

XIII

Las personas con sufrimiento mental ante la ley y los derechos*

En la Argentina, el aumento de los niveles de pobreza e indigencia es un de las causas más significativas del incremento del sufrimiento en la población. El proceso de desintegración y pauperización social que afecta a amplios sectores de la sociedad, como consecuencia del desmantelamiento del Estado social y la consecuente fragmentación de los sistemas de protección, se complementa con las representaciones sociales estigmatizantes acerca de la locura. Por ello, derechos humanos y salud mental deben articularse en la agenda pública de los gobiernos y, en particular, en el de nuestro país.

En la primera parte de este capítulo analizaremos las normas y principios, internacionales, nacionales y provinciales que, de un modo u otro, procuran el resguardo de la salud mental de las personas y la prevención de los trastornos de este tipo.

Diferentes organismos internacionales han expresado su preocupación por el respeto y consolidación de los derechos humanos de las personas mentalmente afectadas. El Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación,

* La primera sección de este capítulo fue elaborada por Alfredo Jorge Kraut, abogado, docente de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (UBA). La segunda, estuvo a cargo del Equipo de Salud Mental del CELS compuesto por los profesionales: Laura Conte, Graciela Guilis, Roberto Gutman, Elena Lenhardtson, Marcelo Mariner, Mariana Wikinski, Roxana Amendolaro, Adelqui Del Do, Luciana Gonzalez, Maximiliano Peverelli.

por su parte, señala la importancia de revisar los modelos asilares y de construir una estrategia en salud mental que tome en consideración las múltiples variables que componen el problema (aspectos sociales, económicos, representaciones sociales estigmatizantes, etcétera). En efecto, es necesario comenzar a revisar críticamente el lugar social que se le otorga a la locura y los modelos tradicionales asilares utilizados para su tratamiento, recordando que su origen se ubica en el surgimiento de la modernidad y la concomitante urgencia de control social de los *anormales*.

Las normas progresan en el reconocimiento de derechos pero éstas deben estar necesariamente articuladas con políticas sociales y económicas que garanticen su cumplimiento, tal como veremos en la segunda parte de este capítulo. El Estado es responsable de garantizar las condiciones básicas para la inclusión en la vida social de las personas que padecen sufrimiento mental, que se encuentran en una situación de vulnerabilidad como consecuencia de la discriminación y la marginación.

Primera parte

Salud mental en la Argentina: normativa, prácticas y urgencias de cambio

*La Ley, tal como hoy la fabrica el legislador,
no tiene toda la fuerza que se le supone.
No rige por igual en todos los lugares,
y se modifica en su aplicación hasta el punto
de desmentir su principio.*

(BALZAC, *Los Campesinos*. 1844)

1. Introducción

Todos los hombres son iguales ante la ley: lo dice la propia ley. Pero la igualdad de las personas es algo más profundo que su pasivo sometimiento a las leyes, porque emana de su compartida calidad de seres humanos, lo que convierte a la igualdad pasiva en activa.

El ciudadano se somete a la ley, pero al mismo tiempo está capacitado para exigir el goce de los derechos que la ley le acuerda, entre ellos, incluso, los de crear y modificar las leyes y vigilar su cumplimiento.¹ Felizmente, junto a los cuerpos legales existen declaraciones de derechos, cuyo paulatino enriquecimiento marca —en la historia— el avance de la civilización.

Sin embargo, muchos ciudadanos están lejos de sentirse sujetos plenos de derecho, entre otras razones por su escasa información —debida a carencias educativas y a las manipulaciones, ocultamientos, ritos y presiones del poder.

Algunas personas sufren, además, de minusvalías específicas que pueden limitarlas aún más en el goce de sus derechos.

En los países que cuentan con buenas estadísticas, se comprueba que un alto porcentaje de personas padece enfermedades mentales de distinto signo y gravedad, que gran parte de esas personas son internadas sin que medie su voluntad, y que permanecen institucionalizadas durante mucho tiempo, a veces de por vida. Innumerables dolencias psíquicas son, de ese modo, ignoradas y, obviamente, no tratadas.

¹ La hermana Pelloni señaló, respecto de las actitudes de Juan Carlos Blumberg: "lo único que le preocupa son las leyes más que los derechos humanos, por eso lo quiero comprender pero no lo justifico" (Página 12, 19/8/04, "Pelloni")

Las personas con trastornos mentales constituyen así un sector particularmente vulnerable, que enfrenta el estigma, la discriminación y la marginación, ya que en todas las sociedades lo diferente pareciera ser de difícil —en algunos casos, de intolerable— aceptación.

Puede sostenerse que los pacientes mentales son un emblema de hiposuficiencia jurídica. Esto incrementa las posibilidades de que se violen sus derechos humanos. Rara vez su problemática interesa centralmente a la sociedad, y están lejos de ejercer su condición activa de ciudadanos. La realidad muestra, además, que pese a los daños que injustamente se les ocasionan, no hay sanción para los responsables de su cuidado y atención. Por otro lado, la crisis de la familia y las estrecheces económicas de nuestro tiempo limitan la posibilidad de resguardar debidamente a estos enfermos. La marginación y las barreras creadas para quienes padecen de discapacidades o desventajas terminan pareciendo una cosa natural.

Así, a pesar de que son contadas las personas con trastornos mentales que suponen riesgo para sí mismas o para terceros (su capacidad para tomar decisiones, por lo demás, está afectada),² los prejuicios sobre su mentada peligrosidad excusan la tendencia a aislarlas de la comunidad. Las contradicciones y los dobles mensajes circulantes son un factor importante de las actitudes que la sociedad adopta respecto de la locura. A ello se suma el hecho de que miles y miles de personas institucionalizadas pertenecen a los sectores más humildes. Y terminan, como regla, abandonadas sin remisión en el manicomio.

Pero locura y cronicidad psiquiátrica (hospitalismo) no están necesariamente vinculadas. La exclusión y el olvido son el corolario de la miseria, y así se gesta el hospicio-asilo-depósito. La recuperación psiquiátrica y la re-socialización se vuelven una quimera. Y los de "afuera" no manifiestan, por lo común, un interés genuino en la reinserción. De allí que sea preciso instalar con mayor vigor el tema de los derechos humanos y la salud mental.

2. Medios coercitivos y práctica psiquiátrica

El tema de la institucionalización innecesaria e ineficaz no es el único, pero sí el más visible en la problemática de la salud mental y los derechos humanos. El uso de medios coercitivos en la práctica asistencial

² Organización Mundial de la Salud (OMS), Documento, 2003, "Legislación y Derechos Humanos para la Salud Mental. Paquete de Orientación para Política y Servicios de Salud Mental".

genera polémicas por su frecuencia y por los abusos emergentes. Repugna a la razón y al derecho el aislar e inmovilizar a personas a causa de su enfermedad, sin regulaciones ni controles adecuados.³ Sólo la internación forzosa y el tratamiento obligatorio están regulados en nuestro país. En cambio, los demás instrumentos coercitivos se hallan faltos de normativas específicas. Ello implica que estas medidas queden hoy libradas a la competencia y a la ética del profesional que interviene en el momento de decidir su aplicación.

Es de esperar que próximas regulaciones establezcan mecanismos de control en la atención psiquiátrica, especialmente el registro de las medidas de aislamiento o inmovilización, a veces sólo usadas como formas de sanción o castigo.

3. ¿Existe un marco legal disponible?

La legislación consituye una base necesaria para proteger los derechos fundamentales. Sin embargo, condición necesaria como lo es, no resulta, suficiente, ni tampoco excluye otros mecanismos para resguardar la salud mental de las poblaciones.

La ley brinda el marco para tratar problemas críticos —la integración comunitaria de las personas con trastornos mentales, la provisión de cuidados de alta calidad, la mejora en el acceso a la atención, la protección de los derechos civiles, y la protección y promoción de los derechos en áreas vitales como la vivienda, la educación y el empleo.

Las normativas intervienen igualmente de manera decisiva en el resguardo de la salud mental y en la prevención de los trastornos del mismo orden. Por lo tanto, el campo legal excede, en esta materia, la mera atención o el tratamiento brindado en servicios de salud institucionales.⁴

³ Los instrumentos restrictivos que se aplican hoy a personas sujetas a tratamientos psiquiátricos son variados, entre ellos: 1) internación involuntaria o forzosa, medida excepcional dispuesta temporariamente por un profesional de la salud pero decretada y controlada judicialmente. Es una modalidad de tratamiento de carácter cautelar que suele fundarse en la peligrosidad para sí o para terceros, o en la necesidad de tratamiento, en beneficio del ingresado, y cuyo contenido es la pérdida de la libertad (véase la Constitución Nacional, artículo 18); 2) aislamiento terapéutico (seclusión), concebido como la indispensable instalación de un paciente en una habitación cerrada con el propósito de separarlo de su entorno; 3) inmovilidad o sujeción terapéutica (*restraint*), definida como la fijación de, al menos, algunos miembros del paciente mediante dispositivos mecánicos; 4) tratamiento sanitario forzoso (*compulsory medical treatment*), o sea la imposición de terapias sin que medie la voluntad personal del paciente.

