSM, convocó a los representantes de organismos estatales, a la incipiente organización de usuarios y a otras organizaciones vinculadas a la salud mental y los derechos humanos de la sociedad civil, con el objetivo de crear un espacio intersectorial donde se consensara un proyecto de ley de conformación del Órgano de Revisión provincial. La conformación del espacio fue modificándose y en el segundo año de reuniones se incorporaron los colegios profesionales de psicólogos y de profesionales del Trabajo Social.

El proceso se demoró por subsecuentes cambios de ministros y la merma de la voluntad política del Poder Ejecutivo provincial. El espacio se denomina “Comisión para la conformación del Órgano de Revisión”. El proyecto de ley fue terminado y sería presentado como iniciativa ciudadana ante la Comisión de Salud de la Legislatura a comienzos de 2015<sup>43</sup>.

El proyecto –que por ahora es el único en la provincia– plantea que el OR será funcionalmente autónomo y autárquico, tomando como modelo la Procuración de las Personas Privadas de la Libertad y la Defensoría de las Personas con Discapacidad, que rinden cuentas a la Legislatura, pero son funcionalmente independientes. Establece que la autoridad de aplicación debe garantizar el llamado a concurso, la previsión presupuestaria para la primera vez y establece un plazo perentorio para que el Ministerio de Hacienda cubra las determinaciones presupuestarias del Órgano.

Prevé el perfil de la persona a cargo de la Secretaría Ejecutiva y estipula que deberá garantizarse que los integrantes del OR –por parte de los diferentes organismos estatales y representantes de organizaciones de la sociedad civil– cumplan con el mismo perfil respecto de idoneidad y compromiso ético. La forma de elección de los representantes también fue incorporada al proyecto de ley.

La falta de participación de representantes de los hospitales psiquiátricos provinciales (El Sauce y el Pereyra) en el proceso de conformación del OR –debido al peso político de los titulares de dichas institucionales en el ámbito

de la salud pública de Mendoza– puede avizorarse como un futuro elemento de resistencia a la hora del tratamiento de este proyecto de ley, alterando aún más el delicado equilibrio institucional así como la evidente falta de voluntad política sobre este tema en particular<sup>44</sup>.

La política pública de cierre compulsivo, sumada a la falta de claridad sobre las condiciones en que las externaciones deben ser realizadas en orden de resguardar derechos genera en Mendoza, como en otras jurisdicciones del país, un funcionamiento errático de las instituciones con competencia en la materia. Con cierta periodicidad se generan situaciones críticas en los efectores y los principales afectados son las personas que deberían recibir atención en salud mental de calidad.

La ausencia de un Órgano de Revisión, que por ley está llamado a monitorear la ejecución y a emitir recomendaciones a la autoridad de aplicación, profundiza la crisis. En la actualidad, la provincia destina recursos sin una racionalidad concreta que avance objetivamente hacia el modelo que el marco normativo establece.

42 La información para este apartado surgió de la entrevista con la Lic. Romina Cucchi, que ocupaba el cargo de Subdirectora de Ejecución Penal de la Dirección de DD. HH. de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza al momento de la misma. Luego de los monitoreos realizados por dicho organismo a la Alcaldía N° 5, esa entidad estatal asumió un rol de liderazgo en lo relativo al impulso de la conformación del órgano de revisión provincial, con las características que prevé la LNSM y las recomendaciones del Órgano de Revisión Nacional.

43 Hasta el momento de la redacción de este capítulo, el proyecto no había sido presentado.

44 “...yo creo que en los hospitales va a generar resistencia porque no han sido parte del proceso y eso es algo endilgable sobre todo a la Dirección de Salud Mental, porque ahí ha habido un problema político no resuelto que va a afectar al proceso institucional. Que no se ha presentado a través del Ejecutivo es otro escollo, porque no vamos a tener el apoyo que deberíamos desde el Ejecutivo, que es el que va a tener que poner la plata, por lo menos la primera vez, para que esto se constituya... entonces, va a tener escollos por muchos lugares... Como cualquier órgano de control tiene resistencias... a ver... el gremio de los empleados públicos y más de los empleados de salud en Mendoza es muy fuerte, es muy fuerte y... es muy opositor a cualquier gobierno de turno en general... y es un órgano que genera mucha presión. Entonces, entre la cuestión corporativa, la consulta institucional a los hospitales, la presión de los gremios y la falta de apoyo político del Poder Ejecutivo, más que nadie quiere un órgano de control más y que este tema no le importa a nadie, porque son personas que no le importan a nadie... lo veo muy dificultoso el proceso político hasta que se apruebe y se ponga en funcionamiento...” (Lic. Romina Cucchi. Subdirectora de Ejecución Penal, Dirección de DDHH de la Suprema Corte de Justicia de Mendoza).