

Título: **Salud mental y derechos en la Argentina**

Ponente: **Sandra Nilda Grahl**

Eje temático: **9. Los Derechos humanos desde una perspectiva crítica.
Experiencias, enfoques, actores e instituciones relacionados**

1. Antecedentes y marco normativo

Desde hace varias décadas que los derechos humanos cristalizados en los diversos tratados, declaraciones y pactos internacionales exigen un cambio sustancial en la condición de las personas con discapacidad, o capacidades diferentes, y al tratamiento fáctico y jurídico que debe dispensarse a las mismas, a continuación mencionaremos las mas importantes:

1.1 Legislación internacional

DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL RETRASO MENTAL Asamblea General ONU, RESOLUCIÓN 2856 (XXVI), 20/12/1971.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS IMPEDIDOS Asamblea General ONU, RESOLUCION 3447 (XXX), 09/12/1975.

DECLARACIÓN DE CARACAS, Venezuela, Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina el 14/11/1990.

RESOLUCION 46/119 Asamblea General ONU, PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL del 17/12/1991.

CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Aprobada en Ciudad de Guatemala, el 7/06/1999.

OBSERVACIÓN GENERAL N° 14 (E/C.12/2000/4 - 2000) sobre el Derecho a la Salud (art.12 del Pacto Internacinal de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU).

DIEZ PRINCIPIOS BASICOS de las Normas para la Atención de la Salud Mental (OMS) División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias.

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

DECLARACIÓN DE MONTREAL SOBRE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL en la Conferencia Internacional OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, 5 y 6/10/2004.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (ONU) y su PROTOCOLO FACULTATIVO DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (ONU) fueron aprobadas el 13/12/2006, mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/61/106

CONSENSO DE PANAMA Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas.” La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020. . OPS / OMS. Panamá, 8/10/2010.

1.2 Legislación local

Ley 10592

REGIMEN JURIDICO BASICO E INTEGRAL PARA LAS PERSONAS DISCAPACITADAS (Provincia de Buenos Aries), promulgada el 19-11-1987 y modificada por las leyes 10.836, 11.134,11.493, 11.628, 12.332, 12.469, 12.614, 12.615, 12.797, 13110, 13462, 13508 y 13557.

Ley 24901

SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS EN HABILITACION Y REHABILITACION INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Prestaciones básicas. Servicios específicos. Sistemas alternativos al grupo familiar. Prestaciones complementarias. Sancionada: 5/11/1997. Promulgada de Hecho: 02/12/1997.

Ley 25.280

Ley de aprobación de la CONVENCION INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD; Sancionada el 6/7/2000 y publicada en el B.O. 4/8/2000.

Ley 26.378

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

Ley de aprobación de la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD y su PROTOCOLO FACULTATIVO (ONU), sancionada el 21/5/2008, promulgada el 6/6/2008 y publicada en el Boletín Oficial el 9/6/2008 - Argentina ratificó la Convención el 2/9/2008, adhiriéndose al Protocolo Facultativo en la misma fecha.

Ley 26.657

NUEVA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Sin perjuicio de esta profusa legislación tanto internacional como local, podemos sostener que en la Argentina el primer cambio significativo se produce con el dictado de la Ley de Salud Mental N° 26.657, aunque como trataremos de exponer se trata de cambios formales que no logran arribar a sus objetivos. Así lo observó el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad celebrado en Ginebra en septiembre de 2012, donde enfatizó, entre una lista de más de veinte observaciones, que la internación involuntaria y prolongada sigue prevaleciendo en el Estado parte, a pesar de la adopción de estrategias de desinstitucionalización y de que la Ley Nacional de Salud Mental, se centra en el modelo de derechos humanos de la discapacidad.

El propósito de mi exposición versará sobre los distintos aspectos explícitos e implícitos que se relacionan con esta problemática.

2. Problemática

El derecho en juego dentro de la problemática seleccionada es el contenido en el artículo 14 de Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: “Libertad y seguridad de la persona”.

En este aspecto, el Comité insta al Estado parte a implementar de manera efectiva las estrategias de desinstitucionalización, así como a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, que promuevan la desinstitucionalización de las personas con discapacidad.

2.1 La institucionalización como regla

En nuestro país la institucionalización de las personas con padecimientos mentales ha sido una regla básica en el tratamiento médico y jurídico, en efecto,

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

haciendo un análisis retrospectivo sobre esta cuestión se advierte que el Código Civil Argentino parte de una concepción negativa de las personas con discapacidad mental, restringiendo su capacidad y consagrando un régimen especial dentro del sistema de la curatela, considerados dementes, alienados, o insanos.