⁴ OMS, "Legislación y Derechos Humanos...", *op. cit.*

El breve análisis que sigue tiende a determinar si los mecanismos protectores actualmente vigentes son suficientes y si coexiste un acceso a la tutela.

3.1 El sistema del derecho internacional de los derechos humanos en el campo de la salud mental

El derecho internacional de los derechos humanos incluye los resguardos fundamentales con que cuentan las personas con discapacidad mental. Se trata, en principio, de derechos genéricos que amparan a todos los seres humanos sin excepción. Tales derechos están contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966).

En el sistema interamericano, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1979) reconoce, asimismo, un importante abanico de derechos genéricos que incluyen en su protección a las personas con padecimientos mentales, especialmente en lo que hace al respeto por su vida (artículo 4), por su integridad física, psíquica y moral, aun estando privadas de su libertad (artículo 5, inciso 1 y 2), el derecho a la libertad y a la seguridad personales (artículo 7), a ser oídas con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial (artículo 8), el derecho a la protección de la ley, sin discriminaciones de ninguna especie (artículo 24).

En las últimas décadas, tanto la Organización de las Naciones Unidas como las organizaciones regionales de América Latina (Organización Panamericana de la Salud, OPS), adoptaron resoluciones y emitieron declaraciones y otros documentos⁵ en los que se insta firmemente a los países

⁵ Declaración de los Derechos de los Inapetidos o Minusválidos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], Asamblea General [AG], Rs. 3447 [XXX], 09/12/1975); Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU, AG, 26/2856, 20/12/1971); Declaración de los Derechos de los Inapetidos (ONU, Rs. N° 3447, 9/12/75); Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (ONU, AG-Rs. 37/52, 3/12/82); Derechos de los Ancianos (1982). Declaración sobre implicancias éticas específicas en psiquiatría (Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Hawái, 1977); Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (OEA, "Protocolo de San Salvador", AG-11, 17/1988); Congreso del Nilo: Declaración de Luxor. Derechos Humanos de los Enfermos Mentales, 17/01/89); Organización Panamericana de la Salud (OPS), Declaración de Caracas, 1990); ONU, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (AG-46/119, 17/12, 91); Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG-Rs. 1249 [XXIII-O/93]); Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidad

miembros a adoptar las medidas conducentes a concretar la protección de los derechos de los pacientes mentales, con especial énfasis en la sanción de las normas pertinentes. Dos recientes documentos regionales expresan en este sentido la preocupación de los Estados por respetar y consolidar la vigencia de los derechos humanos de las personas mentalmente afectadas: la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad⁶ y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (OEA, 2001).⁷

Por su resonancia en el orden local, interesa particularmente profundizar aquí la Declaración de Caracas (1990), las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993) y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991). A esta lista se suma el sistema interamericano de protección de derechos humanos, por abrir la posibilidad de presionar a los Estados que no cumplen, o que son culpables de violaciones a las normas jurídicas obligatorias en la materia.

des para las Personas con Discapacidad (AG-48/96, 20/12/93); Declaración de Managua (diciembre 1993); ONU, Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos: Declaración de Viena y Programa de Acción (aprobados por la 15/7/93); Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG-Rs. 1356 [XXV-O/95]); y Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (resolución AG/Rs. 1369 [XXVI-O/96]); OEA, Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999); OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH): Recomendación sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (2001). Estos documentos son de aplicación subsidiaria y poseen distinto tipo de obligatoriedad para los Estados.

⁶ Por esta Convención, los Estados parte se comprometen a: I. Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad... (sigue la lista, no taxativa, de medidas que se recomienda adoptar).

⁷ Las Recomendaciones se orientan a incorporar en la normativa de los países miembros sistemas de protección de los derechos de los pacientes mentales (introducción de estándares internacionales en la legislación interna) y a promover las medidas, legislativas o judiciales que se requieran para supervisar el cumplimiento de estos derechos. Nuestra ley 25.280 (4/8/2000) dispuso la aprobación de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, y dice en su artículo 1: Apruébase la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en Guatemala, República de Guatemala, el 8 de junio de 1999.

3.1.1 Declaración de Caracas

La Declaración de Caracas opera como una estrategia tendiente a transformar el modelo actual de atención, gestando normas universales para el tratamiento de las personas afectadas mentalmente. En este sentido, el documento significó un importante y transformador paso de orden legal respecto de la atención psiquiátrica y el avance de los derechos de estos pacientes.

Tal estrategia tiene doble repercusión: "por un lado el hospital psiquiátrico cesa de ser el componente central de la atención psiquiátrica y, por el otro, [la Declaración de Caracas] propone que los servicios comunitarios constituyan el medio principal para lograr una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continua y de carácter preventivo. También aboga por la necesidad de actualizar la legislación correspondiente con el fin de anclar en un marco jurídico la reestructuración de los servicios, y para salvaguardar adecuadamente los derechos humanos y civiles de los pacientes".⁸

Pese al énfasis manifiesto en la Declaración de Caracas, en la mayoría de los países de la región el paciente mental, sobre todo si está institucionalizado, suele convertirse, de hecho, en un sujeto "sin derechos".⁹ Y así, no existen en Argentina —como tampoco en los demás países de América latina—¹⁰ leyes especiales de vigencia nacional¹¹ ni legislación general en esta materia, destinadas a consagrar expresamente el respeto por los

⁸ Levav, Itzhak, Restrepo, Helena, y Guerra de Macedo, Carlyle, "Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 39:4, 1993, p. 285.

⁹ OPS, "Reestructuración de la atención psiquiátrica en América latina: bases conceptuales y guías para su implementación" (Editores: González Uzcátegui, R. y Levav, I), Washington, 1991. Kraut, Alfredo Jorge, *Aspectos normativos de la atención psiquiátrica*, Informes Técnicos N° 42, OPS, Washington, 1994, p. 3.

¹⁰ Aunque la situación no es la misma en todos los países americanos, la similitud cultural de sus pueblos determina que la tendencia sea pareja. Cfr. Bolis, Mónica, "La Conferencia de Caracas y los procesos de actualización legislativa en América Latina", OPS, Washington, noviembre 1993; Levav, I., Restrepo H., y Guerra Macedo, C., "Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina...", *op. cit.* Kraut, Alfredo Jorge, *Aspectos normativos de la atención psiquiátrica*, *op. cit.*

¹¹ En la República Argentina existen leyes provinciales (Río Negro, leyes n° 2.440/1991 y 3.575/2002; Entre Ríos, ley n° 8806/94; Santa Fe, leyes n° 10.772/1991 y 13.944/1991) que, en una línea progresista, intentan salvaguardar los derechos humanos y promover la atención extrahospitalaria de las personas con afecciones mentales. En tanto se tropieza con serios obstáculos jurídicos (las normas penales y civiles no favorecen la situación legal del enfermo mental) y presupuestarios —escasos recursos financieros y humanos asignados a los servicios de salud mental—, los intentos se reducen a iniciativas aisladas que operan con serias limitaciones.

derechos fundamentales de estos pacientes. En la práctica, como se dijo, tales derechos suelen afectarse cotidianamente sin que, por lo común, haya sanciones para los responsables.

3.1.2 Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental

Los principios básicos de la Declaración de Caracas se vieron luego plasmados en un nuevo instrumento, valioso para diseñar y evaluar la efectividad de los derechos fundamentales de las personas internadas y de todas las afectadas por discapacidad mental.

Sin lugar a dudas, los Principios de salud mental conforman la declaración de derechos —normas específicas para la protección de personas con afecciones mentales—, más adecuada y oportuna entre las propuestas hasta hoy, y son el punto inicial para lograr una transformación capaz de proteger a las personas alcanzadas por estas afecciones. Su meta es el cambio del sistema de atención en la materia.¹²

El hecho de que las Naciones Unidas hayan acogido y apadrinado los Principios confirma la prevaeciente tendencia a internacionalizar estos derechos. La fijación de estándares generales facilita la difusión de los derechos y la posibilidad de supervisión como un valioso avance en la defensa de los derechos humanos. Se considera a los Principios como el estándar internacional más completo y detallado en la materia, y se han constituido en importante guía para los Estados en la tarea de delinear y/o reformar sus sistemas de salud mental.¹³

Insistiendo en que la vigencia de los derechos —en este caso, del derecho a la salud— requiere mucho más que leyes, la aplicación de los Principios de salud mental en tanto derechos internacionalizados —o sea, estándares mínimos de las Naciones Unidas— puede operar destrabando los fuertes obstáculos que impiden a los enfermos mentales, especialmente a los institucionalizados, acceder a los derechos humanos en los sistemas de salud. En este sentido, los Principios significan un notorio avance: constituyen una herra-

¹² En el nivel regional americano, la Declaración de Caracas (OPS/OMS: Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, 14/11/90) advirtió y denunció las falencias del sistema de atención psiquiátrica y salud mental, y los vacíos legislativos en la región, fenómeno causado principalmente por la carencia de estructuras asistenciales adecuadas, y de acceso real al sistema de salud. Véase: OPS, "Reestructuración de la atención psiquiátrica...", *op. cit.*

¹³ Recomendación de la CIDH sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, abril 2001.

mienta aplicable a distintos sistemas de salud, ya que la protección de los derechos debe realizarse conforme a "un tratamiento adecuado a sus pautas culturales" y fijan deberes estrictos —variables según los sistemas jurídicos de los distintos países— aplicables a los pacientes hospitalizados (independientemente de que hayan sido diagnosticados como enfermos mentales) o ambulatorios, que los protegen contra todo tipo de discriminación.¹⁴

Los Principios establecen que todas las personas que "padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esta causa serán tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente a la persona humana".¹⁵

Asimismo, instituyen normas de fondo y formales para evitar las internaciones arbitrarias o abusivas.¹⁶

Por su parte, las garantías procesales establecen que toda persona recluida involuntariamente tiene derecho a un "defensor que lo represente en todos los procedimientos", a solicitar y presentar "un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas", debiéndosele "proporcionar al paciente y a su defensor copia del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse".¹⁷

Los Principios sostienen, además, que "todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo y alterador (o intrusivo) posible, que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la salud física de terceros",¹⁸ "a vivir y trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad",¹⁹ y a que todo tratamiento que se le suministre sea "adecuado a sus antecedentes culturales"²⁰ y "destinado a preservar y fomentar su independencia personal".²¹

¹⁴ "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental", párr. 1 (4) (ONU, AC-Rs. 46/119, 1991).

¹⁵ "Principios...", *op. cit.*, 1 (2).

¹⁶ Entre las primeras, se determina que nadie puede ser internado involuntariamente ni retenido como paciente involuntario, salvo que se acredite que por "causa" de la enfermedad mental —decretada por un médico autorizado y calificada por la ley, y según estándares internacionales—, corra un riesgo grave, inmediato e inminente, de dañarse o de dañar a otras personas —Principios 4 (1)—; o cuando la internación se vuelva imprescindible para un tratamiento que sólo puede brindarse en el seno de una institución —Principio 16—, o cuando la enfermedad mental sea grave y la capacidad de juicio esté afectada, caso en que se justifica el internamiento a fin de evitar "un deterioro considerable de su condición" —Principio 16 (1) (h).

¹⁷ "Principios", *op. cit.*, 18.

¹⁸ "Principios", *op. cit.*, 9 (1).

¹⁹ "Principios...", *op. cit.*, 3. Ver más arriba Declaración de Caracas. Consultar, además: Levay, E., Restrepo H., y Guerra Macedo, C.: "Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina...", *op. cit.*

²⁰ "Principios...", *op. cit.*, 7 (3).

²¹ "Principios...", *op. cit.*, 9 (4).

En lo que hace al derecho al tratamiento, debe estimularse al paciente para que acepte voluntariamente su internación cuando ésta sea necesaria,²² y tenga derecho “a la mejor atención disponible en materia de salud mental”,²³ basada “en un plan prescripto individualmente, examinado con el paciente, siendo revisado (o actualizado) periódicamente, modificado llegado el caso y administrado por personal profesional calificado”,²⁴ No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo las excepciones establecidas en los mismos Principios.²⁵ El tratamiento se dispensará siempre “con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de la salud mental.”²⁶

Los Principios incorporan garantías para proteger *el derecho a ser diferente*, al establecer que “la determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental”,²⁷ y que los conflictos familiares o profesionales, o la falta de conformidad de una persona con los valores sociales, morales, culturales o políticos, o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad, en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad.²⁸

Los Principios instrumentan algunas normas de carácter preventivo y otras que apuntan a resarcir el daño injustamente sufrido. De igual modo señalan que las personas que reciben tratamientos de salud mental tienen derecho a estar protegidas de “cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas, u otros actos que causen ansiedad

²² “Principios...”, *op. cit.*, 15 (1).

²³ “Principios...”, *op. cit.*, 1 (1). Este principio establece obligaciones para los Estados, en tanto impone la mejor atención disponible. De este modo, se fija una atención mínima de la salud, descartando políticas básicamente utilitaristas.

²⁴ “Principios...”, *op. cit.*, 9 (2).

²⁵ “Principios...”, *op. cit.*, 11 (1).

²⁶ Entre estas normas se incluyeron las aceptadas internacionalmente como los Principios de Ética Médica —aplicables al personal de salud, especialmente a los médicos—, tendientes a la protección de los prisioneros y detenidos contra la tortura y otros tratamientos crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea de las Naciones Unidas. En ningún caso deberá hacerse uso indebido de los conocimientos y técnicas psiquiátricas. “Principios...”, *op. cit.*, 9 (3). Se establecen, además, deberes de diligencia estrictos. Los profesionales tienen que actuar conforme a criterios establecidos internacionalmente, siendo imputable a título de culpa todo obrar que no acceda al estándar de razonable prudencia, según lo que ordinariamente haría un buen médico de la especialidad.

²⁷ “Principios...”, *op. cit.*, 4 (2).

²⁸ “Principios...”, *op. cit.*, 4 (3).

mental o molestias físicas".²⁹ Dicha función tutelar se expresa a través de derechos específicos orientados a equiparar a las personas con discapacidad con las demás personas en general.³⁰

Los Principios, en tanto regulación de derechos concretos,³¹ apuntan a proteger los derechos personales, admitidos junto a las normas generales aplicables al caso.³²

La normativa de derechos humanos referidos a la salud se complementa con la ética médica. A remediar las insuficiencias de ésta en la práctica vienen a contribuir las garantías provistas hoy por nuevas regulaciones. Luego de una serie de recomendaciones referidas a la experimentación médica, adoptadas por el Consejo de Europa, ha crecido la convicción de que existe una necesidad de legislar en el nivel supranacional.³³

¿Hasta qué punto comprometen los Principios de Salud Mental?

Las Naciones Unidas difunden estándares internacionales en el tratamiento de materias determinadas y contribuyen con ello a la universalización de los derechos. De este modo, los Principios ayudan, por un lado, a estimular a los Estados en la adecuación de su normativa interna a los estándares mínimos que preconizan las Naciones Unidas respecto de las personas con sufrimiento mental y, por el otro, colaboran con ellos en la interpretación del derecho internacional consuetudinario, y en la comprensión de las obligaciones internacionales del país en materia de derechos humanos en el caso específico de la salud mental. En tal sentido, se los reconoce por su carácter de "derecho blando" (*soft law*), o bien de "derecho guía o modelo" (*model law*).^{34, 35}

²⁹ "Principios...", *op. cit.*, 8 (2).

³⁰ Cfr. Subcomisión para la Prevención de la Discriminación y la Protección de las Minorías (Comisión de Derechos Humanos), Informe Final preparado por el Relator Especial, Leandro Despouy (ONU, Doc. N°E/CN.4/Sub.2/1991/31 n°83 12/7/91).

³¹ Se trata de derechos para la protección específica, por ser los enfermos mentales un grupo más vulnerable y desprotegido que el resto. Y son, según lo expresa Norberto Bobbio, *ius singulare* con relación a los derechos humanos en general (Bobbio, Norberto, "Presente y porvenir de los derechos humanos", *Anuario de Derechos Humanos*, n° 1, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1981, p. 18).

³² Véase los documentos antes citados en la nota 4.

³³ Tomasevski, Katarina, "The Right to Health for People with Disabilities", *Human Rights and Disabled Persons, Essays and Relevant Human Rights Instruments*, Theresia Degener and Yoland Kuster-Dreese, editors, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht (Holanda), 1995, p. 144.

³⁴ Cfr. Lilich, R., *International Human Rights*, 2ª ed. Boston, 1991.

³⁵ Sin embargo, pese a las buenas intenciones, suelen tener, según dice Mosset Iturraspe, "una muy relativa o escasa eficacia: son más bien consejos y no principios o normas obligatorias, traducen generalidades políticas y no obligaciones jurídicas." Se ha dicho, e infortunadamente con razón, "que los países los suscriben porque no se sienten realmente obligados."

Pero como hasta ahora no existe una convención especializada sobre los derechos de las personas con discapacidad mental,³⁶ la CIDH consideró, al analizar el conocido caso "Congo", que los Principios son una herramienta interpretativa de la Convención Americana.³⁷

3.1.3 Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad

De conformidad con las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó en 1993 las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Estas normas son un instrumento internacional nuevo y revolucionario porque establecen la participación de las personas con discapacidades en calidad de ciudadanos como un derecho humano internacionalmente reconocido. Las Normas Uniformes exhortan a cada país a que participe en un proceso de planificación nacional para adecuar su legislación, políticas y programas a las normas internacionales de derechos humanos.³⁸

(Mosset Iturraspe, "Introducción al daño ambiental", *Voces Jurídicas. Revista de Doctrina y Jurisprudencia*, tomo 2, Forum, Mendoza, 1996, p. 23). Igualmente, sobre el tema véase Kraut, Alfredo J., *Los derechos de los pacientes*, A. Perrot, Buenos Aires, 1997, pp. 351-353.

³⁶ En diciembre de 2001, la Asamblea de las Naciones Unidas comenzó a elaborar un borrador de Convención para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (Rs. 56/168, 2001).