Durante siglos la enfermedad mental se explicó por la teoría del poseído por el diablo o por malos espíritus o brujos o maestros de hechicería. La Inquisición se hizo cargo de ella mediante el poder punitivo, luego se la asoció directamente con la delincuencia, las cárceles se poblaron de epilépticos, locos, sifilíticos, leprosos. Recién a fines del siglo XVIII en Francia, Philippe Pinel, propone reformas en los procedimientos de asistencia de los alienados y el derecho a ser tratados como hombres enfermos. Otros médicos en Europa comienzan esta campaña y comenzó a formarse otra conciencia social que generó legislación asistencial en el siglo XIX.

En la Argentina se siguieron los pasos europeos, a mediados del siglo XVIII en Buenos Aires en un rancho, anexo al Hospital San Martín, llamado El Loquero se alojaban a los enfermos mentales, este nosocomio era conducido por los padres jesuitas. Así comienza la historia manicomial en la región rioplatense, en la época de Rivadavia se derivó la administración de los hospitales a los profesores de la recientemente creada Escuela de Medicina, los nuevos médicos egresados de la Universidad promueven cambios en el tratamiento de los asilados, relacionados con su emancipación y trato más humanitario¹. Aunque paradójicamente el número de Hospicios crecía notablemente.

En 1929 se concreta la fundación de *Liga Argentina de Higiene Mental*, bajo la dirección de Gonzalo Bosch y comienza a funcionar con sus Consultorios Externos en el Hospicio de las Mercedes, en 1931. Con fecha 23 de mayo de 1946 se da un paso más en el mismo sentido creando la Secretaría de Salud Pública con categoría de Secretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro, y se designó

¹ Falcone, Rosa. Breve Historia de las Instituciones psiquiátricas en la Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto.

http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

para el cargo el Dr. Ramón Carrillo. El 11 de octubre de 1957, siguiendo la línea de estos cambios, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Por impulso de los profesionales² designados para reglamentar el funcionamiento del Instituto, se formularon propuestas vinculadas a la nueva tendencia mundial de la psiquiatría social. Se proponen las técnicas interpretativas y de apoyo, para estudiar a los internados y sus formas de relacionarse; a las familias con hijos de esquizofrénicos dirigidos por médicos y observadores; su inclusión en el tratamiento del enfermo mental, entre otros.

2.2 La judicialización y sus efectos

Si bien desde el punto de vista médico hospitalario la tendencia en nuestro país se muestra a favor de la desmanicomialización, desde el abordaje judicial siempre orientado por la voz del médico psiquiatra, demuestra un alto porcentaje de internación que luego resulta difícil de revertir por diversos factores que actúan a favor de la segregación del “enfermo” generalmente bajo el manto de las garantías y beneficios, que un tratamiento médico llevado adelante en un lugar o ambiente especializado, otorga al paciente o insano. A ello se suma, luego, las dificultades que exhiben sus grupos de pertenencia en cuanto a la falta de conocimiento o preparación para asistirlos adecuadamente, la carencia de recursos para sostenerlos, o directamente el rechazo que deriva en el abandono.

Llegamos así a preguntarnos sobre las razones que impiden la aplicación de las normativas nacionales e internacionales, y más específicamente la propia Ley de Salud Mental. Para ello recurrimos a un estudio exploratorio de un universo que comprende todos los casos en trámite en el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial ° 17 de La Plata, en relevamiento efectuado en el año 2013 hemos podido constatar que sobre un universo de 131 expedientes o casos en trámite relativos a procesos de insanias e inhabilitaciones, un 48% de ellos mantienen su vínculo familiar y conviven en ese contexto, aunque debido a la edad avanzada de sus madres (quienes mayormente se hacen cargo de la atención de estas personas) en algún momento de sus vidas requieren de una internación de tipo asistencial ante la falta de contención familiar. Es allí donde

² Goldemberg, Jorge García Badaraco y Raul Usandivaras

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

la figura del juez recobra fundamental importancia para evitar la institucionalización, buscando otros agentes intermedios que puedan dar respuestas y contención.