³⁷ Estableció específicamente la CIDH que "en el presente caso las garantías establecidas en el artículo 5 de la Convención Americana deben ser interpretadas a la luz de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Estos Principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU como guía interpretativa" en lo que se refiere a la protección de los derechos humanos de las personas mentalmente afectadas, "consideradas por este órgano como un grupo especialmente vulnerable".

³⁸ El artículo 15 (1) de las Normas Uniformes dice lo siguiente: "En la legislación nacional, que consagra los derechos y deberes de los ciudadanos, deben enunciarse también los derechos y deberes de las personas con discapacidad. Los Estados tienen la obligación de velar por que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos, incluidos sus derechos civiles y políticos, en un pie de igualdad con los demás ciudadanos. Los Estados deben procurar que las organizaciones de personas con discapacidad participen en la elaboración de leyes nacionales relativas a los derechos de las personas con discapacidad, así como en la evaluación permanente de esas leyes." Las "organizaciones de personas con discapacidad" son organizaciones integradas y controladas por las mismas personas con discapacidad. En el artículo 18 se describe más detenidamente el papel de estas organizaciones en relación con el Estado. El artículo 15 comprende orientaciones dirigidas a los Estados sobre procesos de reforma legislativa y recomienda que se revise la legislación existente a fin de incorporar los principios de protección de sus derechos y que se adopte una nueva legislación especial cuando proceda (artículo 15 [2 a 4])

3.1.4 *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*

Esta Convención, de 1999, regula el alcance del vocablo “discapacidad”, y se refiere a la “discriminación contra las personas con discapacidad”, estableciendo como meta eliminar toda forma de discriminación, favorece la integración en la sociedad de las personas con discapacidad y apunta a la idea de prevención y a la adopción de medidas que aseguren su cumplimiento. En lo que respecta a los medios de protección para supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos, se establecerá un Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

3.1.5 *Mecanismos de protección en el ámbito interamericano*

Los mecanismos legales previstos en el ámbito internacional general y regional deben interpretarse como complementarios de los nacionales, y contribuyen a una mejor protección de los derechos. En términos muy generales, ellos son:

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIEA)

“Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados Miembros de la Organización, pueden presentar denuncias” ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, por violaciones —cometidas por un Estado— de los derechos establecidas en la Declaración Americana de Derechos Humanos o en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La Comisión, en estos casos, formula recomendaciones al Estado responsable para que se restablezca el goce de los derechos afectados.³⁹ En casos de gravedad o urgencia, empero, puede realizarse una intervención, previo consentimiento del Estado en cuyo territorio se alegue haberse cometido la violación...” (artículo 48 [2]).

Si en el término de tres meses a partir de la remisión al o los Estados involucrados, el asunto no fue solucionado, la Comisión puede —

³⁹ En este caso, Víctor R. Congo, víctima de una brutal golpiza en un centro de detención, seguida de su aislamiento, sólo fue atendido médicamente tarde y mal trasladado de un lado a otro, hasta que, discapacitado y demente, encontró la muerte. Elevado el caso a la CIDH, ésta dictaminó a favor de la familia de la víctima, estableciendo que el Estado tiene la obligación de actuar de inmediato en estos casos, y agotar los recursos legales existentes (Informe n° 63/99, caso 11.427, Víctor Rosario Congo-Ecuador, 13/4/99)

según el artículo 51— someterlo a la decisión de la Corte, o emitir, por mayoría absoluta de sus miembros, su opinión o conclusiones sobre el problema.

Corte Interamericana de Derechos Humanos

La Corte —surgida de los artículos 52 a 69 de la CADH—, una vez comprobada “una violación de un derecho o libertad protegidos por la Convención” (artículo 63 [1]) dicta sus fallos, fundados en el artículo 66 (1), que son “definitivos e inapelables” (artículo 67).

“En los casos de extrema gravedad y urgencia, y cuando se haga necesario evitar daños irreparables a las personas, la Corte, en los asuntos que esté conociendo, podrá tomar las medidas provisionales que considere pertinentes. Si se tratara de asuntos que aún no estén sometidos a su conocimiento, podrá actuar a solicitud de la Comisión” (artículo 63 [2]).

Mecanismos informales

Entre los mecanismos informales de protección y garantía frente a violaciones de derechos humanos, se encuentran las organizaciones no gubernamentales de defensa y promoción de tales derechos. Las tareas que realizan estas instituciones son múltiples: difusión, asistencia jurídica, orientación e interconexión con organizaciones similares.

3.2 Protección constitucional, en nuestro sistema legal, de los derechos fundamentales relativos a las personas con sufrimiento mental

En esta área, los derechos fundamentales de los pacientes mentales poseen vigencia constitucional y fundan la protección jurisdiccional.⁴⁰

⁴⁰ Instrumentos internacionales con rango constitucional: 1) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 2) DUDH, artículos 2, 3, 7, 9, 12, 13, 16, 21, 23, 25, 26; 3) CADH (o Pacto de San José de Costa Rica), artículos 1; 7, 11, 17, 19, 22, 24; 4) PIDESC, artículos 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13; 5) PIDCP, artículos 2, 3, 4, 10, 12, 13, 17, 23, 25, 26; 6) Protocolo Facultativo del Pacto citado en el inciso precedente; 7) Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; 8) Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; 9) Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 12; 10) Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; 11) Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 2, 12, 16, 24, 25, 26, 28, 37 (art. 75, inc. 2º de la Constitución Nacional).

- La persona: complementando el régimen jurídico de la persona regulado por el Código Civil argentino, los tratados establecen el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica.⁴¹
- Derecho a la dignidad: la dignidad del hombre aglutina todos los restantes derechos fundamentales (derecho a la libertad, a no ser sometido a tratos inhumanos, crueles o degradantes, a no ser discriminado, a la intimidad, el honor, etcétera). Quedan, así, protegidos el respeto a la honra y el reconocimiento de la dignidad.⁴²
- Derecho a la vida,⁴³ derecho a la libertad y seguridad personales,⁴⁴ derecho a la integridad personal y al trato humano,⁴⁵ derecho a la salud.⁴⁶
- Derecho a la intimidad, honra y reputación: se establece que "nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación".⁴⁷
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación.⁴⁸

3.3 Protección de los pacientes con padecimientos mentales en los códigos y leyes argentinos

3.3.1 En el campo penal

El Código Penal Argentino regula la inimputabilidad (artículo 34), la privación ilegítima de la libertad (artículo 141), su agravación (artículos

⁴¹ DUDH, artículo 6º, PIDESC, artículo 16, CADH, artículo 3º.

⁴² CADH, artículo 11 (1).

⁴³ DUDH, artículo 3, PIDCP, artículos 6-1, 6-2, 6-3, 6-4, CADH, artículos 4-1, 4-2.

⁴⁴ DUDH, artículos 3, 9 y 11, PIDCP, artículos 9-1, 9-2, 9-3, CADH, artículos 7-1, 7-2, 7-3, 7-4, 7-5, 7-6.

⁴⁵ DUDH, artículos 3 y 5, PIDCP, artículos 7, 10-1, CADH, artículos 1, 2.

⁴⁶ La DUDH dispone en el artículo 25 que: "1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a él mismo, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad." El PIDESC establece en el artículo 12 que: "1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental."

⁴⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos —artículo 11,2—. En el mismo sentido, la Declaración Universal de Derechos Humanos —artículo 12— y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos —artículo 12.

⁴⁸ La DUDH señala que "Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación" —artículo 7º.

142, 142 bis, 143, 144, 144 bis), el ejercicio ilegal de la medicina (artículo 208, inciso 1º), la revelación injustificada de secretos (artículo 156).

De su lado, el Código Procesal Penal de la Nación (local) enumera las medidas de seguridad (artículo 511).

3.3.2 El llamado "demente" en el Código Civil argentino

El Código Civil argentino regula la calificación del así llamado "demente" (calificación legal de la enfermedad mental), estableciendo que carecen de capacidad para obrar "las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes" (artículos 141, 142) y determinando los mecanismos para la declaración judicial de demencia (artículos 143 a 148).

3.3.3 Internación psiquiátrica involuntaria

El texto original del Código Civil regula la internación forzosa. Vélez Sarsfield sabiamente dispuso que: "el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial" (artículo 482).

Pero a este artículo, al modificarse por el decreto-ley 17.711/68, se le agregaron dos párrafos. El primer párrafo adicional dice que las "autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcohólicos crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros, o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial." En el texto hoy vigente, se amplió considerablemente el espectro probable de reclusiones, puesto que figuran ahora los insanos, los perturbados mentales y los adictos no sólo por su potencialidad dañosa respecto de sí o de terceros, sino por la posible perturbación de la tranquilidad pública, o por su necesidad comprobada de someterse a un tratamiento.⁴⁹

El legislador omitió fijar un plazo para que las autoridades comuniquen la internación al juez. Estas omisiones, señala Cárdenas en una obra pionera, fueron fatales porque "en la gran mayoría de los casos, la policía

⁴⁹ En este contexto los adictos que pueden ser llevados coactivamente a un manicomio por su problema. (Kraut, Alfredo J., *Responsabilidad Civil de los Psiquiatras*, Buenos Aires, La Rocca, 1998, p. 392 y ss.)

actuaba a título de colaboración con un familiar, y no se consideraba responsable de la internación. No daba, pues, cuentas al juez. Sin embargo, en el hospital la persona figuraba como internada por la policía, y no se autorizaba su egreso hasta no recibir una orden judicial que nunca llegaba, porque ningún juez estaba enterado de la internación [...] En los pocos casos en que se iniciaban actuaciones escritas ante la justicia, los jueces no las impulsaban de oficio", ni anulaban la internación policial. De este modo, el institucionalizado nunca llegaba a egresar,⁵⁰ y quedaba definitivamente "hospitalizado" sin justificación y al margen de toda legalidad.

También se agregó, en la parte final del artículo 482, un segundo párrafo, cuyo texto dice: "A pedido de las personas enumeradas en el art. 144, el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos que requieran asistencia en establecimientos adecuados", y ordena "designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun para evitarla, si pueden presentarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos".

De la simple lectura del texto legal reformado se advierte que se omitió regular la internación de urgencia (involuntaria), que continuó practicándose al margen de la ley, "con el agravante de que su violación siguió trayendo aparejado su olvido total: se siguió tolerando la internación de una persona a pedido de otra, aunque no mediara urgencia, sin orden judicial". El internado sólo podía egresar "cuando aquella persona que había pedido la internación firmaba su conformidad con la externación".⁵¹ Nada más arbitrario y contrario a la legalidad.

En síntesis, contrariando la norma original del texto de Vélez —rigurosa en el control de legalidad—, el nuevo texto amplió el espectro de internables. Este nuevo esquema vulneraba las garantías procesales. Cualquiera podía ser internado si los médicos lo disponían y un juez lo ratificaba.

Una obra sobre el tema⁵² señalaba que con la norma incorporada, la labor de prevenir el ingente flujo de internaciones "legalizadas" quedaba bajo control judicial. Pero la peculiaridad misma del régimen de la inter-

⁵⁰ Cárdenas, Grimson y Álvarez, *El juicio de insania y la internación psiquiátrica*, Buenos Aires, Astrea, 1985, p. 47.

⁵¹ Cárdenas, Grimson y Álvarez, *cit.*, p. 45.

⁵² Kraut, Alfredo J., *op. cit.*, p. 392 y ss. Con idéntico sentido, Cárdenas, Grimson y Álvarez, *op. cit.*

nación llevó a que, en lugar de promoverse la protección y recuperación de los sujetos afectados, se provocó un aumento gradual de las reclusiones⁵³ basadas "únicamente" en una supuesta necesidad de tratamiento fundada en la aparente "peligrosidad" del enclaustrado.

El sistema legal y de salud mental manejaban al paciente a su arbitrio, por la carencia de derechos fundamentales de las personas internadas: el subsistema legal y el de salud mental se articulaban de modo tal que la ausencia de legalidad en las instituciones fuera la regla, sin que los operadores jurídicos cuestionaran seriamente el problema.⁵⁴

El Código Civil necesitaba, pues, ser actualizado y reglamentado con el fin de regular la internación judicial y de urgencia, así como de judicializar indispensablemente toda internación psiquiátrica no voluntaria.

En este contexto, surgió el decreto-ley n° 22.914, sistema de control judicial de las internaciones que impone deberes a los responsables del cumplimiento de los derechos de los internados. Su texto sigue las pautas constitucionales y constituye un esmerado criterio reglamentario del Código Civil, así como un instrumento legal para guiar las conductas de los profesionales de la salud mental y del sistema judicial.

El nuevo instrumento legal prevé distintas circunstancias para la internación (artículo 1°) - (i) por orden judicial; (ii) a instancias del propio interesado o de su representante legal; (iii) por disposición policial; (iv) de urgencia. A la vez, se establecen los requisitos exigidos en cada una de ellas, señalándose —como rasgo común— la exigencia de un examen médico apenas producida la internación, y su comunicación inmediata al ministerio público y a los parientes del internado, o a otras personas que éste indique (artículo 6°).

Los tipos de internación —judicial, voluntaria, policial y de urgencia— se reducen finalmente a la voluntaria y a la judicial (artículos 1° y 5°), estableciéndose un mecanismo de control, aun en reclusiones por voluntad propia o del representante legal (artículo 2°). En cuanto al papel jurisdiccional, es función de los magistrados fiscalizar y resolver preferencialmente los casos de cercenamiento de la libertad personal (artículo 11°). Asimismo, se imponen plazos estrictos al asesor de incapaces —cada seis meses— para verifi-

⁵³ Da fe de ello el I Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental, desarrollado en octubre de 1983, en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA.

⁵⁴ Cfr. Kraut, Alfredo J. y Diana, Nicolás, *La salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: ¿Un problema de interpretación judicial?*, Lexis-Nexis, JA 2002-IV, fascículo n° 7, 13/11/02, p. 15. Véase también, Tobías, José W., "La internación y externación de quienes tienen 'padecimientos mentales'" y la ley N°448 de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires", *La Ley*, 2003-B, 1388.

car la evolución de la salud del paciente, sus condiciones de alojamiento, el régimen de atención, y el cuidado personal y profesional que recibe, informando esos datos al juez interviniente.

Esta normativa, aplicable por un lado en el ámbito nacional,⁵⁵ y por el otro, en la entonces Capital Federal y en los territorios nacionales,⁵⁶ no presentó mayor complejidad hasta el momento en que se reconoció constitucionalmente la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires. Surgió allí la necesidad de una ley local de salud mental, que fue sancionada en cumplimiento de lo establecido por el Estatuto Organizativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en su artículo 21, inc. 12, donde se preconizaba la desinstitucionalización efectiva de los enfermos mentales: en la práctica, y desde una perspectiva ideológica, tal medida equivale a la desmanicomialización.⁵⁷

3.4 Legislación nacional y provincial sobre salud mental

En la Argentina no existe, en la esfera nacional, una ley marco de salud mental y derechos humanos de los usuarios. Si bien existen proyectos, el único que se concretó es la ley n° 25.421, que permanece sin reglamentar.

En el nivel provincial sólo puede hablarse de leyes de salud mental en Río Negro,⁵⁸ Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba, San Juan y la Ciudad de

⁵⁵ Artículo 482 del Código Civil.

⁵⁶ Decreto-ley n° 22.914.

⁵⁷ Kraut, Alfredo J. y Diana, Nicolás, *op. cit.*, p. 15.

⁵⁸ La ley 2.440 (Río Negro, 1991) establece en su artículo 1°: "La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental. Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionados con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deberán cumplimentar el régimen establecido en la presente. Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente Ley". En Brasil, el conocido proyecto Paulo Delgado (1992) aprobado por la Cámara de Diputados de ese país —pero nunca tratado por el Senado—, impulsaba la progresiva desaparición de los manicomios y alentaba tres líneas hacia la desinstitucionalización: la prohibición de construir nuevos hospitales y la prohibición de la administración pública de contratar o financiar nuevas camas en hospitales privados. El diputado Delgado, al fundar la ley, hace una defensa teórica del modelo anumanicomial y postula la conveniencia de instalar servicios alternativos del hospicio, más humanos y menos estigmatizantes. Propone una sustitución gradual de las camas hospitalarias por servicios adecuados extramuros y por mecanismos rígidos de control de la admisión coercitiva. Lamentablemente, la ley 10.216, del 6/4/01 (*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*), si bien es garantista en el sentido de nuestra ley 448, no ha seguido el proyecto original del diputado Paulo Delgado. Sobre el tema, véase Kraut, Alfredo Jorge, *Aspectos normativos de la atención psiquiátrica*, *op. cit.*, p. 16.

Buenos Aires. Algunas consideraciones sobre el problema de su efectivo cumplimiento se analizan en la segunda parte de este capítulo.

Cuatro provincias cuentan, además, con anteproyectos de ley en la materia (provincias de Buenos Aires, Mendoza, Chubut y Catamarca); en la provincia de La Rioja, un anteproyecto de ley de salud mental fue vetado, y otras doce provincias carecen de ley al respecto, según lo indican los datos de la última investigación realizada por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, entre los años 2002 y 2003.

3.4.1 La ley N° 448: un problema de cumplimiento

La reciente ley porteña de salud mental n° 448,⁵⁹ que sigue los mandatos de la Constitución Nacional, de la Constitución de la Ciudad (artículo 21, inc. 12) así como de la Ley Básica de Salud (ley 153), define los derechos humanos y las garantías de las personas asistidas por sus dolencias mentales. El nuevo texto legal de Buenos Aires, evidentemente progresista, rechaza conceptos discriminatorios, así como la estigmatización y/o exclusión de personas con padecimiento psíquico. La propuesta apunta a deshospitalizar a la población del sistema de salud mental de la ciudad, y a que se concreten prácticas transformadoras, como también a erradicar el mito de la peligrosidad del enfermo mental y la potestad de encerrar compulsivamente por una simple indicación médica. En suma, pretende restituir a este grupo vulnerable sus derechos de ciudadanía.

Sustenta, igualmente, la tendencia expuesta en la ley que rige la internación en establecimientos asistenciales de la Capital Federal (decreto-ley n° 22.914) y establece controles tendientes a evitar cualquier reclusión psiquiátrica arbitraria o injusta, verdadera detención encubierta.⁶⁰ Como se dijo en la introducción de esta sección, los usos abusivos del aislamiento y el *restraint*, sin los debidos controles, son riesgos mayores que es preciso corregir mediante tutelas adecuadas.⁶¹

Por lo demás, las reformas establecidas por la ley en cuanto a la integración de equipos multidisciplinarios de salud mental, equiparando je-

⁵⁹ La ley n° 448 fue sancionada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en julio de 2000.

⁶⁰ Es aquí donde cabe mostrar especial cuidado. El debido proceso, en sus versiones sustantiva y adjetiva, no son bienes o derechos transables, menos aún susceptibles por la discrecionalidad científica y/o técnica de un equipo profesional.

⁶¹ Barrios Flores, Luis Fernando, "Coerción en Psiquiatría", *An. Psiquiatría* (Madrid), vol. 19, n° 2, 2003, pp. 55-63.

rarquicamente los títulos de grado —sin desconocer las incumbencias— generó grandes rispideces, enfrentamientos, denuncias y amparos interpuestos para evitar que profesionales de salud mental que no son médicos pudiesen ocupar cargos de conducción.

Estas controversias, expresadas marginalmente, condujeron a que pasaran más de cuatro años antes de la reglamentación de la ley, entre otras causas, por los mencionados intereses sectoriales. Y los pacientes, en tanto, siguieron esperando por sus derechos fundamentales.⁶²

Sin duda, la ley puede merecer algunas críticas y, como todo texto legal, es perfectible. Su cumplimiento, sin embargo, resulta básico para transformar el sistema actual.

En julio de 2000, en un comentario sobre la ley, nos referimos a los problemas generados por su aplicación, a su conjeturada colisión con el texto del Código Civil y, en especial, con el decreto-ley 22.914, así como también a la obligada exigencia legal de que se procediera rápidamente a su reglamentación.⁶³ Esto hizo, por fin, el jefe de gobierno, Anibal Ibarra, al suscribir el decreto n° 635 (22/04/04), por el que se aprobó la reglamentación, que provocó fuertes oposiciones internas y externas.

Más recientemente, la asignación de recursos a la refacción de insituciones de salud mental movió, de nuestra parte, otra nota periodística donde se señalaba que no era ésa la finalidad de la ley 448, y se sugería que paralelamente se destinaran también fondos a darle comienzo de cumplimiento al propósito de deshospitalización. La nota suscitó la inmediata respuesta de un funcionario oficial.⁶⁴

En lo inmediato, es necesario, sin duda, mejorar las condiciones de hospitalización de los pacientes mentales. Sin embargo, con tal mejora, el

⁶² "Las discusiones marginales afectan el tema nuclear de la atención de la salud mental. La rehabilitación y la reinserción de miles de personas no pueden, empero, hallarse supeditadas a disputas entre grupos: la cuestión clave es entonces determinar cuál es el nivel de acceso a la tutela judicial de personas cuyo única falta es padecer un malestar psíquico" (Kraut, Alfredo J., "Salud mental: una ley a favor de los pacientes", *Clarín*, 27/12/02, Tribuna abierta, p. 27)

⁶³ La ley 448, como especificación de la ley 133 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no ha derogado el régimen implementado por el decreto-ley 22.914, porque ambas normativas —la primera local, la segunda federal— no se contraponen sino que constituyen un cuerpo —aunque heterogéneo— cuyo propósito es la protección de quienes tienen afectada su salud mental. Kraut, Alfredo J. y Diana, Nicolás, *La Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires: ¿Un problema de interpretación judicial?*, op. cit., p. 15. Véanse también, Tobías, José W., *La internación y externación de quienes tienen "padecimientos mentales"* y la Ley N° 448 de salud mental de la ciudad de Buenos Aires, La Ley, 2002-B, 1388.

⁶⁴ Kraut, Alfredo J., "Pacientes mentales, en el olvido", *Clarín*, 26/07/04, p. 25; Stern, Alfredo, "Soluciones para la salud mental", *Clarín*, 4/8/04.

Estado, garante del pleno ejercicio de los derechos individuales básicos, parece dirigirse en un solo sentido, el de fortalecer el hospitalismo, patética condición descalificada por científicos y expertos.

Entonces, habría que iniciar inmediatamente, en cumplimiento de la ley local n° 448, la creación de una red de servicios y de protección social, cuyas normas generales y reglamentación van precisamente en sentido contrario, hacia la deshospitalización.⁶⁵

Fundamentalmente, la ley 448 y su reglamentación tienden a alentar la desinstitucionalización, la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes. Se orienta a implantar un sistema de prevención, promoción y protección de la salud mental, propone transformar el actual modelo hospitalocéntrico y favorecer iniciativas que lleven a prácticas comunitarias (libertad con dignidad).

Sin embargo, ley y decreto son aún desconocidos por la mayoría de los profesionales, la comunidad y, especialmente, los usuarios. Así y todo, a más de las críticas emanadas de algunos sectores "psi" por el tema de las jerarquías profesionales, se recurrió a la justicia (amparos), buscando la inconstitucionalidad de la norma y la esterilización del texto legal.

Los destinatarios de la tutela, personas afectadas por problemas mentales, limitados en su posibilidad real de reclamar, son olvidados. Para la comunidad, desinformada, no existen, están *intramuros*. Y ahora, en lugar de tender, al menos, a deshospitalizarlos, se contraen deudas estatales para "mejorar ediliciamente" instituciones que evocan encierro, maltrato, desesperanza.

Es el motivo para defender el cumplimiento de la ley 448. Su derogación o declaración de inconstitucionalidad significarían un amargo retroceso. Los usuarios del sistema, ciudadanos virtuales, siguen enclaustrados, víctimas de la ideología manicomial.

4. Conclusión de esta primera parte: lo inmediato, indispensable

Nino enseñaba que "la democracia requiere la observancia de las normas que han sido sancionadas por la regla de la mayoría luego de un proceso de discusión. En definitiva, la anomia que marca nuestra vida social

⁶⁵ La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ordena "... la desinstitucionalización progresiva creando una red de servicios y de protección social" (artículo 21, párr. n° 10).

y explica en parte nuestro subdesarrollo es una deficiencia en la materialización de la democracia". Para superar esta tendencia a la ajuridicidad, es preciso cumplir "el proceso de deliberación pública que es consustancial a la democracia".⁶⁶ En este sentido su cátedra era: "Que la ley se discuta, en suma, pero que se cumpla".

Es en estos términos, y en el marco de un derecho protectorio en expansión, donde reaparece nuestro destinatario de tutela: una persona, sujeto de derechos, mental y emocionalmente afectado, jurídicamente frágil, en manos de un sistema sanitario altamente medicalizado, relegado por gran parte del sistema judicial y cuya existencia, en muchos casos, transcurre *intramuros*, encerrado durante décadas por una sociedad que debiera cuidarlo.

Va de suyo que esa persona desconoce las normas que lo amparan, sus derechos y su aplicabilidad.

Cuando se trata de pensar la idea de igualdad formal frente a personas que exhiben desventajas, el Estado debe obligarse a ejecutar acciones que remedien dicha desigualdad. Y es oportuno recordar que una "comunidad reduce los riesgos de ignorar o pasar por alto la consideración de ciertos intereses relevantes, dejando que los propios afectados tengan la oportunidad de hacer uso de la palabra y de explicar a los demás por qué sostienen la posición que sostienen".⁶⁷ Se trata de impulsar que los que carecen de voz empiecen a tener una presencia real en este proceso en el que todos opinan menos quienes finalmente deberían decidir. Esas falencias fortalecen la idea de que haya otros que decidan por estos colectivos.

Un sistema crecientemente injusto —víctima de las limitaciones socio-políticas y legales— está, de hecho, al margen de la legalidad.

⁶⁶ Nino, Carlos S., *Un país al margen de la ley. Estudio de la anomia como componente del subdesarrollo argentino*, Buenos Aires, Emeré, 1992, pp. 272-273.

⁶⁷ Gargarella, Roberto, "Constitución y Democracia", *Derecho Constitucional*, Universidad de Buenos Aires, 2004, p. 83.

Segunda parte

El sufrimiento mental en contextos de crisis: la emergencia de políticas públicas articuladoras

... la autonomía de los individuos es inconcebible sin la autonomía de la colectividad. Hay una primera condición [...] uno tiene que tener la posibilidad efectiva de participar en la formación de la ley (de la institución).

C. CASTORIADIS⁶⁸

1. Introducción

Como mencionamos en la introducción de este capítulo, el significativo aumento de los niveles de pobreza e indigencia que ha ido produciéndose durante los últimos años en Argentina, es una de las causas principales del aumento de sufrimiento en la población. Si bien el sufrimiento no es una variable que pueda cuantificarse, existen datos concretos y cotidianos que certifican esta afirmación.

Durante los períodos interfase entre los períodos de crisis social y económica que vivió el país en las últimas décadas, el problema en salud mental parece un problema invisibilizado. Luego, las crisis estallan y el sistema de salud no es suficiente a contener la demanda. El solo análisis de los actuales indicadores sociales permite suponer la dimensión de esa demanda, los efectos devastadores que se han producido en la salud mental de la población, en tanto ésta se relaciona íntimamente con sus condiciones de vida.

Si hablamos de sufrimiento, hablamos de sufrimiento mental y, por lo tanto, del aumento de síntomas psíquicos y la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas con la pobreza, la desocupación, la ausencia de proyectos y de futuro, la desesperanza y la desesperación. Todo ello incrementa la necesidad de atención en salud por parte de la población, necesidad que desafortunadamente no siempre deriva en demanda, ya que sólo unos pocos pueden solicitarla efectivamente. Hay menor demanda de asistencia y mucho menor aun antes de que ésta derive en una urgencia.

⁶⁸ Castoriadis, Cornelius, *El avance de la insignificancia*, Buenos Aires, Eudeba, 1997, p. 274.

Las políticas económicas que promueven la exclusión y la violación de derechos sociales no se caracterizan, precisamente, por atender y contener los efectos que generan en la población. Más bien, su aplicación desalienta y desmantela la implementación de políticas que atiendan las necesidades de la población en su conjunto, y en especial, las necesidades de quienes resultan más afectados por estas medidas. Las políticas en salud no escapan a esta consigna. En el caso específico de la salud mental, la ausencia de claras políticas y estrategias es evidente. En este sentido, no existen datos estadísticos en el nivel nacional en relación con la salud mental y tampoco protocolos comunes para el relevamiento de estos datos.

Si no se cuenta con registros estandarizados, resulta imposible realizar los consecuentes análisis que posibilitarían la formulación de programas en salud mental que atiendan a las necesidades concretas que la población plantea a través de su demanda en los hospitales, o la detección de las características y urgencias específicas de cada una de las comunidades en las que desarrollan su tarea los agentes de salud. Del mismo modo, resulta imposible definir cuáles son las prioridades en el presupuesto destinado a salud mental.

Por otra parte, y tal como hemos leído en la primera parte de este capítulo, cada provincia tiene su propio marco jurídico para la salud mental, con perspectivas muy diferentes entre sí (por ejemplo la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de San Luis y Río Negro han producido, cada uno en su momento, planes en salud mental que han significado un progreso en relación con políticas anteriores más conservadoras, pero no ha sido así en todas las provincias).

¿Cómo desarrollar políticas que tomen en cuenta el derecho a la salud, si se diseñan desde supuestos, quizá sensibles y preocupados, pero necesariamente intuitivos por no contar con la información necesaria para su producción?

2. Breve análisis de contexto

El aumento significativo del sufrimiento psíquico como causa principal de morbilidad en el nivel mundial (en especial el cuadro de depresión mayor unipolar) proyectado para el año 2020 y relevado por la Organización Mundial de la Salud en 2001, así como el incremento de las enfermedades cardíacas —también ligado en algunos casos con causas psicológicas—, debiera establecer un alerta en el nivel nacional respecto de las

políticas de atención primaria que el Estado debe contemplar.

En Argentina, para tomar sólo algunos datos significativos, según un informe de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), en el primer trimestre del 2002 las consultas psiquiátricas habían crecido casi 300%. En la provincia de Tucumán, la directora provincial de Salud Mental, Marcela Lemaître, informó sobre un 30% de aumento en las consultas de salud mental en el sistema público, para el mismo período. Algo similar ocurre en Mendoza donde las consultas en los neuropsiquiátricos se incrementaron entre el 20 y 25%.

En Córdoba, en lo que va del año 2004, el director de Salud Mental de la provincia, Osvaldo Navarro, plantea que más de un 50% de la demanda en los centros periféricos sanitarios de la capital cordobesa, está relacionada con problemas económicos y de vivienda, como consecuencia de la pérdida del trabajo o la inestabilidad laboral.

En este sentido resultan particularmente significativos los datos aportados por Torriceli y Barcala,⁶⁹ basados en datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, según los cuales, en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, en el año 1995, una de cada cuatro consultas que se realizaba en consultorios externos era una urgencia. Luego, el 1999 la relación pasó a ser una de cada dos consultas. En el Hospital Borda en el año 1995 una de cada 27 consultas en consultorios externos era una urgencia. En 1999 la relación es una de cada siete. Podemos suponer, y los hechos cotidianos no lo desmienten, que esta tendencia se mantiene hasta la actualidad.

Estos datos no sólo ponen en evidencia el deterioro general en la salud mental de la población en los últimos años, sino que además —y predominantemente— ofrecen una evidencia respecto de la ausencia de estrategias de atención primaria y secundaria que tiendan a prevenir los cuadros agudos, las urgencias y finalmente las soluciones institucionalizantes. Además, pone en evidencia que cada vez más la población accede a la atención en salud mental cuando ya probablemente no queda otra alternativa que la medicalización y/o la internación en un hospital psiquiátrico o en un servicio de psicopatología.

En el marco de la construcción de estrategias y propuestas para la formulación de una política en salud mental, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación pone un acento fundamental en la creación y estímulo

⁶⁹ Torriceli, Flavia ; Barcala, Alejandra, "Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires", Revista *Vertex*, vol. XV, n.º. 55, marzo-abril-mayo, 2004, p. 16.

lo de redes comunitarias en íntima articulación con las estrategias de atención primaria. Y, sobre esa base articuladora, propone la reformulación de las instituciones psiquiátricas y asilares. Celebramos el eje articulador, pero no podemos dejar de señalar, si queremos tener un cuadro acabado de la situación actual, que tal consigna parte del necesario reconocimiento de que, actualmente, no existen en el nivel nacional políticas de promoción y prevención en el campo de la salud mental con apoyo comunitario; tampoco funciona una red interjurisdiccional única de recursos y efectores de salud mental por niveles de complejidad creciente. Resulta en este sentido urgente un verdadero estímulo a la construcción de redes sociales que trabajen juntamente con el sistema de salud en el armado de estrategias de rehabilitación psicosocial.

3. Políticas en salud mental: modelos y recursos

Están aún ausentes en nuestro país, políticas que promuevan la revisión crítica de los modelos tradicionales de asistencia, la transformación de las actuales instituciones asilares y psiquiátricas, la descentralización de los servicios y el desarrollo de estrategias de reinsitucionalización y/o desinstitucionalización de la atención. Tampoco existen en el nivel nacional políticas de capacitación en salud mental que privilegien la atención primaria y las intervenciones comunitarias. Aún está pendiente la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental que posibilite establecer diagnósticos actualizados sobre prevalencia e incidencia de enfermedades mentales.

Resulta crucial comenzar a trabajar en políticas de sensibilización de la población para generar reales posibilidades de revisión de significaciones estigmatizadoras y discriminatorias sobre la locura, promocionando la participación de los diferentes actores implicados. Es fundamental apoyar, a través de políticas nacionales, las acciones y programas de rehabilitación psicosocial que promuevan la inclusión social de las personas con padecimiento mental. Finalmente, de lo que se trata es de construir las bases, multiactoral y multisectorialmente, para contar con una Ley Nacional de Salud Mental.

Se corre el riesgo de que las estrategias de las autoridades sanitarias terminen siendo "letra muerta" mientras no se articulen con medidas intermedias para llevar adelante un plan de desinstitucionalización.

No se nos escapa la complejidad que se pone en juego: el aumento en la exigencia de prestaciones en salud mental dirigida al subsector público se debe, sin duda, al deterioro de la salud mental de la población, a la im-

posibilidad de acceder a la atención en salud en los subsectores privado y de obra social debido al desempleo, a la ausencia de políticas de atención primaria, determinantes que no competen sólo al fracaso en el diseño de políticas en salud mental (pero que deberían tomarse en consideración en el diseño de políticas).

En relación con los recursos disponibles, en el nivel mundial, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales como causa de morbilidad (12%), el presupuesto en salud mental es menor al 1%.⁷⁰

En el caso de la Argentina debemos analizar qué recursos ofrece el subsector público para atender la demanda de atención en salud mental. Por los datos relevados ni siquiera podríamos decir que la insuficiencia de las prestaciones se debe a problemas presupuestarios. Veamos.

Según datos del INDEC⁷¹ en el año 2001 el consumo de psicofármacos creció con respecto al año 2000 un 16%, siendo el grupo farmacológico con mayor crecimiento. En el año 2002 el crecimiento fue tan importante (17%) que el grupo farmacológico de psicofármacos lideró las ventas de todos los grupos. En el año 2001 las benzodiacepinas, que poseen propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas, estaban en segundo lugar en las ventas, después de fármacos como la aspirina. Pero en el año 2002 pasaron a estar en primer lugar con 102.761.070 pesos en ventas, con un aumento registrado entre estos dos años de un 35,06%. También los antidepresivos tuvieron un incremento en ventas de un 14%. Seguramente parte de estos gastos ha sido financiado por el subsector público.

Por otra parte, a partir de datos obtenidos sobre el movimiento de atención de pacientes del Hospital Borda —según datos publicados en 1996 y actualizados en 2002, sin mayores modificaciones—,⁷² en un estudio de relevamiento de los 1270 internados,⁷³ se estableció que: a) el 36,87% de los pacientes estaba en condiciones de alta (20% eran pacientes internados por motivos sociales); b) el 23,84% estaba en condiciones de ser trasladado; c) un porcentaje de 21,65% estaba ausente con permiso de salida. Es decir que más del 82% de los pacientes estarían en condiciones de ser externados.

Según el mismo estudio, entre julio de 1996 y el mismo mes del año siguiente, el costo de cada paciente por día es de 68,26 pesos, es decir, 2047,8

⁷⁰ Torricelli, Barcala, *op. cit.*

⁷¹ INDEC, *Salud Mental, pliego del siglo*, disponible en Internet: <www.Buenfuerite.com>.

⁷² Materazzi, Fernández Arnalzo, Sepich, "Informe del presupuesto y control de gestión", 1996, citado por Meudes, A. *Derechos humanos en instituciones públicas*.

⁷³ Del total pudieron ser evaluados sólo 995 pacientes, ya que los restantes 275 no se encontraban en el hospital.

pesos por mes. Es evidente, entonces, que no se trata de carencia de recursos económicos, sino de una distribución tendiente a solventar exclusivamente las respuestas psiquiátricas, y no las acciones de tipo preventivo.

La imposibilidad de externación de los pacientes psiquiátricos por causas de tipo económico, social o familiar es ampliamente conocida, en tanto se trata de personas expulsadas del mercado de trabajo, sin red familiar de contención y sin ningún tipo de protección social que garantice y posibilite su asistencia sin recurrir, como única opción a la prolongación de la internación.

La ausencia de políticas de atención primaria no es, al menos aparentemente, un efecto del desinterés del actual gobierno nacional en implementarlas. En los documentos "Estrategias para una política en salud mental" y "Propuestas para una política en salud mental", del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la atención primaria figura como uno de los principales objetivos.⁷⁴

Asimismo la reglamentación de la ley 148/04, Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, significa un importantísimo avance en el marco jurídico que deberá dar lugar a la elaboración de planes de salud que atiendan las necesidades de la población, que garanticen estrategias intermedias de externación paulatina y privilegien la atención primaria para evitar las internaciones en los casos en que ello sea posible. Sin embargo debemos tener presente que varios artículos de ley se encuentran aún sin reglamentar, lo cual revela un trabajo pendiente en relación con esta norma. Otro punto de importancia es que la asistencia en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires se halla sostenida en gran medida por el trabajo *ad honorem* de los concurrentes.

Con respecto a esto último, ampliar la red de servicios de atención primaria en salud mental —que durante las épocas de crisis se encuentra desbordada— supone la presencia obligatoria de profesionales de la salud mental en las unidades sanitarias, cosa que no ocurre. Implica también incentivar la capacitación de promotores o agentes comunitarios territoriales que participen en los cuidados de la salud mental.

No podemos dejar de lado el planteo acerca de que las estrategias en salud mental no pueden estar desprendidas de políticas sociales y económicas que aseguren el cumplimiento de esas estrategias. Y no sólo con respecto a los presupuestos destinados a salud, a las prioridades en la

⁷⁴ Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, documentos "Estrategias para una política en salud mental" y "Propuestas para una política en salud mental", disponibles en Internet: <www.nisal.gov.ar/html/site/salud_mental.asp>.

asignación de esos presupuestos y a la atención específica de los efectos en la salud mental que producen los factores sociales y económicos, sino también al hecho concreto de que en un altísimo porcentaje de la población internada en los hospitales monovalentes, las externaciones no pueden producirse, como hemos dicho más arriba, porque las personas no cuentan con un contexto familiar, económico o comunitario que pueda contenerlos en su vida extrahospitalaria. La "solución" manicomial aparece entonces como la única no sólo ante situaciones de emergencia psiquiátrica, sino ante situaciones sociales y familiares desesperantes.

¿Implicará esto que debemos hacer una defensa de la atención manicomial, como modo de contención de este tipo de problemas?

Sin duda, los pacientes que deben ser internados deben transcurrir su internación en condiciones edilicias, alimentarias, de higiene, y por supuesto de atención médica absolutamente dignas.

¿Pero cómo atender a esta necesidad, y cómo defender al hospital público, criticando al mismo tiempo la estrategia manicomial como modo de abordaje de los problemas de salud mental?

No se ha insistido lo suficiente en las políticas específicas en salud mental que eviten la implementación de estrategias manicomiales y la superpoblación en los hospitales psiquiátricos, y que tiendan entonces a construir nuevas significaciones sociales de la locura que se vayan alejando de las tradicionales representaciones asociadas a las prácticas asilares, de encierro, exclusión y cronificación del sufrimiento mental. Decididamente no se ha llegado a fondo en los recursos que el sistema de salud podría ofrecer para evitar las internaciones y para hacer posibles las externaciones que respondan estrictamente a razones clínicas, mientras que las asociadas a problemáticas sociales sean abordadas desde esa perspectiva.

4. Estrategias efectivas sobre una base multiactoral y multisectorial

Para plantear una estrategia en salud mental que integre la desinstitucionalización como uno de sus pilares fundamentales, ésta debe ubicarse desde el inicio, articulando la atención primaria en salud mental con las redes existentes en la comunidad para la creación de modelos alternati-

vos locales centrados en dicha articulación. Entre estas estrategias podemos mencionar a las cooperativas, los movimientos de desocupados, los centros culturales, los emprendimientos autogestivos, que permiten dar vida a nuevas formas de organización social e integran a amplios sectores de la población.

Las internaciones prolongadas de pacientes con padecimiento mental grave provocan el deterioro y cronificación de la patología, el aislamiento respecto de las redes familiares y sociales, la pérdida de la capacidad para trabajar, el aislamiento. A ello se suma el maltrato institucional que hace a las malas condiciones edilicias, la mala alimentación, etcétera. Todo lo mencionado se agrega al padecimiento psíquico con el cual ingresó el paciente.

La desinstitutionalización implica trabajar en el intento por resignificar el lugar social de la locura buscando recomponer, a partir de las prácticas, el lugar de la persona con padecimiento mental, ya no como objeto tutelado y necesario de ser custodiado sino como sujeto de derecho. La externación se presenta entonces no sólo como una estrategia médica sino como una estrategia social que involucra al conjunto de los actores de una comunidad. No se trata de que los locos sean un poco menos locos sino de un intento por inscribir la locura en nuestra cultura, para poder dar lugar a la diferencia.

Al trabajar en la reinserción de los pacientes manicomializados en la red relacional de la cual fueron excluidos por el encierro, se generan las condiciones para rescatar aquellos aspectos identitarios que se relacionan con sus historias vitales, con sus lazos sociales, con aquello que los definía en su singularidad. Y se hace palpable, además, la responsabilidad social, en primera instancia, y estatal en el recorrido de estas personas que va de la vulnerabilidad a la exclusión. La desafiliación, como un modo de arrasamiento de la subjetividad y exclusión social, trae como consecuencia, a partir de la invisibilización del recorrido, que la responsabilidad recaiga sobre el individuo. Como si no fuera el Estado el responsable inalienable en la construcción de respuestas colectivas, el individuo padece la culpabilización por su propia desafiliación. Es deber del Estado garantizar la vigencia de los derechos de todo ciudadano. Su responsabilidad es generar políticas de rehabilitación y externación, utilizando los recursos del sistema público de salud necesarios para lograr la resitución de los derechos vulnerados por el encierro prolongado.

Cuando no existen políticas universales de integración, cuando no hay coherencia entre los objetivos y las acciones reales, aunque aparezcan intentos aislados, el encierro funciona al servicio de una maquinaria de discipli-

namiento y exclusión social. "La internación prolongada cierra sobre el paciente un círculo que la pobreza estructural consolida".⁷⁵

Las iniciativas que contemplan programas de desinstitutionalización a cargo del Estado son aisladas. El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires aparece como un claro intento de revisar críticamente el lugar hegemónico del hospital psiquiátrico para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave.

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

La articulación entre ambos aspectos, atención primaria e inclusión en redes comunitarias, se efectiviza a partir de la participación de ambos actores sociales en emprendimientos productivos (taller textil, fabricación de dulces, de comidas, etcétera), con la tutoría de trabajadores del hospital (la experiencia se está realizando en el Hospital Esteves) y sostenidos económicamente a partir de la adjudicación de Planes Jefas y Jefes de Hogar a quienes participan de tales emprendimientos.

Cuando en salud pública las problemáticas vinculadas a salud mental no incluyen iniciativas que contemplen vías alternativas para alcanzar el objetivo de la reinserción social de pacientes institucionalizados, se corre el riesgo de que la cronificación no solamente alcance a los pacientes sino que también se cronifiquen las prácticas institucionales generándose una burocracia en el tratamiento de la locura. Burocracia sostenida frecuentemente por enfermeros, médicos, psicoterapeutas, que le otorgan por proyección el sentido de locura a lo que es signo del deterioro institucional. A la cronificación de las enfermedades se suma, entonces, la cronificación de las malas respuestas, o la no aplicación de buenos programas que se quedan en intenciones o se convierten en letra muerta.

⁷⁵ Cáceres, C., Costa, N., Woronowski, M. (Equipo de Capacitación PREA): "Salir del psiquiátrico". Comunicación personal. Hospital "José Esteves". Temperley, provincia de Buenos Aires.