Mientras que el 52% de los casos han sido institucionalizados y no han regresado a su grupo familiar. Dentro de este porcentaje el 18% mantiene algún tipo de vínculo con su familia que se manifiesta en visitas a los lugares de internación, y en ocasiones, tienen salidas con esos familiares por lapsos pequeños de tiempo y regresan al hospital, centro o clínica. Los demás no tienen a nadie de su grupo de pertenencia originario, han sido abandonados.

En cuanto al rango etario del universo de casos, las edades oscilan entre 40 a 80 años, y todos se encuentran judicializados desde hace 20 años o más.

Tomando ahora como muestra a los pacientes internados en Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn, el 85% de ellos son personas que se auto-valen, es decir, que tiene un grado aceptable de independencia y pueden alimentarse, higienizarse y vestirse por sus propios medios, siempre con la supervisión de los enfermeros quienes les indican estas rutinas. Con lo cual se advierte que podrían llevar adelante una vida sin encierro, pero el tiempo que llevan internados en dicha Institución genera en ellos la seguridad y los lazos propios de un entorno familiar. Esto actúa como una barrera para lograr la externación sin afectar estos vínculos.

Se debe destacar, el rol preponderante de la Curaduría Oficial de Alienados que depende de la Procuración General de la SCBA, en dicho organismo se lleva a cabo una importante función de asistencia y seguimiento de sus tutelados, y que en algunos de estos casos han logrado la externación con el trabajo previo de terapeutas, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos favoreciendo la autonomía y el desenvolvimiento en otros entornos no hospitalarios.

2.3 Las dificultades para la implementación de la LSM

Quizás la ambición más importante de esta ley es proponer cambios significativos en la organización del sistema de salud vinculados a los trastornos mentales y las adicciones. El primer avance se efectúa con la regla de la no internación, o, en otros términos que la misma sea voluntaria. Sin embargo resulta muy delicada la

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

línea entre quienes están en condiciones o no para prestar ese consentimiento. Allí es donde la ley provee a la persona afectada de una asistencia letrada obligatoria.

En los casos relevados, esta ley resulta prácticamente inútil, toda vez que sus derechos personales como la libertad, el esparcimiento, la educación, el contacto familiar, ya fueron avasallados desde un tiempo tan prolongado que no se cuentan con instancias o instrumento idóneos para lograr su restitución. Pareciera que en este sentido la ley fue dictada teniendo en cuenta los casos recientes y no los que se encontraban con un prolongado tiempo de institucionalización y abandono.

Como también sabemos el área de salud en se encuentra en su mayor parte en manos del Estado y su sistema de prestación para este sector poblacional los Hospitales Especializados en Neuropsiquiatría, también denominados monovalentes, por esta razón quienes impulsan la operatividad de los preceptos legales, constitucionales y convencionales sostienen que estos Hospitales deben desaparecer en forma progresiva.

En la Provincia de Buenos Aires se advierte que los tres grandes Hospitales monovalentes se encuentran en un radio de 70 km de la ciudad de La Plata, es decir que la tendencia es centralizadora, de este modo también se aleja al paciente de su entrono familiar y de su comunidad. Por otra parte la formación universitaria de los médicos psiquiatras se realiza dentro de estos centros que descontextualiza al paciente, en este viejo modelo que comunidad queda al margen de la situación. Desde el punto de vista sociojurídico diremos que se logró con éxito la estigmatización que segrega al “enfermo”, al “diferente” al “desviado” de la población general que es considerada por oposición “sana”, “normal” y “no peligrosa”.

Según informó el Dr. Hugo Cohen de la OPS (OMS) los fundamentos epidemiológicos de la Ley 26.657 se encuentran en la carga que representan los trastornos neuropsiquiátricos³ que tiene el primer puesto con el 21%, luego vienen los accidentes, la violencia familiar, suicidios y en tercer puesto el HIV y enfermedades cardiovasculares.

En la Argentina el presupuesto que se destina a salud mental es del 2%, mientras que la OMS recomienda entre un 6% a 10%. Del relevamiento de los casos

³ Depresión, alcohol, psicosis, demencia, parquinson, drogas, epilepsia, trastornos de conducta

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

judicializados se demuestra que una de las principales deficiencias en la prestación de los Hospitales monovalentes estatales, son las condiciones ambientales, mal estado de las instalaciones, hacinamiento, convivencia en pabellones generales, deficiencia en la alimentación, y fundamentalmente la escasa inserción de los internos/pacientes en actividades que reduzcan sus horas sin destino u ocupación alguna.

Como experiencia personal debemos señalar que es inevitable la sensación que provoca observar a estas personas, como si fuesen entes o zombis que deambulan sin rumbo por los patios. Si bien existen talleres y programas para la inserción en diversas actividades, las que provienen de las universidades o de organizaciones intermedias, su impacto es muy bajo, siendo pocos los internos que acceden a ellos.

Sobre la base del “Convenio marco de cooperación entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Procuración General y la SCBA para la implementación de la Ley 26.657”, se está trabajando para que la atención de los casos de salud mental sean recibidos por los Hospitales generales y luego de tratar la urgencia (entre 48 y 72 hs.) se trabaje en la reinserción del paciente en la comunidad.

Sin embargo los Hospitales generales oponen resistencia y la comunidad carece de elementos para dar respuestas positivas a esta problemática, manifiestan no tener herramientas ni personal preparado para atender este tipo de urgencias; ni tampoco para lograr la inclusión de los familiares y su entorno en la comprensión del TM (trastorno mental) y su tratamiento.

Según expuso la psiquiatra Graciela Natiela, miembro de la APAD, el desafío más importante es lograr el cambio cultural, acompañado de un sistema de registro de los casos, un sistema de salud diferente y la organización de servicios que sustituyan a los psiquiátricos. La comunidad que no tiene contacto con este tipo de problemáticas, por lo general responde en forma negativa ante las personas con TM, resulta entonces una prioridad integrar a los pacientes y sus familiares a otros sectores de la sociedad civil en las mismas condiciones, grupos contra la violencia contra las mujeres; de defensa de los derechos de los indígenas; personas con HIV, y similares.

3. Perspectivas

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**
29 y 30 de agosto 2013
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

Hasta este momento tenemos que la oferta actual en el sistema de salud siguen siendo los Hospitales monovalentes con institucionalización, que se sostienen por los intereses creados, por la ignorancia de quienes se ven afectados o tienen algún contacto con esta problemática y la falta de interés de los familiares.

También nos ha quedado claro que desde la perspectiva de los derechos humanos, el PEOR SISTEMA DE APOYO es la institucionalización; aunque mantiene una función residual, ya que en el 30% de los casos los pacientes no tienen otro lugar donde ir.

Que el cambio se hace aún más difícil porque conviven aún dos sistemas contradictorios. En esta instancia debemos destacar lo que NO ES DESMANICOMIALIZAR:

- dejar a la persona con TM librada a su destino,
- reducción de camas sin instalar respuestas alternativas,
- un planteamiento anti-psiquiátrico demonizador de estos tratamientos,

Rol de la justicia: tender puentes entre los actores, nutrirse de conocimientos y estrategias para evitar la ruptura y/o restituir los derechos afectados, intervenir ante otros organismos del Estado, tener contacto con los pacientes, es decir garantizar la accesibilidad a sus derechos y la continuidad de los cuidados. Esto exige que los operadores jurídicos trabajen para lograr MAXIMOS STANDARES DE ATENCIÓN EN LOS HOSPITALES NEROPISQUIATRICOS MAS UN BUEN PLAN DE EXTERNACIÓN. Todavía nos queda exigir los instrumentos necesarios e indispensables para lograr este objetivo.

Desde el plano social, o mejor dicho desde la comunidad, resulta necesario CONSTRUIR UNA RED de contención, que abarquen todos los problemas de Salud Mental en forma integrada. Trabajar con los medios de comunicación para informar y dismantelar los prejuicios que se sostienen en la cultura sobre los TM, favorecer la capacitación, la educación y la inserción laboral de estas personas.

REEDUCAR A LAS FAMILIAS, por lo general son abandonicas, pero en la mayoría de los casos por falta de información, de conocimiento y de respuestas por parte de las instituciones que abordan o abordaban los TM desde el punto de vista

**VIII Conferencia Latinoamericana de
Crítica Jurídica
Jornada Argentina**

29 y 30 de agosto 2013

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata

estrictamente médico, sin incorporar el contexto del paciente y los beneficios que la integración en la familia puede generar, inclusive como parte de su tratamiento.

Desde las áreas involucradas, principalmente las estatales, salud y justicia se debe incentivar a la familia para mantener el vínculo, y elaborar planes efectivos para fomentar la inserción y rehabilitación fuera del “manicomio”, ello constituiría un pequeño avance en la restitución de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales.