

CAPITULO III:

LA SALUD MENTAL EN CÓRDOBA:

ENTRE LA SANCIÓN DE LAS LEYES Y SU EFECTIVA CONCRECIÓN

**Observatorio en Salud Mental y
Derechos Humanos perteneciente a la
Mesa de Salud Mental y Derechos
Humanos.**

**Jacinta Burijovich, Natalia Monasterolo, Melisa Herranz Natalia Fernandez,
María Paz Caminada Rossetti, , Solana Yoma, Sol del Carpio, Iván Ase,
Omar Barrault, Cecilia Berra, Nora Galán, Emilse Degoy, Yohana Sosa**

LA SALUD MENTAL EN CÓRDOBA: ENTRE LA SANCIÓN DE LAS LEYES Y SU EFECTIVA CONCRECIÓN¹²

PRESENTACIÓN

El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos tiene entre sus objetivos el monitoreo de las políticas de salud mental que se llevan adelante en la Provincia de Córdoba y controlar el efectivo cumplimiento de las nuevas leyes de salud mental sancionadas a fines de 2010. Ante la invitación de la Comisión de la Memoria para la redacción de un informe sobre la situación de los derechos humanos en los lugares de encierro, el Observatorio se sumó a esta iniciativa produciendo el presente capítulo.

En el mismo se incluye, en un primer apartado, una comparación entre la Ley Nacional 26657 y la Ley Provincial 9848. Se considera necesario introducir este aporte por dos motivos: en primer lugar, porque la ley nacional al ser una ley de orden público tiene vigencia en todo el territorio nacional y, en segundo lugar, porque esta norma nacional presenta un estándar más alto en el campo de los derechos humanos. Interesa remarcar aquí el proceso de construcción y discusión de la ley local, porque algunos de los actores políticos que obstaculizaron su sanción, son los mismos que hoy dificultan su implementación.

En un segundo apartado se analiza, a través de distintos ordenadores, el funcionamiento del subsistema público de salud mental: las condiciones de producción de los servicios, la naturalización de prácticas que vulneran derechos, y la persistencia en algunos casos de la lógica manicomial. Interesa destacar, especialmente en este punto, el enorme esfuerzo que realizan un número muy importante de trabajadores/as de salud mental para transformar las condiciones de encierro, exclusión y marginación en la que viven muchas de las personas que se encuentran alojadas en estas instituciones.

El análisis de la evolución del presupuesto destinado a salud mental da cuenta de la inversión que está dispuesto a hacer el gobierno provincial. No se ha modificado el porcentaje destinado al área, lo cual establece las barreras para la transformación de los servicios que significa la escasez de recursos.

Un punto central que interesa remarcar es el rol del Poder Judicial como un actor clave en el campo de la salud mental. Si bien la ley le otorga el papel de garantizar derechos, en muchos casos su accionar sostiene prácticas que perpetúan el modelo tutelar de atención.

¹ Este capítulo fue elaborado por el Observatorio en Salud Mental y Derechos Humanos perteneciente a la Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos.

² Agradecemos muy especialmente los valiosos aportes y el generoso apoyo que recibimos de la lic. Macarena Sabin Paz, coordinadora del Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales. (CELS).

Por último, el capítulo presenta los aspectos que constituyen la agenda pendiente en salud mental en Córdoba. Se resaltan aquí, aquellas cuestiones que son urgentes y que requieren de una inmediata intervención y aquellas otras que, gradualmente, se deben ir adecuando a los nuevos paradigmas.

Con el presente informe se pretende dar cuenta de los aspectos más significativos de las políticas de salud mental a modo de sentar un antecedente y favorecer que se instituya esta práctica en Córdoba, ya que se trata de problemas sobre los que hay que construir consensos, abrir debates y, principalmente, atender y renovar los compromisos de trabajo

El momento histórico es de suma relevancia. En el artículo 31 de la ley 9848 se establece un plazo para adecuar los establecimientos existentes al nuevo paradigma: “Los establecimientos de salud mental - públicos y privados – que cuenten con servicios de internación prolongada deberán transformarse, en un plazo máximo de tres años a partir de la promulgación de la presente Ley, con el fin de dar cumplimiento a la misma”. Habiendo sido la fecha de promulgación el 28 de octubre de 2010, el plazo venció el 28 de octubre de este año. Por tal motivo, y porque las evidencias abonan la suposición de que la realidad de la salud mental en Córdoba no se ha acercado a la posibilidad de habilitar condiciones de aplicabilidad de la ley, es que un informe sustanciado en esta coyuntura puede dar luces sobre los puntos oscuros que persisten, tanto como abrir interrogantes y resaltar aportes de trabajos que podrían estar efectivizando prácticas constructivas de una salud mental acorde al nuevo paradigma.

Para recabar y construir la información que se desarrollará en el presente informe, se debieron instrumentar diversas estrategias.

Inicialmente, se procedió a pedir informes oficiales a todas las instituciones y dependencias gubernamentales que pudieran brindar datos sobre las instituciones de encierro en salud mental. Es importante señalar aquí que si bien la Dirección de Salud Mental de la Provincia nos otorgó información de las diferentes instituciones, no fue posible incluirla en su totalidad por razones de tiempo.

Se realizaron grupos focales con profesionales que trabajan en las distintas instituciones de Salud Mental contando para ello con el apoyo del Colegio de Psicólogos y del Colegio de Profesionales en Servicio Social. A través de estas reuniones se obtuvieron importantes definiciones sobre la situación de los derechos humanos al interior de los efectores de salud mental.

Por otra parte, se relevaron datos periodísticos, se analizaron los informes de la labor parlamentaria de diferentes legisladores de la Unicameral, se revisó el Plan Provincial de Salud Mental elaborado por la Dirección de Salud Mental de la provincia y se recopilaron algunas sentencias judiciales de casos paradigmáticos en salud mental. Se contrastaron los datos encontrados con las normativas y declaraciones internacionales, nacionales y provinciales y con las nuevas Acordadas del Tribunal Superior de Justicia.

Cada uno de los apartados de este capítulo fue redactado por distintos autores, todos los cuales son miembros del Observatorio.

En la Sección Debates se incluyen diversos artículos: - para recuperar la voz de los protagonistas se trabajó a partir de audios de debates, y otras producciones originadas en el marco de la Radio Abierta Los Inestables; - ¿Seres humanos o expedientes? de la Dra. Silvina Muñoz; - Normas, lógicas y culturas: Los pilares de un sistema *laberíntico* frente al sujeto con padecimientos mentales de la abogada Natalia Monasterolo y Violencia de género en contextos de encierro: la internación psiquiátrica de la Dra. María Hernández Padilla

ANTECEDENTES

En el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó la investigación *Vidas Arrasadas*, un informe contundente sobre la situación de los hospitales psiquiátricos en la Argentina y la segregación de las personas en estos asilos. Las conclusiones más importantes fueron: aproximadamente 25.000 personas están detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas; más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida; dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecen al sistema público; el 75 por ciento de las personas en el sistema argentino de salud mental público se encuentran detenidas en instalaciones de 1000 camas o más.

Muchas de estas internaciones constituyen detenciones arbitrarias puesto que no se conoce la legalidad de las mismas, las cuales producen: muertes que no son investigadas, privación de la libertad en celdas de aislamiento, abusos físicos y sexuales, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, ausencia de rehabilitación, tratamientos inadecuados y sobrepoblación, entre otras graves violaciones a los derechos humanos.

Este informe, junto a otras iniciativas nacionales e internacionales, logran instalar el debate sobre la salud mental en la agenda pública. En nuestro país se adoptó en el año 2006 la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD) que establece que la discapacidad no está en las personas sino en la relación entre la persona y en su interacción con el medio social, que facilita o dificulta su integración y el derecho básico a la autonomía personal, entendiendo que las personas con discapacidad social deben tener la posibilidad de desarrollar su propia vida y contar con los apoyos necesarios para ello.

Se hizo evidente que en democracia poco se había avanzado en la ampliación de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y se constató el vacío legal existente sobre esta problemática.

En octubre de 2010 se sancionaron las nuevas leyes de salud mental (Nacional 26657 y Provincial 9848) que representan un hito central en los procesos de transformación de las políticas y servicios de salud mental. La Ley Nacional 26657 es la concreción local del marco normativo internacional expresado en la CDPD. Enmarcadas en el paradigma de los derechos humanos, implican un reconocimiento universal a la dignidad de las personas con padecimiento mental lo cual requiere una revisión de los servicios y dispositivos que hasta

aquí se han sostenido. La sanción de estas leyes de salud mental ha significado un paso fundamental en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo. Refieren a la identidad, a la dignidad, a la igualdad y no discriminación, a la capacidad y autonomía, debido proceso, garantía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico-socio-sanitaria que se pretenda sobre ella. Las intervenciones de cualquier actor estatal (incluido la justicia) deben basarse en la autonomía y la voluntad de cada persona.

Sin embargo, para su implementación se requiere de importantes medidas ejecutivas y presupuestarias por parte del Estado y transformaciones en las prácticas de actores políticos que están obstaculizando la efectiva garantía de este derecho.

Este marco normativo permite identificar cuáles son los temas centrales que requieren especial atención: erradicación del estigma y la discriminación hacia las personas con padecimiento mental, promoción de la autonomía y desarrollo de capacidades, ampliación de derechos, nuevas estrategias de abordaje y dispositivos sustitutivos, entre otros.

MARCO LEGAL

Algunas consideraciones comparativas entre la Ley Nacional 26657 - Ley provincial de Salud Mental 9848³

En los últimos años en Argentina, a nivel jurídico-legal, se han dado numerosas discusiones, avances y transformaciones. Tal es así, que una persona de reconocida trayectoria en la temática como es Franco Rotelli sostuvo, en el Congreso Mundial de Psicología llevado adelante en Buenos Aires en este año 2013, que: "Ustedes tienen un mérito extraordinario, la ley argentina (de salud mental) es la única que habla de cerrar hospitales psiquiátricos y constituir derechos civiles reconociendo a las personas como sujetos de derecho; no hay en el mundo una ley que diga estas cosas"⁴.

Un año clave en este sentido fue 2010, en el cual se sancionaron tanto la ley nacional como la ley provincial de salud mental. Aún cuando ambas proponen un cambio de lógica de abordaje en salud mental en el marco de los derechos humanos, resulta oportuno poder trabajar y discutir las diferencias entre una y otra ya que las leyes en general expresan, en su articulado, los acuerdos o arreglos entre sectores involucrados respecto de una cuestión. En tal sentido, profundizar el debate y conocer, desde una perspectiva de mayor ampliación de derechos y protección de las personas en lo atinente a la salud mental, qué aspectos diferenciales deben considerarse. Esto es una de las tantas acciones necesarias más allá de la sanción misma de cualquier ley.

³ Este apartado fue redactado por la Lic. Silvana Melisa Herranz y la doctoranda Natalia Monasterolo.

⁴ Franco Rotelli: "La ley de salud mental argentina es la mejor del mundo". URL: <http://www.telam.com.ar/notas/201309/31376-rotelli-la-ley-de-salud-mental-argentina-es-lamejor-del-mundo.html>

Inserción normativa: Antecedentes y marcos de referencia para la toma de decisiones

A fin de introducir el marco internacional de protección de derechos, resulta pertinente referirse al año 1991, en el cual la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.) proclamó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, entendidos como una serie de estándares clave respecto al resguardo de las personas con padecimientos de los del tipo dictados por el Organismo Internacional de Protección de los Derechos Humanos.

Dentro de ese marco, aunque los mismos no adquirieron el rango de acuerdo internacional, importaron una guía básica de pautas necesariamente a considerar por parte de los Estados adscriptos al modelo universal de Derechos Humanos. Por eso mismo se les ha reconocido a los Principios un valor fundamental, e ineludible, al tiempo de diseñar la legislación interna de los países o disponer políticas públicas al efecto.

Mucho tiempo después, en el año 2006, el mismo organismo internacional dio lugar a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, el que, conforme al número de ratificaciones (en tanto posee rango de acuerdo), comenzó a regir dos años después. Este instrumento se inscribe en la línea de la más novel producción en materia de derechos humanos y salud mental por parte de Naciones Unidas.

Asimismo, en el ámbito universal, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), organismo especializado del Consejo Económico y Social de la O.N.U., y su Oficina sectorizada para la órbita regional interamericana (Organización Panamericana de la Salud -O.P.S.-), desempeñó, y viene haciéndolo, una labor intensa y sostenida en materia de padecimientos mentales.

Precisamente, convocada por estas organizaciones, el 14 de noviembre de 1990 se celebró en Caracas la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud”, de donde resultó el documento conocido como Declaración de Caracas. De aquí en más, y en la tarea de controlar su evolución, emergieron a su tiempo los Principios de Brasilia (a quince años de Caracas -2005-), y el Consenso de Panamá (a veinte años de Caracas -2010-).

No obstante, y ciñéndonos al específico sistema interamericano, la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos adoptó en 1999 la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con discapacidad, la que entró en vigor para los Estados ratificantes, el 14 de setiembre del 2001.

De uno u otro modo, el Estado Argentino se encuentra ligado a toda esta producción normativa en la materia; y es que sea por ser signatario (en el caso de los convenios), sea porque tales documentos emergen como secuelas de acuerdos adoptados, o sea porque forman parte de la tarea histórica de

organismos que velan por el cumplimiento del paradigma en que aquellos se enrolan, la omisión de algunos de ellos en las normativas internas de los países que los ratifican implicaría desconocer compromisos internacionales.

Justamente, tras la última reforma constitucional, la Argentina se sumó a la corriente de transnacionalización de los Derechos Humanos, ello, al margen de las disquisiciones a que ha dado y podría dar lugar, la posiciona dentro de las constituciones latinoamericanas que siguen la línea humanista internacional; al margen, claro, que humanitaria ha sido históricamente la filiación de nuestra Carta Magna (y aquí también aparecen fuertes puntos de discusión).

Acorde a lo antes dicho, resulta central tener en claro que con la modificación de algunas atribuciones del congreso, la jerarquización normativa, hacia el interior, refiere un esquema en el cual Constitución y algunos tratados de Derechos Humanos (los enumerados anteriormente) poseen rango constitucional, luego, los acuerdos sobre derechos humanos (no constitucionalizados aunque con posibilidades de serlo) superan en primacía a las leyes nacionales, y después por debajo, siguen estas, para luego aparecer toda la organización de los estados provinciales respetando el mismo orden (constitución provincial y leyes provinciales) que a su turno se traspola a los municipios (arts. 31, 75 inc. 22 y cc. de la Constitución Nacional).

El mencionado, debe ser lo rector frente a conflictos entre fuentes del derecho, siendo el criterio el Principio de Supremacía (ley superior deroga ley inferior), un buen recurso interpretativo a la hora de definir rumbos. Y es que una ley provincial nunca podría contradecir a la constitución de ese Estado, pero tampoco, y mucho menos, a la Constitución Nacional y a los tratados de igual nivel, así como también la (otra) legislación provincial debe guardar armonía con la nacional.

Cierto es que existen competencias que las provincias se han reservado y sobre las que la entidad central no puede avanzar, ello, que responde a una cuestión histórica (las provincias se generaron antes pero recién adquirieron reconocimiento federal al momento de la organización nacional), se encuentra más bien liado a intereses que tienen que ver con la preservación de su autonomía política, estadual, y material (en punto a ciertos recursos). Sin embargo, estas consideraciones nunca podrían entenderse en el sentido de implicar el desmedro de derechos individuales esenciales, que, para más, han sido universalmente reconocidos y protegidos. De otra manera, se estaría frente a una arbitrariedad judicial, en base a intereses distintos a la mayor garantía de derechos, en este caso particular, en salud mental.

Casualmente en esta materia (Derechos y Garantías), muchas de las enmiendas que fueron introducidas al texto constitucional tras la reforma de 1994, ya habían tenido su entrada en algunas Cartas Locales, pero como bien lo postulara la Corte Suprema de Justicia de la Nación (C.S.J.N.) en el precedente "Chiara Díaz": *"...si la Constitución Nacional, para la época de su dictado, fue establecida como causa ejemplar de las instituciones locales, los*

*posteriores desarrollos del constitucionalismo provincial configuran una rica fuente para el desarrollo y el progreso aún de las instituciones nacionales”.*⁵

Con esto, se entiende entonces que normativa provincial y nacional, cuando abordan una misma cuestión, deben ser interpretadas, al margen del Principio de Supremacía (o de ley superior deroga ley inferior), de manera armónica y conciliadora, tomando como eje referencial el paradigma al que el Estado Nacional se encuentra inscripto en el asunto, y teniendo en cuenta que el alejamiento de ello, tanto por el control de constitucionalidad como por el de convencionalidad (esto último máxime tras la reforma de 1994), introduce la delicada cuestión de la responsabilidad internacional del Estado.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, a catorce años de la última reforma constitucional, y absorbiendo el bagaje recorrido en el asunto desde el derecho Internacional y la jurisprudencia dictada al efecto, inauguró un modelo coherente en tal sentido, instaurando además, y en consonancia con el Principio Pro-Homine⁶, una mecánica de interpretación en donde siempre ha de primar aquella que suponga mejores y mayores derechos para las personas afectadas en su salud mental, incluso, cuando ello suponga la prevalencia de la ley provincial sobre la nacional (art. 1°).

Sin embargo, cuando esto se discute a nivel local, la forma en que se dirime usualmente la cuestión desde referentes judiciales es alegando que la salud no es una competencia cedida a la Nación, por lo cual siempre debe primar la legislación provincial, desconociendo la complejidad intrínseca a la temática tanto como los argumentos antes referidos. La consideración sobre la mayor ampliación de derechos es desestimada a priori por no pertinente, poniendo la discusión en término de jurisdicciones y no de mayores garantías.

Resulta, entonces, pertinente preguntar: ¿Qué ocurrió en la provincia de Córdoba?, ¿Cuál fue el escenario en que se concibió la ley local?, ¿Cuál el producto y cuáles sus puntos de conflicto?

Proceso político local y comparaciones desde un criterio de ampliación de derechos

Antes del análisis comparativo, es relevante referir al proceso político que se desarrolló en relación a la sanción de las leyes 9848 de Córdoba y la 26657 Nacional, ambas de salud mental. En este sentido, interesa recuperar el proceso de elaboración y sanción de la ley provincial de salud mental. En diciembre de 2007 se constituye la Mesa de Trabajo Permanente en Salud

⁵ C.S.J.N. “Chiara Díaz, Carlos Alberto c/ Estado Provincial s/ Acción de Ejecución” (7/06/2006). Ver también María A. GELLI “Constitución de la Nación Argentina. Comentada y Concordada” T.I. Ed. La Ley 2008 p. 58/9

⁶ El Principio Pro Homine actúa como una especie de Principio de Buena Fé en materia de Derechos Humanos; ello supone que la interpretación de los instrumentos normativos (o de otra índole) que regulan tales asuntos, siempre debe ser efectuada en el sentido de reconocer mayores y mejores garantías antes que aminorarlas. Para mayor abundamiento v. Raúl E. ZAFFARONI, Alejandro ALAGIA, Alejandro SLOKAR “Derecho Penal Parte General” Ed. Ediar 2002

Mental y Derechos Humanos (en adelante “la Mesa”), conformada por diversas y numerosas organizaciones e instituciones que se propusieron formular y hacer viable una norma local. Por tener entre sus principios de funcionamiento la discusión horizontal y democrática entre quienes se sintieran convocados a participar, hubo altibajos en los procesos de inclusión, producto de sentidos de pertenencia variables en función de las etapas que se fueron transitando.

El proceso de elaboración contó con instancias de capacitación, difusión y discusión, hasta su presentación en la Comisión de Salud de la Legislatura. La Mesa, entonces ya constituida en actor relevante, logra que su propuesta alcance el estatuto de proyecto con la firma de todos los bloques allí representados. En el tramo final de la discusión legislativa en el nivel local, tanto como en el nacional, se incorporan nuevos actores particularmente del sector privado, quienes sienten que sus intereses particulares o corporativos son afectados.

El Estado provincial participa a través de la Dirección de Salud Mental en los inicios, luego toma distancia con el argumento que no es necesario avanzar en una norma local en la medida que está en marcha la discusión de la ley nacional. ¿Por qué, entonces, presenta un proyecto de ley que logra ser aprobado apenas un par de meses antes de la sanción y promulgación de la ley nacional? Una respuesta posible es dar crédito a la versión que las autoridades provinciales habrían sido “convencidas” del ahorro presupuestario que esta norma permitía. Ello también explica la falta de compromiso presupuestario y el fondo de financiamiento a municipios en la ley provincial, dos aspectos destacados por la Mesa en las diferencias entre el proyecto aprobado y el propio; ambos asuntos clave en los déficits que más adelante habrán de evidenciarse en su implementación.

Finalmente, el 20 de octubre de 2010 se aprueba la ley provincial de Salud Mental N° 9848, y representantes de la Mesa afirman que la versión final guarda algunos puntos en común, e implica un avance en materia de derechos humanos en Salud Mental, pero al mismo tiempo se presentaban diferencias sustantivas con el proyecto que presentaron originalmente (Berra, 2011). Claudia Huergo, integrante de dicho colectivo, delinea una serie de puntos en los cuales se asienta para afirmar que de los proyectos presentados, el aprobado no fue el mejor. Se retomarán aquí estos puntos, y se buscará problematizarlos, y rescatar, en los puntos pertinentes, de la Ley Nacional de Salud Mental, los aspectos equivalentes y la manera en que son abordados. Posteriormente, se hará referencia a un punto que resulta de suma relevancia respecto a la atención en Salud Mental, como es el modo de uso/administración de la medicación.

Como consideración previa a análisis más específicos, y en relación a lo desarrollado en el apartado anterior, es dado señalar que la Declaración de Caracas es incluida dentro de los antecedentes y sustentos que se reconocen

en el cuerpo de la Ley Nacional de Salud Mental⁷. No sucede lo mismo respecto a la ley provincial, aún cuando en el desarrollo de los artículos de ésta puedan verse presentes algunos de los principios transversales que hacen a las recomendaciones de estos documentos internacionales respecto a la atención en salud mental.

Afinando la mirada, y yendo hacia los puntos que Claudia Huergo (2011) afirma, no se contemplan en la Ley Provincial de Salud Mental 9848, debe mencionarse:

- **Falta de compromisos presupuestarios explícitos:** No quedaron establecidos de manera expresa montos ni plazos para la reorientación de recursos de la internación manicomial hacia los servicios locales y estrategias alternativas.

A diferencia de esto, en la Ley Nacional se menciona en el artículo 32: *En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.* En la ley Provincial sólo se limitan a decir “de acuerdo a los estándares internacionales”.

- **Falta de un fondo específico para municipios:** El fondo para financiamiento de la transformación de la Salud Mental en los municipios no figura, lo cual va a impactar inevitablemente en la posibilidad de implementación de estas políticas. En Córdoba, los municipios son los responsables del primer nivel de atención en salud. Esto se vuelve aún más preocupante ante el hecho de que las problemáticas de salud mental no son prioritarias para estas jurisdicciones, por lo cual sin el traspaso de fondos con estos fines específicos, es difícil poder pensar la articular a diferentes niveles una estrategia de abordaje que no implique de manera exclusiva la internación hospitalaria monovalente. Este es un problema en sí mismo, y no puede hacerse un paralelo con la ley nacional, por tratarse de diferentes jurisdicciones.

- **Limitaciones a la participación ciudadana y a las funciones de monitoreo en el Consejo Consultivo:** Respecto a esto La Mesa apostaba a la inclusión de diferentes actores de la sociedad civil (sólo se toma la participación de *un (1) representante por las asociaciones de usuarios del sistema de salud con personería y actuación reconocidas*) en el diseño de políticas de salud tanto

⁷ ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

como en el monitoreo del efectivo cumplimiento de la ley. Sin embargo, en la ley provincial sólo queda considerada la creación de un Consejo Consultivo con funciones de promoción de políticas y con ausencia de actores, como organismos de derechos humanos, que resultarían sustanciales. La participación ciudadana es referida, pero con la salvedad de poseer personería jurídica. Actualmente, en el funcionamiento del consejo consultivo esta participación no se hace efectiva, quedando como una retórica de intenciones.

En esto se evidencia el rechazo provincial a incorporar un órgano de control como sería un Órgano de Revisión. En la Ley Nacional, se hace mayor énfasis en la ampliación de los actores que participan (representantes de familiares y usuarios, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores) en el Órgano de Revisión, y se le da mayores atribuciones e injerencia, principalmente, en lo que hace al control de internaciones, particularmente si son involuntarias⁸.

- **Reproducción de algunos hegemonismos profesionales:** Se afirma aquí el énfasis sobre que el campo de la Salud Mental no es asunto de uno o dos profesionales: psiquiatras o psicólogos, por el contrario deben darse numerosas intervenciones para dar respuestas a problemáticas complejas. Contrario a esto, se sostienen fronteras y hegemonías profesionales dando más poder al saber médico o psicológico.

Por su parte en la Ley Nacional, se afirma: *Artículo 15. La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Artículo 16. Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se*

⁸ ARTICULO 39. — El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos. ARTICULO 40. — Son funciones del Órgano de Revisión: a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley; e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes; f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades; h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación; i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos; j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental; l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra.

Aquí puede verse plasmada una ampliación de la injerencia de otras disciplinas en el abordaje en Salud Mental, que también tiene lugar en la Ley provincial, pero en la capacidad de determinación se mantiene la hegemonía médico-psicológica.

En consonancia con este último aspecto rescatado, al referirse al uso de la medicación en la Ley Nacional de Salud Mental se expresa de la siguiente manera:

Artículo 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Por su parte, en la Ley provincial se refiere al mismo tema de la siguiente manera:

Artículo 47.- Medicación. La medicación se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, conveniencia de terceros o para suplir necesidades de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.

Así, poniendo en comparación las dos normativas, es en la Ley Nacional donde se amplía el modo de incorporación de la medicación en Salud Mental, dejando de manera expresa la necesidad de que sea parte de un abordaje interdisciplinario, lo cual no es menor, ya que como reconoce Antonio Ugalde: “Se empieza a reconocer que el acceso a medicamentos debe ser considerado como un derecho humano”. Luego agrega: “se puede concluir que una política de salud requiere políticas apropiadas para facilitar el acceso y mejorar el uso de los medicamentos. Las agencias para el desarrollo deberían haber tenido todo ello presente al preparar recomendaciones para mejorar los servicios de salud y las reformas sanitarias” (Ugalde, 2007, pp.39-40).

Para finalizar, vale referir que numerosas evidencias señalan que el aspecto jurídico-legal no es independiente de otras condiciones, como las económicas, tanto como de voluntades políticas lo cual tiene un impacto sustancial en la posibilidad del proceso de transformación del abordaje en salud mental, tendiente a la desmanicomialización..

La falta de un compromiso presupuestario específico, sumado a la omisión de un Órgano de Revisión con facultades de control y determinación en las prácticas, deben leerse como una decisión política que obstaculiza transformaciones necesarias en salud mental tendiente a la mayor ampliación de derechos y posibilidad de implementación de los nuevos marcos normativos.

Aún reconociendo lo anterior, la creación a nivel nacional del Órgano de Revisión el cual tiene un fuerte objetivo de multiplicación en las provincias, da luces respecto a plantear un Órgano de Revisión local, para lo cual se puede crear una ley específica. Lo señalado hasta aquí no desconoce el avance que implicó la ley 9848, por el contrario pretendió dar cuenta que aún con la sanción de la misma las luchas y debates no deben cesar, más aún cuando la realidad sigue sosteniendo profundas vulneraciones a los derechos de las personas.

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CÓRDOBA: REALIDADES INSTITUCIONALES Y VULNERACIÓN DE DERECHOS⁹

Presentar un diagnóstico inicial sobre la situación de los Derechos Humanos y su relación con la Salud Mental, no sería posible sin esbozar algunas líneas que permitan generar una breve caracterización. Este objetivo debe ser pensado a partir de los avances que en materia legislativa se han propiciado en el campo de la salud mental, sin desconocer las diferencias entre las realidades nacionales y locales. En este sentido el apartado anterior ha dejado en claro que la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en comparación con la Ley Provincial 9848, profundiza su rol garante de derechos al reunir una serie de condiciones inexistentes en la legislación local que dificulta su efectiva implementación. Estas condiciones refieren por un lado, a la posibilidad de monitoreo, seguimiento, supervisión y evaluación de las transformaciones que debieran propiciarse en consonancia con la Ley, tarea a cargo del Órgano de Revisión, y por el otro a la necesidad de contar con una asignación y reorientación presupuestaria que contemple los plazos necesarios, tal como lo proponen diversos organismos internacionales y se recoge en la ley nacional.

Sobre este último punto, en los últimos años se ha puesto de manifiesto la situación de desinversión del sistema sanitario en la provincia de Córdoba, de la que el sector de salud mental forma parte. Quisiéramos aquí hacer algunas consideraciones importantes que atraviesan actualmente los debates en nuestro campo. En primer lugar, la defensa de la salud mental pública como derecho no implica el sostenimiento de la institución manicomial. Por el contrario, la profunda convicción y el compromiso con el Estado, sus obligaciones y responsabilidades, exigen la ampliación y cumplimiento de ese derecho en contextos asistenciales que ponderen la dignidad humana. En segundo lugar y en torno a las discusiones acerca de la planificación presupuestaria en salud mental, insistimos en que desinstitucionalización no es sinónimo de desinversión. La ecuación desmanicomialización = desfinanciamiento ha sido tomada intencionalmente por distintos gobiernos que consideran la salud mental desde la lógica del gasto y no de la inversión pública.

En contraposición, el pasaje de un modelo asilar a un modelo comunitario implica una migración de recursos que priorice la territorialización de la

⁹ Este apartado fue elaborado por la Lic. Natalia Fernández y la Lic. María Paz Caminada Rossetti.

atención en salud mental. Sin embargo, en Córdoba no se han generado aquellas condiciones. El Área de Atención Comunitaria dependiente de la Dirección de Salud Mental de la Provincia, con más de 25 años de existencia, sólo cuenta con quince equipos interdisciplinarios: catorce ubicados en barrios periféricos de la Ciudad de Córdoba y uno en la localidad de Unquillo. Esta área, está conformada por 52 profesionales, contando con psiquiatras (12), psicólogos/as (25), trabajadores/as sociales (10), enfermeros/as (2), psicomotricistas (2) y psicopedagogas (1). A pesar de su extensa trayectoria, actualmente no cuenta con cargos intermedios de conducción, ni recursos humanos y materiales suficientes para cumplir con los lineamientos establecidos en la legislación nacional y provincial vigente. En un sentido similar son las dificultades que los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) deben enfrentar para afrontar sus actividades de promoción y prevención. Son 21 CAPS contando solo con 10 psicólogos y 2 psicopedagogas, algunos de estos repartidos en más de un lugar y en condiciones precarizadas.

En relación con este punto, se presenta en un apartado la dificultad presupuestaria que sufren los municipios encargados del primer nivel de atención. En la Ciudad de Córdoba se cuenta en la estructura del Estado municipal con 3 hospitales, 3 DEM (Dirección de Especialidades Médicas), Medicina Preventiva y la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS). De esta última dependen 96 centros de Salud en distintos barrios de la ciudad, de los cuales solo hay psicólogos en 25 de éstos (nivel operativo) y ninguno a nivel de mandos intermedios (en los Equipos Interdisciplinarios Zonales -seis zonas sanitarias-), y uno en funciones a cargo de la coordinación de los mismos. Otro tanto pasa con los Trabajadores Sociales: 15 en Centros de salud, tres en EZI y una en la coordinación.

Las limitaciones de no contar con equipos interdisciplinarios que incluyan estas disciplinas en la mayoría de los centros de salud dan cuenta de los límites en las prestaciones de servicios y acciones en el primer nivel de atención que impacta en las dificultades que las poblaciones tienen para el acceso a la salud mental. La escasa presencia de servicios de salud mental comunitarios habla de la precariedad de los recursos y estrategias que a nivel de promoción y prevención pueden implementarse territorialmente en salud y, en particular, en salud mental.

Como se deja ver, la situación de desfinanciamiento de la salud mental en Córdoba no es novedosa. Sin embargo, la situación actual del campo de la salud mental se ha visibilizado a partir de una serie de denuncias públicas realizadas en los meses de marzo, abril y mayo del corriente año, en torno al estado de las instituciones de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, el incumplimiento de la Ley 26.657 y 9.848, y la grave vulneración de los derechos humanos que sufren los usuarios de este servicio, cuya garantía está a cargo del Estado.

Las instituciones protagonistas fueron el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD), el Centro Psico Asistencial (CPA), el Hospital Santa María de Punilla, el Hospital Colonia Emilio Vidal Abal de Oliva y el Hospital de Bell Ville. La situación de abandono de estas instituciones y de las personas

que atraviesan algún padecimiento mental es de larga data, sin embargo, en estos últimos meses se ha intentado visibilizar:

- 1) El deterioro de las instalaciones edilicias
- 2) Recursos humanos y materiales insuficientes y precarizados
- 3) La vulneración de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental
- 4) Un presupuesto e inversión en salud mental muy por debajo de lo que los estándares internacionales establecen¹⁰ y que tiende a decrecer.¹¹

En suma, la ausencia de inversión de recursos en infraestructura, personal, dispositivos de tratamiento y atención cristalizan los déficit de políticas públicas en este sector del sistema sanitario.

Siendo lo anterior una caracterización inicial de la situación de la salud mental en la provincia de Córdoba, consideramos relevante para este apartado generar un acercamiento a la organización del sistema de Salud Mental. Esta necesidad se funda en el desconocimiento generalizado de dicha organización, sumado a la importancia de dar a conocer algunos datos emergentes del presente informe que reflejan diversas realidades institucionales.

En este punto es importante aclarar que se cuenta con escasa información pública pertinente que hubiera servido para contextualizar la organización de dicho sistema en la actualidad. Esta situación puede entenderse en el marco de la reproducción de la lógica manicomial que se sostiene, entre otras cosas, perpetuando silencios y ocultamientos entre los muros.

En función de lo anterior, los datos aquí recogidos remiten principalmente a informantes clave en el proceso de elaboración del informe así como también registros de archivos y documentos que, sin estar necesariamente actualizados, sirvieron de base para la elaboración de esta presentación.

En ese sentido un primer mapeo estructural a nivel nacional, según los datos preliminares del Programa Nacional de Epidemiología (PRONESAM), perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, muestra que para el año 2001 existían en la Argentina 54 instituciones con internamiento crónico: 1 Colonia Nacional, 11 Colonias Provinciales y 42 Hospitales monovalentes provinciales. Para el mismo año, 21.000 personas se encontraban internadas en instituciones públicas: 14.000 en colonias y 7.000 en hospitales monovalentes. Por su parte, en el relevamiento realizado para el año 2010 existían en todo el territorio nacional, 10.691 camas destinadas a salud mental en hospitales monovalentes y 847 camas en hospitales polivalentes. A nivel local, se relevan en Córdoba en el mismo periodo, 1370 camas disponibles en

10 El art. 32 de la Ley Nacional de Salud Mental establece la obligación de incrementar las partidas presupuestarias en salud mental hasta alcanzar como mínimo el 10% del presupuesto total de salud.

11 Para mayor información remitirse al apartado “El Presupuesto destinado a Salud Mental” elaborado por el Mgter. Iván Ase.

hospitales monovalentes, 32 camas en hospitales polivalentes y 26 camas destinadas a salud mental en dispositivos comunitarios (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Por su parte, la propuesta del Plan de Salud Mental de la Provincia de Córdoba presenta la organización de su sistema basado en: servicios de salud mental en hospitales generales, instituciones monovalentes de salud mental que comprenden por un lado, unidades de atención psiquiátrica y por el otro, instituciones sin internación. Por último, las instituciones dedicadas a la internación prolongada.

Excedería a este primer acercamiento generar un informe acabado sobre la realidad institucional que comprende a todo el sistema de salud mental provincial.

De esta manera se tomarán algunas instituciones que por diferentes motivos resultan relevantes desde diversos aspectos a los fines de visibilizar la situación actual que atraviesa la salud mental en Córdoba. Se describe a continuación: el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, el Centro Psico Asistencial (CPA), el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción (IPAD), el Hospital Colonia Emilio Vidal Abal de Oliva, el Hospital de Bell Ville, el Hospital Santa María de Punilla y el Hospital de Cruz del Eje.

Si bien cada una de las instituciones destinadas a la atención y al abordaje de la salud mental tiene sus características y problemáticas particulares, el análisis de las mismas se enmarca en un contexto donde se articulan diversas variables: políticas, sanitarias, económicas, institucionales, sociales y legales, encontrándose las mismas articuladas, en su mayor parte y más allá del esfuerzo de sus trabajadores, en una lógica manicomial que produce, reproduce y perpetúa significados, significaciones y acciones vinculados al encierro como único modo de operar y abordar los padecimientos mentales.

Intentado entonces conocer estas múltiples dimensiones, en lo que sigue del apartado se ha organizado de forma tal de presentar inicialmente en términos descriptivos a las instituciones en particular, diferenciado las de la capital e interior provincial, para luego agrupar una serie de problemáticas comunes y recurrentes que dan cuenta de la grave vulneración de derechos en dichos contextos.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL

EN CÓRDOBA CAPITAL:

Hospital Neuropsiquiátrico Provincial:

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial es la única institución pública monovalente con internación en la capital provincial. Su perfil se define como orientado a la atención de patología psiquiátrica de adultos (personas entre 18 y 65 años) con exclusión de psicopatías, drogodependencia, alcoholismo,

demencia y retraso mental. Ofrece las prestaciones de guardia, internado, consultorio externo y rehabilitación.

La atención por guardia e internado se organiza a través de equipos interdisciplinarios, conformados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Los equipos frecuentemente no cuentan con todas las disciplinas, por recurrentes demoras o ausencia de designaciones para cubrir las vacantes que se producen en la planta de personal. En cambio, en todos los casos hay 2 o más psiquiatras por equipo o por día de guardia (24 horas).

El internado cuenta con 77 camas, distribuidas en dos pabellones, uno de varones y otro de mujeres. Funcionan cuatro salas de aislamiento a las que se denomina “de contención” en las que se alojan indistintamente varones o mujeres; se trata de habitaciones de pequeñas dimensiones, desposeídas de mobiliario y baños, colchón en el piso, pequeña ventana con rejas y puerta también con ventana enrejada, que sólo puede abrirse desde el exterior y tiene pasador para colocar candado.

La apertura y cierre del internado han acompañado procesos políticos y han estado en relación con los recursos, que cada gestión ha dispuesto para la “governabilidad” de la institución. El hospital “abierto y movilizado” del retorno a la democracia en 1983, a partir de la agudización de un proceso de ajuste insidioso y progresivo, se divide y cierra con una reja que separa internado y servicio de enfermería del resto de la institución, en el año 2002. Recientemente la reja ha sido retirada y si bien eso ha sido un avance importante, no se ha modificado la situación de desinversión en la que el hospital se encuentra. En ausencia de ese límite, en muchos casos, las sujeciones se gestionan en los propios cuerpos de pacientes, contenidos en salas de aislamiento o amarrados a la cama.

El Hospital posee una farmacia, que provee de medicamentos de forma gratuita a pacientes internados y a quienes son atendidos por consultorio externo. También se provee a otras instituciones, incluido el primer nivel de atención. Es decir que la medicación no es acercada a lugares de atención próximos adonde se desarrolla la vida cotidiana de las personas, sino que éstas recurren al hospital monovalente para obtener lo que necesitan.

En términos de organización formal, lo que corresponde a la rehabilitación de usuarios es el área del hospital que ha sostenido, en los últimos 30 años, la propuesta de talleres artístico-creativos abiertos a la comunidad. Actualmente trabaja conjuntamente con la asociación civil sin fines de lucro Abracadabra, creada para apoyar la sostenibilidad de las actividades, que se desarrollan en su mayor parte con trabajo voluntario y casi sin otro aporte material ni financiero que el espacio físico. También cuenta con “La Rampa”, dispositivo creado para la rehabilitación de los usuarios internados. Funciona además dentro del hospital la Radio “Los inestables”¹².

¹² Ver en este capítulo el artículo de “la voz de los protagonistas”.

Centro Psico Asistencial (CPA):

Según la propuesta del Plan de Salud Mental de la Provincia de Córdoba ¹³, esta es una institución psiquiátrica monovalente para la asistencia de personas de género masculino judicializados, entre 16 y 65 años, que requieren custodia policial, en situación de crisis aguda psiquiátrica o por descompensación del padecimiento mental, problemas de consumo de sustancias, clínicamente compensados, adicciones o alcoholismo.

Responde a la necesidad-demanda de asistir a un colectivo poblacional de sujetos provenientes de instituciones psiquiátricas, servicios de menores, UCA y penitenciarias de la Provincia de Córdoba.

Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción – IPAD

Esta institución se encuentra localizada en la misma manzana del Hospital Neuropsiquiátrico, se aboca a la atención de segundo y tercer nivel del sistema general de salud, de las patologías relacionadas a consumo abusivo o dependencia de tóxicos y en comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, para adultos de 21 a 64 años de ambos sexos, con una población a atender comprendida en la Zona B de integración sanitaria.

EN EL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA:

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva:

El Hospital Colonia Emilio Vidal Abal de la localidad de Oliva, es una institución monovalente destinada a pacientes psiquiátricos mayores a 18 años tanto en forma ambulatoria como en internación en las fases agudas y crónicas de enfermedades mentales. Este Hospital es referente en particular de la Zona “C” de Integración Sanitaria de Salud Mental, que comprende los departamentos de Río Segundo, Tercero Arriba, San Martín y parte de los Departamentos Calamuchita y Santa María.

Cuenta con un servicio de atención ambulatoria y de internación de pacientes con adicciones al alcohol y otras sustancias psicotrópicas, como así también asistencia a pacientes gerontopsiquiátricos.

Actualmente el hospital cuenta con 809 camas habilitadas. En el censo del mes de Septiembre de 2013, había un total de 463 pacientes varones, en su mayoría internos del área psiquiátrica y 212 mujeres, en su mayoría internas del área geriátrica. Por su parte, en el censo de Octubre había un total de 681 pacientes, de los cuales 314 son pacientes judiciales.

El Hospital cuenta con 12 salas de contención (8 en servicios de varones y 4 en servicios de mujeres). De las 8 salas que hay para varones, 6 se encuentran en

¹³ La caracterización formal de las instituciones en lo que hace a las prestaciones, población y condiciones institucionales se sustenta en los datos oficiales del Plan Provincial de Salud Mental. Debido a la imposibilidad de realizar un trabajo de campo exhaustivo y acceso a la información pública no se garantiza la absoluta veracidad de dichos datos.

la Unidad de Asistencia N°4 (Unidad de Crisis) y actualmente se utilizan como dormitorios. En relación a las salas de contención esta institución tiene la particularidad de que las mismas se encuentran monitoreadas. En los relatos de los trabajadores esta situación se valora como positiva en algunos aspectos: *...“Las salas de contención están todas monitoreadas con cámaras, si alguien entra a la sala de contención se tiene que anotar en múltiples registros, por lo tanto hay registro de quien entra y sale. Tiene sus pro y sus contra, además de poder ver cuando una persona se está autoagrediendo, permite que determinados enfermeros se “contengan”...”*

Dicha institución presenta serias deficiencias en su estado edilicio y en sus recursos humanos. Sobre este último punto, se presentan altos índices de carpetas médicas pedidas por los profesionales que no dan abasto, ya que la relación médico-paciente o enfermeros-pacientes están muy lejos de ser las óptimas y las recomendadas por las normas internacionales.

Hospital José A. Ceballos. Bell Ville:

Este Hospital es una institución polivalente que cuenta con un Área de Salud Mental, con 296 camas para pacientes con retraso mental, de estadía prolongada, y 30 camas para pacientes agudos.

El área de cobertura comprende los Departamentos Unión y Marcos Juárez, con una población de aproximadamente 210.000 habitantes. Recibe derivación desde los Hospitales de Marcos Juárez y de Corral de Bustos, desde centros de salud municipales de las localidades de la región sanitaria.

Según datos estadísticos de uno de los informes legislativos en el año 2012, existía un total de doscientos sesenta (260) pacientes con internación crónica. De ese mismo total de pacientes de salud mental, cien (100) están judicializados. Es importante señalar que a partir de episodios ocurridos en el periodo 2012-2013 relacionados con las denuncias particulares que se realizaron sobre esta institución, se generó un proceso político, legislativo y mediático con características singulares.¹⁴

14 La Legisladora Provincial del Frente Cívico y Social Liliana Montero presenta durante el año 2012 – 2013, informes y denuncias de la grave situación de la Salud Mental en Córdoba, y de las instituciones destinadas a abordar las problemáticas de salud mental. Como antecedentes, un juez de Cámara comunicó al Tribunal Superior de Justicia su “estupor por el deterioro, la desidia y el abandono generalizado de todo el lugar” tras haber ido a constatar el estado de un interno psiquiátrico en junio de 2012. Otro juez de Ejecución Penal que tiene a su cargo 60 pacientes judicializados de Bell Ville había pedido el 30 de octubre de aquel año que se hiciera cesar de inmediato la situación que atravesaban los internos de la Colonia Alborada. En abril del 2013, un conjunto de legisladores y especialistas recorren las instalaciones del Hospital José A. Ceballos en Bell Ville y dan difusión a un conjunto de imágenes que muestran el precario estado edilicio y asistencial de dicho Hospital. Lo anteriormente descripto, llevó a que los legisladores Liliana Montero, Graciela Sánchez y Santiago Clavijo del Frente Cívico,

Así, los registros oficiales permitieron visibilizar la situación cotidiana de la violación de los derechos humanos a los que son sometidos los usuarios y trabajadores de la institución:

“Los pacientes son obligados a vivir en condiciones inhumanas que afectan profundamente sobre sus derechos más básicos como así también a los de sus

presentaran el 10 de abril una denuncia penal por la “probable comisión del delito de abandono de persona y violación a los deberes de funcionario público”. La causa se girará a Anticorrupción (fuero penal económico), donde ya se investiga una causa similar sobre otros establecimientos psiquiátricos en Córdoba. Luego de la publicación de las imágenes, y la consecuente visibilización de la grave situación que atraviesan los usuarios del servicio de salud mental en Bell Ville, el ministro de salud y el titular del área de Salud Mental provincial viajaron a Bell Ville para recorrer las instalaciones y reunirse con las autoridades sanitarias locales. Tras dicha visita, las repuestas por parte del Ministerio a las denuncias efectuadas fueron: - en lo que hace al deterioro edilicio: prometieron adelantar las obras que, según afirmaron, ya estaban planificadas y forman parte de una renovación integral que se viene realizando pero que presenta atrasos propios de la lógica administrativa; - en lo que atañe a la escasez y precarización de los trabajadores de la salud: analizan la posibilidad de sumar personal para la asistencia de las personas allí internadas, como por ejemplo talleristas que colaboren en su contención. Destacaron además, que desde su gestión se incorporaron a 239 trabajadores en el área de Salud Mental, y que si bien aún no es suficiente, eso incluye 10 enfermeras en el hospital de Bell Ville; - y, por último, en lo que refiere a las personas internadas a las cuales se las encontró desnudas, faltas de higiene y con signos de escasa o nula asistencia, más que soluciones se expresaron justificaciones del tipo: “Son personas con retraso mental profundo, que no controlan esfínteres y que se sacan la ropa. Algunos, incluso violentos. Sus familiares no los quieren tener y todo el peso recae en el Estado”. Cuatro días después, la Provincia resuelve derivar a 80 pacientes del pabellón Colonia Alborada del Hospital Domingo Ceballos, a otros centros médicos de salud mental de Córdoba para iniciar las obras edilicias prometidas. Si bien se acondicionó a los centros para recibir a los nuevos pacientes, hubo reclamos por la falta de un protocolo a seguir para preparar a los pacientes y a sus familias para dicho traslado. El 21 de mayo de 2013, la legisladora solicita además, un informe al Poder Ejecutivo sobre la muerte de una persona en el Hospital Bell Ville. A partir de este relevamiento, Montero presenta un proyecto de ley para declarar la emergencia en salud mental, crear un comité de crisis y pedir la intervención de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, ya que muchas de las situaciones observadas violan los derechos fundamentales tanto de los usuarios como de quienes allí trabajan. Por su parte, la Defensoría del Pueblo de Córdoba envió notas a funcionarios provinciales advirtiendo sobre la cantidad de pacientes judiciales, los escasos recursos para contener con eficiencia a esos pacientes y los serios problemas edilicios debido a la falta de mantenimiento.

familias. Se han constatado gravísimas situaciones que reflejan un estado de desamparo moral y material, de pacientes en situación de riesgo con problemas de salud mental, que son objeto de destrato, abusos, violación de los derechos humanos, víctimas de una clara situación de hacinamiento no compatible con la condición humana, existiendo una clara situación de riesgo para la integridad física, psíquica y la vida de los mismos, frente a una actitud de clara indiferencia de quienes tienen la responsabilidad de velar por una correcta atención, tratamiento y contención de los mismos” (informe Labor Legislativa – Liliana Montero).

Si bien estas denuncias tuvieron un fuerte impacto en los medios masivos y obligaron a las autoridades a tomar medidas “urgentes” en cuanto a las condiciones edilicias, solo se realizaron algunas obras de infraestructura, sumado a la persistencia de ciertas prácticas que reproducen la vulneración de derechos humanos en la cotidianeidad de los usuarios y trabajadores, tales como el uso de salas de contención y la precarización laboral por poner algunos ejemplos.

En este sentido cabe aclarar que en esta “urgencia” frente a las denuncias públicas y de los medios masivos, se trasladaron 25 personas al Hospital de Santa María de Punilla y 36 a Cruz del Eje. En su mayoría son personas indocumentadas, cuyas historias clínicas no están evolucionadas ni actualizadas las prescripciones médicas.

Hospital Colonia Santa María de Punilla:

Es una institución monovalente del interior de la Provincia de Córdoba, cuya área de cobertura comprende los departamentos: Cruz del Eje, Minas, Pocho, San Alberto, San Javier, Punilla, Colón, Santa María, Calamuchita.

Según el informe legislativo consultado: *“Hasta que la nueva ley de salud mental entró en vigencia, en el Hospital había cerca de 300 pacientes. Hoy quedan 73 camas ocupadas, sin embargo el deterioro fue en aumento”*. Sobre este punto se hace necesario poner en cuestión la reducción de pacientes que dejan ver las cifras arriba expuestas. Dados los innumerables ejemplos rescatados de los registros oficiales sobre la situación problemática de esta institución, cabe preguntarse acerca de si aquella “reducción de camas” responde a un genuino proceso de desinstitucionalización o por el contrario, como ya ha sido también documentado, se constituyen en situaciones de abandono de persona. Más aun cuando en los mismos datos se relata que los profesionales advierten que se está produciendo una rotación de los pacientes psiquiátricos que están siendo externados. Aquí es necesario recordar que 25 usuarios/as del Hospital de Bell Ville fueron trasladados hacia esta institución sufriendo las condiciones institucionales que aquí se detallan.

En relación a las condiciones edilicias, los informes revelan la situación de desinversión y vaciamiento de la salud pública al mostrar que: *“no tienen calefacción, ni aire, llueven los techos y se caen en pedazos. En parte del predio funciona una Colonia de Vacaciones y otra parte fue arrendada hace años, pero nadie sabe quién maneja esos fondos ni cuáles son los contratos existentes, esto motivó un pedido de Informes el mes pasado. Los fines de semana se quedan sin agua ya que desde la colonia de vacaciones, que*

funciona en la parte de adelante del predio del Hospital, pusieron un caño a la red y existe otro caño que va a barrios aledaños, de ese modo el hospital se queda sin agua, por lo cual hay que recurrir a camiones cisternas para que la provean, lo que encarece los costos operativos”.

Por último el informe resalta que “reina entre los profesionales una sensación de “incertidumbre” y el esfuerzo del equipo médico no puede soslayar el desentendimiento del Estado”.

Nuevo Hospital de Cruz del Eje:

El Nuevo Hospital de Cruz del Eje, inaugurado en el año 2012, cuenta con 73 camas y 4.365 metros cuadrados. El servicio externo del hospital que funciona en esa unidad penitenciaria está especialmente preparado para la atención y contención de pacientes psiquiátricos judicializados. Las nuevas instalaciones, como un área del hospital “Aurelio Crespo” están conformadas por dos módulos:

Módulo 1 Puesta en funcionamiento, habiéndose habilitado 29 camas. Dicho pabellón cuenta con 1680 metros cuadrados. Este pabellón tiene 2 consultorios individuales y uno grupal para atención del paciente y su familia o para consultas médicas interdisciplinarias. El área de internación, **tiene 3 habitaciones para aislados**¹⁵ con un baño asistido común con todo el equipamiento necesario. Este Pabellón está preparado en su totalidad para recibir pacientes de salud mental, por lo que cuenta en su diseño y sistema constructivo, como así también en tecnología, con **altas medidas de seguridad** para el paciente, el personal y el público en general.

Módulo 2 Puesta en funcionamiento con habilitación de 44 camas. Tiene capacidad para atención general, consta de 2685 m². El área de internación cuenta con **4 habitaciones de aislados** que comparten 2 baños asistidos completamente equipados, y salas de 3 camas con **baños especiales antivandálicos**, aptos para pacientes de salud mental.

El hospital tiene entre sus servicios, farmacia para el público en general y otra para el área de internación, un Área de Esterilización, Unidad de Terapia Intensiva con 4 camas, sector de cirugía con quirófano y todas las dependencias y servicios de apoyo necesarios, Guardia con sala de shockroom con baño asistido completamente equipado, morgue, laboratorio general y microbiología. Consultas externas y diagnóstico por imágenes.

Acerca de esta institución creemos conveniente realizar algunos señalamientos en función de su particularidad, si bien algunas cuestiones serán nuevamente abordadas en el marco de las problemáticas que comparten las distintas instituciones.

En primer lugar es necesario decir que dicho dispositivo fue creado con posterioridad a las sanciones de las legislaciones vigentes en salud mental que establecen la prohibición de crear nuevos manicomios. Como se deja ver en la

15 Los subrayados son nuestros.

descripción oficial de la institución, muchos de los recursos que se implementan son contrarios al espíritu de las leyes constituyéndose en ilegales. En esta línea, la naturalización del encierro psiquiátrico a partir de las “habitaciones para aislados” así como las “altas medidas de seguridad” son ejemplificativas del atravesamiento y persistencia de la lógica carcelaria en una institución de salud.

LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL: LAS “PROBLEMÁTICAS COMUNES”.

Como se mencionó anteriormente este apartado se propone visibilizar una serie de dimensiones institucionales comunes que se constituyen en ordenadores de análisis de la problemática de la vulneración de derechos en el ámbito de la Salud Mental.

CONDICIONES INADECUADAS Y ABUSOS EN LAS INSTITUCIONES

Condiciones infrahumanas

A partir de visitas a las instituciones, de relatos de los trabajadores, de los usuarios, como también de denuncias públicas realizadas en los últimos meses, es posible afirmar que las condiciones de infraestructura y edificaciones en las que se encuentran las instituciones en la Provincia de Córdoba, son deplorables, degradantes, antihigiénicas, inseguras, con situaciones de hacinamiento, entre otros aspectos observados que vulneran el derecho a la salud y el derecho a un tratamiento humano.

En abril del 2013, un conjunto de legisladores y especialistas recorren las instalaciones del Hospital José A. Ceballos en Bell Ville y dan difusión a un conjunto de imágenes que muestran el precario estado edilicio y asistencial de dicho Hospital. Las fotografías denuncian techos y paredes descascaradas, una cocina con el piso destrozado y nidos de murciélagos en lo alto. Desagües abiertos, baños inutilizables, residuos patógenos al aire libre. Aguas servidas, humedades. Colchones sin fundas. Y en medio de todo eso, usuarios con su cuerpo al desnudo, sucios, lastimados, descuidados.

En Oliva, la delegación del Sindicato de Empleados Públicos envió una nota a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia advirtiendo sobre el estado de la infraestructura hospitalaria en donde la falta de higiene y seguridad expone a los usuarios y trabajadores a condiciones infrahumanas.

En la denuncia **Hospital Colonia Santa María de Punilla:**

No tienen calefacción, ni aire, llueven los techos y se caen en pedazos. En parte del predio funciona una Colonia de Vacaciones y otra parte fue arrendada hace años, pero nadie sabe quién maneja esos fondos ni cuáles son los contratos existentes, esto motivó un pedido de Informes el mes pasado.

Los fines de semana se quedan sin agua ya que desde la colonia de vacaciones, que funciona en la parte de adelante del predio del Hospital,

pusieron un caño a la red y existe otro caño que va a barrios aledaños, de ese modo el hospital se queda sin agua, por lo cual hay que recurrir a camiones cisternas para que la provean, lo que encarece los costos operativos.

Como se dijo anteriormente, las condiciones edilicias hablan del tipo de tratamientos que reciben las personas y que son legitimados en el abordaje de la salud mental. Los usuarios sometidos a estas condiciones son reducidos en estos lugares a un desecho, a un objeto, un vaciamiento del sujeto reducido a una cosificación, el tan nombrado “deposito de los excluidos”, donde quedan olvidados, maltratados, violentados, donde la mugre, la orina, los olores, la mala alimentación, heces, ratas, paredes y techos que se caen, camas sin colchón, colchones sin funda, cucarachas, forman parte del mismo escenario del abordaje a la salud mental en Córdoba. Asimismo, no se trata de “arreglar”, y embellecer los establecimientos edilicios, no se trata de fortalecer los muros manicomiales, sino de romper estos muros que subyacen a una lógica manicomial y hegemónica, violando cotidianamente el derecho a la salud, y haciendo de los sujetos, objetos institucionalizados.

Insuficiencia de Recursos Humanos

En la denuncia presentada del Hospital de Bell Ville, se manifiesta que la cantidad de personal con la que se cuenta para el abordaje de las personas allí internadas es otro punto cuestionado por los legisladores que recorrieron el lugar. Si bien las autoridades del Hospital señalaron que hay cinco enfermeras por turno, esto no contempla los constantes movimientos por licencias, jubilaciones o carpetas médicas. De ello resulta que, por ejemplo, en la sala de mujeres, se hayan encontrado 85 usuarios con tres enfermeras a la mañana, dos a la tarde y dos a la noche, esto es, 28 personas como mínimo a cargo de un solo/a trabajador/a, visibilizando la insuficiencia de recursos (promedio de 3 enfermeras para 80 usuarios, cuando la OMS recomienda 1 enfermera/o cada 8 usuarios).

En el **Hospital Colonia Santa María de Punilla**: *“No hay suficientes médicos de guardia. Se necesitarían 3 por turno, por lo menos, pero en general cuentan con 1”*

“Los pacientes que fueron trasladados a las casas de medio camino no tienen profesionales que se ocupen de ellos. Por ejemplo hay una sola enfermera (que no cuenta con ART para las actividades que exceden la labor de enfermería) y tampoco ambulancia. Y hay una sola psicóloga que los visita. Reina entre los profesionales una sensación de “incertidumbre” y el esfuerzo del equipo médico no puede soslayar el desentendimiento del Estado”.

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva: *...”Hay un déficit de trabajadores de la salud para cubrir la cantidad de usuarios, hay más o menos 10 psicólogos para 600 pacientes, por más que aparezcan más en las planillas, esos son los que trabajan”.*

Con alto índice de carpetas médicas pedidas por los profesionales que no dan abasto, ya que la relación médico-paciente o enfermeros-pacientes están muy lejos de ser las óptimas y las recomendadas por las normas internacionales.

La falta de recursos humanos y de personal que aparece en los relatos de los trabajadores favorece las situaciones de violencia institucional. Esta situación, conlleva muchas veces a naturalizar ciertas prácticas justificadas por estas carencias: el trato violento entre personal-usuarios, el abuso sexual sabido e ignorado en el interior de las instituciones, el trato asimétrico entre personal-usuarios. Trabajadores y usuarios también manifiestan que muchas veces las salas de contención, los métodos de sujeción, la sobremedicación son utilizados, naturalizados y justificados debido a la falta de personal necesario para la cantidad de usuarios.

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva: ...*“Hubo casos de enfermeros que abusaban sexualmente de los pacientes”...*

Además la atención y el personal continúan siendo mayoritariamente médico, no incorporando profesionales de la salud que contemplen la obligatoriedad del trabajo interdisciplinario.

Trabajadores del **CPA:**...*“Hay entre 15 y 30 pacientes, promedio de días internados: 20. Pueden ser dos meses, tres meses. 10 días con mucha suerte. En cuanto al personal: 2 psicólogos, dos trabajadoras sociales, 11 psiquiatras...”*

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva:...*“El personal es poco, muy poco, hay servicios donde no hay psicólogos, no los atiende nadie...”*

Ahora bien, no sólo nos cuestionamos sobre la falta de inversión en salud mental referido a la incorporación de profesionales y recursos humanos, sino también, a la ausencia de un organismo de control que supervise las prácticas de los profesionales destinados a la asistencia y tratamiento, ya que como se visibiliza, se perpetúan cotidianamente prácticas de poder y abuso hacia los usuarios. Además, ¿cómo se están llevando a cabo, en términos de planificación de políticas públicas acorde con las leyes de salud mental, los procesos de desinstitucionalización y desmanicomialización en Córdoba? ¿Cuál es la planificación de la asistencia ambulatoria, abolición de las internaciones prolongadas, planificaciones con alcance comunitario?

Sobremedicación

En los últimos años, en el campo de la medicina hubo ciertos procesos que favorecieron el pensar los padecimientos de una manera puramente biologicista y neuronal. El auge psicofarmacológico del '90 es contemporáneo además, de la ideología neoliberal y sus presupuestos economicistas. En la actualidad, existe una tendencia a reducir las causas de padecimientos emocionales a cuestiones biológicas y neuronales. Esto trajo aparejado el consumo cada vez mayor de psicofármacos. Las condiciones de esta aceptación, están ligadas al poder que se perpetúa en la producción del discurso médico hegemónico y la legitimación del tratamiento psicofarmacológico como primera alternativa a los padecimientos subjetivos.

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva:...*“Muchas veces algunos enfermeros de la noche recargan la medicación, y al otro día nos damos cuenta*

porque muchos pacientes babean, o están rígidos, cuando no tiene indicada una medicación que le produzca eso...”

Hospital Neuropsiquiátrico Provincial: *...“Problemática con equipos del turno noche, de alguna forma la noche es como tierra de nadie, muchas veces aparece esto, que se da sobremedicación para no molestar. Entonces aparece esto del castigo y de la patologización de cualquier cosa. Por estar despierto a las 8.30 de la noche es motivo que te mediquen...”*

“Cualquier motivo” parecería que resulta suficiente para medicar más y aun más. Esta forma de abordar los padecimientos subjetivos, por un lado llena un vacío ante la incomprensión sobre las determinaciones múltiples del sufrimiento, y por otro se vincula además a lo anteriormente desarrollado acerca de las prácticas cotidianamente naturalizadas llevadas a cabo en las instituciones por una parte del personal donde se utiliza la medicación como una herramienta de poder, subyaciendo a las mismas la eficacia del poder psiquiátrico y disciplinar cristalizando, en algunos casos, mecanismos de control, perpetuando una lógica manicomial, lógicas de poder, disciplinamiento, castigo y control.

Las Celdas de Aislamiento ¹⁶

Diremos, de forma general, que existen en los relevamientos de todas las instituciones las mal nominadas “salas de contención” que se constituyen en celdas de aislamiento. Sobre este punto a partir de algunos relatos de los trabajadores de las instituciones, surgen dos líneas de análisis posible. En un sentido una consideración que sostiene su uso pensado como recurso “terapéutico”, es decir en el marco de una “intervención de salud” que ayuda a “contener” y “estabilizar” los pacientes en situación de crisis.

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva: *“...tiene sus pro y sus contra (...) poder ver cuando una persona se está autoagrediendo”* son declaraciones ejemplificadoras en este sentido.

Por otra parte, existe también la idea de que el uso de las salas de contención está determinado por la ausencia de recursos humanos encargados de generar la asistencia, el abordaje y las intervenciones en salud necesarias para sobrellevar las llamadas “*crisis psicomotrices*” o “*episodios psicóticos*”. En el propio relato de los trabajadores:

Hospital Neuropsiquiátrico Provincial: *“...Hay una situación ahora que se “abren las puertas” en el Neuro, pero como no hay contención para esa situación, se refuerzan las otras medidas (sala de contención, medicación) Pasó el otro día con una persona, que como estaban todas las salas de contención ocupadas, la decisión de enfermería fue dejarlo sin ropa para que esa persona no pudiera salir...”*

¹⁶ Debido a la importancia de esta problemática, la misma será tratada en profundidad en otro apartado. Remitirse a “las salas de contención”

En síntesis, en muchos casos se utiliza las salas de contención como castigo y como práctica, que de forma naturalizada, se privilegia ante cualquier situación de incertidumbre en la intervención profesional.

LA JUDICIALIZACIÓN EN SALUD MENTAL¹⁷

Se ha dejado ver en la descripción de las distintas instituciones que es una problemática común la judicialización de los usuarios de salud mental. Por un lado se presenta en los relatos recogidos la dificultad del trabajo en una institución de salud que se sostiene en lógicas carcelarias.

En este sentido, *“es una institución de salud pero una institución que las reglas las pone la policía. Es muy difícil trabajar en el CPA...”*. *“Más que ser una institución de salud es una institución carcelaria, la persona está encerrada 22 horas al día, no pueden salir al patio ni tener ningún tipo de esparcimiento...”*

En este sentido, las estrategias que se han planteado en particular para los usuarios judicializados, refiere a la continuidad de la política de creación de “Centros Psico Asistenciales”. La repercusión de la presencia policial custodial de usuarios judicializados en los hospitales psiquiátricos, y la necesidad de generar un dispositivo diferencial que contuviera ambas problemáticas –de salud mental y penal- contribuyó como fundamento a la creación de unidades para personas judicializadas en situación de crisis aguda de trastornos mentales, problemas de consumo y sustancias, adicciones y alcohol. Sin embargo, el objetivo de este abordaje diferencial, se desvirtuó consolidando una institución que lejos de garantizar la atención en salud mental de esta particular población, reproduce la lógica penitenciaria y la vulneración de derechos. La continuidad de esta política, claramente expuesta en la creación de un nuevo CPA en la ciudad de Cruz del Eje luego de la aprobación de la ley, hace explícita la figura del paciente psiquiátrico judicializado, que no sólo implica la continuidad del paradigma asilar, sino que profundiza la lógica de encierro.

Otra problemática adherida se expresa en los siguientes fragmentos:

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva: *“las altas de los pacientes dependen de las cuestiones burocráticas. El alta judicial de las personas declaradas inimputables demora más de un año...”*. En relación a esto, algunos trabajadores visibilizan lo siguiente: *“...Cuando los declararan inimputables porque suponen han estado consumiendo sustancias o han estado alcohólicos, los mandan a la internación en Oliva, algunos de ellos caen al servicio de adicciones otros van a la unidad asistencial N° 4, que es un servicio...casi una cárcel, no es una cárcel pero casi una cárcel, y ahí empieza un problema porque independientemente de la zona donde sea, incluso sea de Córdoba,*

¹⁷ Debido a la importancia de esta problemática, la misma será tratada en profundidad en otro apartado: “El sistema judicial: ¿Un actor con poder de veto para la transformación en salud mental?”

cuando van a Oliva corresponden al juzgado de ejecución penal de Villa María...”

Se relata que existen dificultades para trabajar con las personas a cargo de ese juzgado en dos sentidos: por un lado la demora en la resolución del curso legal de los casos, y por otro una problemática persistente en campo de la salud mental el cual remite a la dificultad en la relación que establecen los equipos de salud y el juzgado intervinientes. Los mismos trabajadores comentan como ejemplo de esta dificultad los rechazos de alta pedidos por los equipos de salud así como solicitud de permisos de salidas sin justificaciones relevantes ni criterios específicos por parte del personal judicial visibilizando problemáticas para elaborar estrategias de externación.

CIRCUITO INSITUCIONAL Y AUSENCIA DE TRATAMIENTOS

El sistema de salud mental en Córdoba, posiciona a los usuarios de salud mental en un circuito de constantes modos de institucionalización. En el hospital Neuropsiquiátrico, si bien las internaciones no suelen ser de periodos extensos, la institución se caracteriza por recibir reinternaciones, agregando además que funciona de tal forma que cuando los usuarios internados pasan a la categoría de “casos sociales”, el sistema de internación funciona de manera centrífuga derivando a los usuarios a las demás instituciones, casi siempre en el interior de la provincia, donde justificados por ser justamente los “casos sociales” comienzan una vida institucional y de cronificación, sumado además a los procesos de los circuitos de judicialización.

Esta manera de funcionamiento y sostenimiento de la cronicidad, cristaliza los déficit de políticas públicas desinstitucionalizantes, desmanicomializadoras y con escaso alcance en políticas de abordajes comunitarios.

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva: *...“Hay un problema con los pacientes crónicos, y otro problema es con los pacientes geriátricos que están hace mucho tiempo, hay personas que hace 30 años que están (...)”*

Hospital Colonia Santa María de Punilla: *Los profesionales advierten que se está produciendo una rotación de los pacientes psiquiátricos que están siendo externados.*

CPA: *...“Hay muchos pacientes que si están en crisis y necesitan una intervención por un tiempo acotado, pero el 90, 95% de los pacientes que están ahí, no (...) Se vulneran muchos derechos en esa institución. La persona que es internada en esa institución viene derivada o viene con una orden, con un oficio. Generalmente esas personas ya fueron pasando por otras instituciones y llegan al CPA con el oficio que tiene que ser internado para que haga tratamiento porque está en crisis...”*

Las dificultades para la implementación de tratamientos adecuados, justifican e intensifican la cronicidad y la derivación hacia otras instituciones, reflejando el escaso abordaje ambulatorio, la ausencia de estrategias, planificaciones y políticas públicas que aborden la salud mental a través de dispositivos

alternativos a la lógica manicomial, dispositivos con alcance comunitario tendientes a la desinstitucionalización.

Hospital Colonia Emilio Vidal Abal. Oliva: ...*“El trabajo de los psiquiatras se reduce a evolucionar una vez por mes en las historias clínicas para poder hacer todos los tramiteríos correspondientes por ejemplo con PAMI. No están en tratamiento, vas viendo quien está en crisis...o con más urgencia...”*

Hospital José A. Ceballos. Bell Ville: Si bien estas denuncias tuvieron un fuerte impacto en los medios masivos y obligaron a las autoridades a tomar medidas “urgentes” en cuanto a las condiciones edilicias, no se ha avanzado en la adecuación de los establecimientos e instituciones de salud mental, ni en la planificación de la misma dentro del marco legal actual.

Continuando con la articulación de los déficit en los tratamientos y estrategias, y los circuitos institucionales a los que son sometidos los usuarios, el CPA y el IPAD, se visibilizan claramente estos mecanismos de funcionamiento:

CPA:...*“La institución funciona para personas con **denuncia de violencia familiar**, por algún hecho grave de violencia y estaba bajo el efecto de sustancias y también las personas que están privadas de la libertad de Bover, de Villa María, Cruz del Eje, frente a las situaciones de crisis (...)*

CPA: ...*“Muchas personas que son detenidas en la vía pública y por falta de documentos y desacato a la autoridad van a parar a la UCA y de la UCA al CPA. También esta institución es **“usada”** por otras instituciones que no pueden contener a las personas, o los pacientes se escapan, **el CPA es utilizado como una “institución de castigo”***

Según relatan los profesionales del **IPAD:** *“los casos complicados son derivados al CPA. Si bien la institución no cuenta con salas de contención, se utilizan medidas de **sujeción física** sin un protocolo. Los internados **no tienen salidas ni actividades programadas**. Por lo general, las personas internadas están sobremedicadas. La institución **no cuenta con estrategias para la externación** de pacientes y los plazos para la externación son fijados por los jueces”.*

Todas estas situaciones permiten corroborar un circuito de usuarios en la red institucional. Sostenido en algunos casos, por el mecanismo del “castigo” y por negociaciones tales como: *“si te portas mal te mandamos a tal lugar”* los usuarios quedan expuestos al funcionamiento de esta red. Se coloca a los sujetos en un lugar de pasividad, tomándolos como objetos, reduciéndolos a una cosificación, perpetuando una lógica institucional y manicomial tendiente a la desubjetivización, y la vulneración de los derechos humanos. Los usuarios permanecen encerrados, sujetos, sometidos, en una pasividad inerte.

INSTITUCIONES DE ENCIERRO Y ESTIGMATIZACIONES

Resulta interesante retomar hechos históricos y cronológicos acerca de la creación de los manicomios y los hechos puntuales que fueron marcando cambios políticos, sociales, legales y epistemológicos que llevaron a la

creación y justificación de los mismos. Sin embargo requeriría de adentrarse en un extenso desarrollo. No obstante sí resulta pertinente recordar, que la cárcel y el manicomio surgen al mismo tiempo y son lugares que se construyeron y donde rigen como tratamiento de la “anormalidad” y del delito, contruidos bajo los criterios de “castigo” y disciplinamiento; con un fuerte contenido moral; la cárcel moderna se organiza como correccional (de ahí su nombre), con la idea justamente de corrección mediante el castigo como expectativa del cambio de “la actitud moral”. El manicomio, organizado también en una idea de “corregir” las conductas de estas personas, catalogadas como locos, desviados, enfermos, marginales, anormales, donde se apuntaba a volverlas a la “razón”, acallar sus verdades, encerrar y oprimir sus cuerpos, silenciar pensamientos, borrar identidades inscribiendo nuevas subjetividades, identidades marcadas y atravesadas por modos operativos de accionar institucionalmente bajo esta lógica manicomial. Proponiendo además la ecuación locura-pobreza-marginalidad: internación y encierro como un accionar natural en la sociedad, naturalizando de esta manera prácticas ilegales y constantes violaciones a la integridad de las personas y violaciones sistemáticas de los derechos humanos.

El entrecruzamiento de los modos institucionales de operar: “cárcel” y “manicomio” y las valoraciones y significaciones que las mismas lógicas institucionales inscriben en los sujetos: locos, anormales, desviados, pobres, esquizofrénicos, delincuentes, drogadictos, alcohólicos, violentos operan como valores estigmatizantes:

El concepto de estigma como una correlación que surge de una serie de operaciones articuladas: se produce una identificación social de diferencias humanas y se establecen las etiquetas (1); se acopla el etiquetamiento a las características indeseables o estereotipos negativos (2); tiene lugar una separación entre *ellos* y *nosotros* (3); se experimenta una pérdida del estado y la discriminación (4) y, por último, surge la desigualdad, el rechazo y la exclusión, como efecto del proceso de discriminación, y como muestra de la dependencia del estigma del poder (5) (Link y Phelan, 2001 c.p. Vázquez, Stolkiner, 2009).

De esta manera, el sujeto queda desdibujado y así objetivado y clasificado a través de su valor estigmatizante, y donde estos valores van produciendo grupos de personas y sujetos que se ven condicionados al ejercicio ciudadano y a la garantía de derechos tales como el derecho a la salud.

“...Cuando los declaran inimputables porque suponen han estado consumiendo sustancias o han estado alcohólicos, los mandan a la internación en Oliva, algunos de ellos caen al servicio de adicciones otros van a la unidad asistencial N° 4, que es un servicio...casi una cárcel, no es una cárcel pero casi una cárcel, y ahí empieza un problema porque independientemente de la zona donde sea, incluso sea de Córdoba, cuando van a Oliva corresponden al juzgado de ejecución penal de Villa María...”

Ya de por sí, encontrarse en una situación de encierro inscribe una estigmatización en el sujeto, ahora bien, se pudo observar y comprobar no solo a partir de los relatos de los profesionales, sino también de las modalidades de funcionamientos institucionales y organizaciones de los sistemas de encierro que las valoraciones que habilitan la exclusión se

refuerzan en estigmatizaciones cruzadas o adheridas, es decir, como nombrábamos más arriba: el loco-drogadicto, drogadicto-delincuente, loco-pobre, y así infinidad de estigmatizaciones múltiples que refuerzan una doble exclusión, una doble marginalidad ¿cómo se hace para salir del circuito de esa exclusión, marginalización, segregación, red de encierro? No solo, lo “habilita” una categorización, una patologización, sino además múltiples estigmatizaciones que se aúnan en un solo sujeto.

Es en este punto, donde resulta urgente poder desnaturalizar, visibilizar y denunciar, hechos, situaciones y funcionamientos institucionales que continúan levantando muros, fortaleciendo silencios, y vulnerando derechos, *garantizando* la exclusión, marginalidad, segregación, desaparición, anonimato, objetivación de miles y millones de personas.

EL PRESUPUESTO DESTINADO A SALUD MENTAL ¹⁸

A pesar de la sanción de la Ley de Salud Mental 9848, el gobierno provincial sigue manteniendo la asignación para el sector de manera inmodificable en torno al 6% del total para salud, inclusive con una leve tendencia a la baja.

El presupuesto destinado a la salud mental es un indicador significativo a atender, ya que ante su carencia, resulta una importante barrera en la implementación de políticas. Los estándares internacionales establecen que el 10% del presupuesto de salud debe destinarse a salud mental¹⁹. Si se consideran los tres últimos presupuestos (a partir de la sanción de la ley en el año 2009) ninguno alcanza este objetivo y, por el contrario, el presupuesto de salud mental ha disminuido. El porcentaje de salud mental en el presupuesto de salud para el año 2012 es de 6,53%. La ley de presupuesto para 2013 afirmó esta tendencia.

Para tener una referencia que evidencie la insuficiencia de los recursos para el sector debemos conocer un dato. El Presupuesto para Salud Mental para el año 2012 (ajustado a la baja en la Ejecución presupuestaria al 30/09/12) es de \$154.870.100, mientras que el presupuesto para igual período de la Colonia Montes de Oca de jurisdicción nacional es de \$144.481.000. Es decir, el presupuesto de una institución que atiende 600 pacientes es casi equivalente al que nuestra provincia destina para atender la problemática de salud mental de más de tres millones de cordobeses.

¹⁸ Este apartado fue elaborado por el Mgter. Iván Ase, docente e investigador de la UNC. Miembro de la Mesa de Salud Mental y DDHH

¹⁹ El art. 32 de la Ley Nacional de Salud Mental establece la obligación de incluir en los proyectos presupuestarios un incremento de las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10 % del presupuesto total de salud en el ámbito nacional y la labor de promover que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio

ANALISIS COMPARATIVO EJECUCION PRESUPUESTARIA SEGUNDO
TRIMESTRE 2012 – 2013 (Columna Comprometido)²⁰

RUBRO	2012	2013	Diferencia	% Inc.
Finalidad Salud	1.356.663.436	1.754.447.637	397.784.201	29,32%
Ministerio de Salud	1.299.529.198	1.682.158.289	382.629.091	29,44%
Personal	853.287.550	1.153.708.825	300.421.275	35,20%
Bienes de consumo	218.854.411	259.987.741	41.133.330	18,79%
Servicios no personales	186.022.007	203.742.851	17.720.844	9,52%
Bienes de K + Trabajos públicos	8.091.535	13.960.517	5.868.982	72,53%
Salud Mental en Hospitales Provinciales	86.987.091	103.944.147	16.957.056	19,49%

RUBRO	2012	2013
Finalidad Salud	1.356.663.436	1.754.447.637
Salud Mental en Hospitales Provinciales	86.987.091	103.944.147
Porcentaje SM/FS	6,41%	5,92%
Ministerio de Salud	1.299.529.198	1.682.158.289
Salud Mental en Hospitales Provinciales	86.987.091	103.944.147
Porcentaje SM/MS	6,69%	6,17%

- La partida destinada a Salud Mental en Hospitales Provinciales tiene un crecimiento interanual inferior a la de Finalidad Salud y a la del Ministerio de Salud.
- Esto genera el decrecimiento del porcentaje destinado a Salud Mental en relación, tanto, a los recursos destinados a la Finalidad Salud, como a los destinados al Ministerio de Salud.
- En el Ministerio de Salud las partidas destinadas a los rubros Bienes de consumo y Servicios no personales crecen de manera interanual por debajo de la inflación, lo que provoca los permanentes conflictos relacionados al funcionamiento de las instituciones sanitarias.

²⁰ Elaborado en base a las Ejecuciones Presupuestarias del Segundo Trimestre 2012 y 2013, Gobierno de la Provincia de Córdoba.

- El incremento en el rubro Personal (incrementos salariales) se financia, al menos en parte, a costa de mantener “pisado” el gasto en Bienes de consumo y Servicios no personales.
- El gran incremento de los rubros Bienes de K y Trabajos públicos se explica por la importante sub-ejecución de los mismos durante el año 2012 y las necesidades electorales (apurar inauguraciones) del año 2013.
- Si suponemos que el impacto del rubro Personal en la partida Salud Mental en Hospitales Provinciales es similar al general (los aumentos salariales son relativamente homogéneos), es posible concluir que el ajuste en Bienes de Consumo y Servicios no personales, aquí, es mayor que en el promedio general.

Frente a los reclamos por más presupuesto, las autoridades provinciales suelen afirmar que la provincia no dispone, en el corto plazo, de los recursos necesarios para llevar adelante los desafíos de la Ley 9848. Al respecto debe decirse que la Ejecución presupuestaria del tercer trimestre del 2012 señala que el Programa 020 (Prensa y Difusión) de la Secretaría de Comunicación Pública tiene asignados \$201.437.275. Es decir, con la mitad de los fondos asignados a Prensa y Difusión la provincia alcanzaría el anhelado 10% del total de salud para salud mental como recomiendan todos los organismos sanitarios internacionales. Entonces, no se trata de falta de recursos sino de cuáles son las prioridades.

LAS SALAS DE CONTENCIÓN

A primeras horas de la mañana del miércoles 28 de agosto de 2013 la guardia encontró muerta a una mujer en la Sala de contención del Hospital Santa María. La misma había ingresado por guardia y trasladada a la sala de contención del Pabellón de Agudos de Mujeres con indicación de puerta cerrada. Se presume suicidio, pero se han generado dudas y la policía sigue investigando.

A partir de este terrible hecho y otros que vienen siendo denunciados, la Mesa de Salud Mental y DDHH exigió el inmediato cierre de todas las salas de contención de los hospitales psiquiátricos de la provincia y que se adopten las medidas necesarias para erradicar el uso del aislamiento solitario en todas las circunstancias. El artículo 14 de la Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental prohíbe expresamente la utilización de salas de aislamiento.

La Mesa considera, junto a otros organismos de DDHH, que no hay ninguna estrategia terapéutica que justifique el aislamiento y el encierro de personas con padecimiento subjetivo. El derecho internacional de los DDHH establece la prohibición absoluta del aislamiento solitario para personas con problemas de salud mental.

Como Mesa, se tomó la denuncia del Relator de Naciones Unidas contra la tortura señalando que estas prácticas de reclusión siguen siendo invisibilizadas y no son reconocidas como tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. La justificación de las salas de contención como un dispositivo

que evita daños para sí o para terceros, en este caso, se ha demostrado como trágicamente ineficaz.

Este suceso motivó el pronunciamiento de una gran cantidad de personas y organizaciones. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en nota enviada al Presidente del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, manifestó su enérgico repudio. Esta nota señala: “El suceso constituye una situación de gravedad institucional inusitada que requiere la inmediata respuesta de las autoridades responsables. En la actualidad la persistencia de salas de contención de los hospitales monovalentes de esa provincia constituye una flagrante violación a los derechos humanos, en abierta contradicción con los principios enunciados en la Ley Nacional de Salud Mental, su decreto Reglamentario 603/2013 y de los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional. La inexplicable persistencia de “salas de contención” y/o “salas de aislamiento” constituyen los resabios más repudiables de la institución manicomial donde históricamente se ha segregado a personas con padecimientos mentales bajo el pretexto de brindarles un tratamiento adecuado”.

“Por tal motivo, esta Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones reitera su firme rechazo ante todo tipo de prácticas que vulnere los legítimos derechos de las personas con padecimiento mental. En tal sentido, recomienda adoptar en lo inmediato las medidas necesarias para erradicar el uso del aislamiento solitario en cualquier circunstancia conforme lo establece el artículo 14 del Decreto Reglamentario y adaptar las prácticas profesionales al marco legal vigente”. Firma la nota la licenciada María Matilde Massa, Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones.

EL SISTEMA JUDICIAL: ¿UN ACTOR CON PODER DE VETO PARA LA TRANSFORMACIÓN EN SALUD MENTAL?

La Ley Nacional de Salud Mental introduce dos modificaciones centrales al Código Civil que cambian la relación entre los servicios de salud mental y el Poder Judicial: el artículo 482 y el agregado del artículo 152 ter.

En relación al artículo 482 se delimitó las causales de internación sin asentimiento de la persona a situaciones de “riesgo de vida cierto e inminente para sí o para terceros” evitando de esta forma que la consideración de “peligrosidad” y “discapacidad” legitimara la privación de la libertad de una persona. Este artículo también delimitó el accionar de la Justicia: la decisión del tratamiento a aplicar es una decisión del equipo de salud interdisciplinario. La Justicia puede indicar el traslado, ordenar la evaluación de una persona en situación de riesgo y autorizar la internación.

La introducción del artículo 152 ter modifica en tres aspectos el instituto de la incapacidad civil: las evaluaciones deben ser interdisciplinarias, la periodicidad de la revisión de las sentencias cada tres años como máximo y la focalización

de la misma “a las funciones y actos que se limitan procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible”.

Como señaláramos, se ha avanzado en el marco normativo pero el sistema judicial no ha modificado muchas de sus prácticas al desproteger a uno de los sectores más vulnerables como son los sujetos con padecimiento psíquico quienes aparecen así como selectivos sujetos de castigo. Al seguir tratando a estos sujetos como peligrosos e incapaces y a las personas con alguna adicción como delincuentes impide atenderlos como pacientes.

El Modelo Tutelar justifica sus acciones por la intencionalidad de las mismas. Se pretende que sus acciones son “piadosas, filantrópicas, de reeducación, protección y control”. “Este paradigma tutelar y restrictivo se sustenta en la peligrosidad del loco. La peligrosidad descansa en la lógica discriminatoria y selectiva del sistema jurídico-político de reproducción de las desigualdades sociales. Como categoría clasificatoria se basa en prejuicios, con el único objetivo de brindar la sensación de seguridad a la sociedad e imponer un control en lugar de dar una respuesta al padecimiento de un sujeto y su entorno. Así, se genera un concepto construido en función de elementos que no describen a la singularidad del individuo sino a su “capacidad potencial” de dañarse o dañar a otros, la cual es inherente a toda persona humana. Se toman medidas en función de atribuciones que se hacen por comportamientos pasados y se castiga con el encierro, la indiferencia o los malos tratos por acciones que no se han cometido”. (CELS, 2013)

La judicialización total de la salud mental no ha garantizado derechos sino que, por el contrario, ha significado mayor control social. La política de salud mental debe quedar en la órbita de la salud que asume responsabilidades que habían quedado en el poder judicial, y el Poder Judicial debe reasumir una función central que es la de controlar las restricciones a la libertad, velar por la capacidad de autodeterminación y garantizar que exista el consentimiento informado para todo tipo de prestaciones. También, debe exigir al Poder Ejecutivo la implementación y los presupuestos establecidos en las nuevas leyes de salud mental ya que de no hacerlo el Ejecutivo está incumpliendo la ley y el incumplimiento de las leyes es órbita del Poder Judicial.

Históricamente, las intervenciones de la justicia en el campo de la salud mental estaban impregnadas por el modelo tutelar que implica un aparato que vela desde afuera y desde arriba por los intereses de un objeto de protección, de esta manera se restringe su capacidad de ejercer derechos. Como la intención es proteger no se considera necesario consultar, dar la palabra, garantizar una defensa. En el campo de la salud mental este modelo ha confluído con el modelo psiquiátrico y se ha sostenido sobre tres respuestas básicas: aislamiento, encierro y medicalización. Para los “locos peligrosos” la justicia actúa con su carácter punitivo y represivo. Para los “locos incapaces” inhabilitación y pérdida de derechos. Más recientemente, para las personas adictas la penalización del consumo. Enajenado, alienado, demente, inimputable son calificaciones que persisten en las intervenciones judiciales.

Desde este modelo, las actuaciones de la justicia en algunos casos, contradicen las estrategias de los equipos terapéuticos. Intervenciones dirigidas a aumentar la autonomía de las personas, ampliar su capacidad de decisión,

fortalecer los lazos sociales, se oponen a decisiones de los juzgados que ordenan las internaciones, que limitan o dilatan en el tiempo las altas médicas, que requieren de curadores para el manejo de sus bienes, exigencias de garantía de “ausencia de peligrosidad” para autorizar la externación. Estas decisiones se oponen a principios centrales de la transformación en salud mental que tienen que ver con elegir la estrategia terapéutica que menos restrinja las libertades de las personas y fortalezca los lazos sociales y comunitarios. Las internaciones prolongadas e innecesarias van en la dirección contraria a estos principios.

En este sentido, “los prejuicios y el apego a su “deber” de “evitar riesgos” a la persona internada o a la sociedad parecen haber inhibido la toma de decisiones judiciales en el sentido de lo “que los activistas de los derechos de las personas con discapacidad han denominado la “dignidad del riesgo”, concepto que es coherente con los contenidos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y que supone que todas las personas tienen el mismo derecho a transitar por la vida asumiendo sus diversos riesgos y posibilidades” (Informe CELS, 2012. p. 252).

El encierro en las grandes instituciones manicomiales, el aislamiento, la falta de consentimiento informado ante cualquier prescripción del equipo de salud en los centros de salud ya han sido encuadradas como torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes por el Relator de Naciones Unidas Juan Mendez. Siguiendo al CELS: “la ausencia de estas transformaciones da lugar a detenciones arbitrarias de forma cotidiana, con la excusa de que existe la necesidad de una internación psiquiátrica. Se evidencia la inoperancia de los distintos actores institucionales, en especial de la administración de la justicia, para efectuar controles eficaces en lugares de detención psiquiátrica y prevenir graves violaciones de los derechos humanos. Las intervenciones judiciales se limitan a respetar formalidades procedimentales sin perseguir una finalidad real de investigar el fondo del caso y dilucidar las causas de las internaciones.” (CELS, 2013)

Una atención especial requiere la judicialización del consumo de drogas. El consumo de drogas lícitas e ilícitas en nuestro país debe ser abordado como un problema de salud colectiva y salud mental, y no como un tema judicial, en el marco de buscar atacar las determinaciones sociales y económicas de este proceso. Son evidentes los efectos contraproducentes de las intervenciones sanitarias desde el derecho penal, por lo que el consumo de drogas ilícitas no debe ser considerado como delito, por tratarse de una problemática de naturaleza socio-sanitaria. La Reglamentación de la Ley Nacional 26657 establece que ...”El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca” y también la “reducción de daños evitables”.

De esta manera, se refuerza el rol de la Justicia como garante de sus derechos fundamentales, sobre todo en lo referido a su libertad y autodeterminación. Se requiere de un sistema de justicia que brinde respuestas para garantizar el acceso a la justicia de los grupos más vulnerables. Además del marco del enfoque de derechos, las leyes de salud mental se encuadran en el Modelo social de la discapacidad que entiende la discapacidad como una

consecuencia de la organización social contemporánea que tiene escasa consideración por las personas con diferencias en la funcionalidad de su cuerpo o de su mente. El foco para el abordaje de la discapacidad desde esta perspectiva no está en la minusvalía física o emocional sino en las barreras sociales que le impiden a esa persona ejercer sus derechos en condiciones de igualdad. (CELS, 2013).

A partir de la vigencia de la CDPD las personas con padecimiento mental son identificadas como un grupo prioritario que requiere un trabajo conjunto para asegurar su acceso efectivo a la Justicia. Por tal motivo, se requiere remover las barreras existentes en el sistema judicial que dificultan el acceso igualitario a la justicia. Por propia definición, el acceso a la justicia es un derecho en sí mismo y, a su vez, un medio que permite a las personas restablecer el ejercicio de aquellos derechos que les hubiesen sido desconocidos o quebrantados. En tanto derecho humano fundamental e inalienable, representa para las personas la puerta de entrada a las diferentes alternativas que el Estado debe proveer o facilitar para la resolución de sus controversias²¹

Como garante de los derechos, el Sistema de Justicia tiene, entre otras,

1. la responsabilidad de examinar las condiciones de ingreso a la internación de las personas con padecimiento subjetivo, controlar las restricciones a la libertad de las personas y solo autorizarlas si son imprescindibles para la protección de la salud y de la vida de la persona internada, esto es riesgo de vida o de la vida de otros cierto e inminente.
2. Respetar la capacidad jurídica, suponer capacidad plena y disponer de los apoyos necesarios para aquellas personas que no puedan resolver por sí mismas. Esto es respetar la voluntad y las preferencias de las personas y revisar las sentencias de incapacidad o inhabilitación.
3. Evitar las internaciones innecesarias, es decir cuando los tratamientos pueden realizarse en el entorno familiar y comunitario.
4. Derecho a la identidad de las personas, derecho a la permanencia y al contacto familiar. Los artículos de la ley de salud mental que se refieren a estos derechos intentan revertir la situación de indocumentación de un gran número de personas alojadas en las instituciones psiquiátricas. Se deben realizar todos los esfuerzos a los fines de indagar y restituirle su identidad.

Como ya se señalara, las leyes han significado un avance en la ampliación de derechos y aun es necesario ajustar nuestro marco normativo a los tratados internacionales, tal es el caso del debate sobre la Reforma del Código Civil que en su artículo 141 expresa las persistencias de viejos discursos y prejuicios sobre la enfermedad mental. Insano, incapaz, demente son etiquetas que

²¹ Informe del Relator Especial sobre la independencia de los magistrados y abogados. Leandro Despouy. Consejo de Derechos Humanos, Octavo período de sesiones, A/HRC/8/4 13 de mayo 2008.

estigmatizan a las personas y violan el principio de igualdad y no discriminación.

Es necesario revertir este **rol obstaculizador de la justicia** para que **acompañe la restitución de derechos que han significado las nuevas leyes de salud mental**. Para ello es preciso resituar la problemática de la salud mental en el ámbito de la salud y otorgarle a los equipos técnicos interdisciplinarios las decisiones al interior del sector.

EL TRAYECTO DE ALGUNOS ACUERDOS REGLAMENTARIOS DICTADOS POR LA JUSTICIA CORDOBESA RESPECTO A PERSONAS CON PADECIMIENTOS SUBJETIVOS²²

En el marco de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y de la Ley de Salud Mental Cordobesa (N° 9.848), el **02 de octubre del año 2012**, el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Córdoba dictó el **Acuerdo Reglamentario N° 1.122 Serie "A"**, destinado a la articulación de la órbita judicial local con las normativas señaladas.

Dicho Acuerdo, resaltó como pilares básicos de las nuevas legislaciones internas en la temática, los derechos de Igualdad, No discriminación, Dignidad, Respeto a la Privacidad y Autonomía Individual, Derecho a la Información y Participación (arts. 7 ley 26.657 y 11 ley 9.848).

No dejó de resaltar la reciente Acordada, la influencia de la normativa internacional que se ha venido tomando como eje en cuestión de padecimientos subjetivos e intervención del Estado (Principios ONU 1991), también enclava este último (al menos en la literalidad de los textos) de las novel legislación argentina en la materia.

²² Redactado por Natalia Monasterolo

Atendiendo a la modificación al artículo 482 del Código Civil dispuesta por el artículo 43 de la Ley Nacional²³, y admitiendo que el Paradigma de la Desjudicialización cimenta las bases de las leyes 26.657 y 9.848, pese a que dicho modelo ya encontraba recepción en el **Acuerdo Reglamentario N° 948 Serie “A”** del 24/06/2008 (anterior)²⁴, el Superior Tribunal Cordobés decidió dictar un *“nuevo instructivo para facilitar la atención, derivación o respuesta, a las situaciones que puedan presentarse usualmente”*, en lo referente a las internaciones judiciales.

Con las modificaciones introducidas al Acuerdo Reglamentario N° 948 Serie “A”, el panorama queda así:

Etapa prejurisdiccional: Esta etapa se instaura en el ámbito de la Defensa Oficial y de la Secretaría de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, y apunta a evitar judicializaciones innecesarias, por tanto el objetivo es garantizar que toda internación involuntaria se realice *“...de acuerdo con la opción menos restrictiva terapéuticamente”*, cuando se evalúe la existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros de un ciudadano

²³ El artículo disponía antes de la reforma: *“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. Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas 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. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedad es mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos”*. Ahora ha quedado redactado así: *“No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad”*.

²⁴ A través de la etapa prejurisdiccional y jurisdiccional

con padecimientos mentales, y se encuentre fundadamente descartada la voluntad de la persona en dicha intervención.

La Acordada estatuye que la internación puede ser requerida por las personas enumeradas en el art. 144 del Código Civil (esposo o esposa no separados o divorciados, parientes, Ministerio de Menores, Cónsul si fuere extranjero o vecinos en caso de disturbios²⁵) y canalizada judicialmente a través de las Asesorías Letradas del fuero civil, la Mesa de Atención Permanente, un abogado particular que se presente al Juez de turno en internaciones, o por la autoridad pública. En el caso de las internaciones suscitadas en el marco de un juicio de Insania, podrá ser ordenada de oficio (es decir, sin impulso de parte) por el Juez que entiende en el juicio, y siempre que dicha necesidad surja del informe interdisciplinario dispuesto en el art. 152 ter del Código Civil²⁶.

Una vez presentada la petición ante la autoridad interviniente, se requerirá la evaluación que determine la pertinencia o no de la internación involuntaria, al “*equipo interdisciplinario prejudicial*”²⁷ dependientes de la secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, o en su caso, al equipo o grupo de profesionales al que el Área de Servicios Judiciales asignare la tarea referida.

“Dicha evaluación, a los fines de respetar lo dispuesto por el art. 48 inc. b) de la Ley 9.848, deberá consistir en un diagnóstico interdisciplinario e integral con motivación justificatoria de la medida, la cual deberá estar suscripta al menos por dos profesionales, de los cuales necesariamente uno deberá contar con el título de Médico y otro Psicólogo. Este examen podrá asimismo ser realizado por el Equipo Interdisciplinario que en cumplimiento a lo dispuesto por el art. 6 inc. a) de la Ley 9.848, deberán funcionar en todos los hospitales públicos provinciales y/o Municipales”

Etapa Jurisdiccional: Continúa el Acuerdo “*Sólo si como resultado de la evaluación interdisciplinaria se hubiere materializado la internación en una institución como paciente involuntario, el Director del nosocomio deberá informar en todos los casos bajo su responsabilidad funcional y sin necesidad de requerimiento por parte del Asesor Letrado, pasados cinco días y antes de que se cumplan los siete días (aplicación analógica del art. 25 de la Ley 26.657, sobre la necesidad de mantener judicialmente la internación, ello a fin de que el Asesor Letrado requiera el mantenimiento de la internación al Juez Civil en turno de internaciones o al Juez que haya prevenido con anterioridad*”

En caso que se disponga el mantenimiento de la medida, el Director del Establecimiento en que permanezca internado el paciente, deberá comunicar al Juez interviniente, con una periodicidad de treinta días, el diagnóstico (sic.), la

²⁵ En realidad el artículo expresa en el inciso quinto: “...cualquier persona del pueblo cuando el demente fuera furioso o incomode a sus vecinos”. No puede pedirse demasiado a un texto anacrónico y enrolado en las huestes alienistas.

²⁶ Este artículo fue introducido por la Ley Nacional 26.657 (art.42). La conformación del equipo a tales fines, ha sido regulada en el ámbito de la Provincia de Córdoba, Poder Judicial, mediante el A.R. N° 90 Serie “B”, del 31/10/11. El equipo se integra, según el acuerdo, para cada caso, y se sugiere un grupo de tres de entre los cuales un profesional sea médico, el otro psicólogo y el restante afín a la salud mental..

²⁷ “Emergencistas”, aclara el Acuerdo

evolución y novedades relevantes que se produzcan en la historia clínica del mismo, remitiendo copia además, al Asesor Letrado interviniente en calidad de defensor²⁸. Si la internación es voluntaria de todos modos se deberán remitir dichos informes en el modo y la forma indicada, pero cada 60 días.

Dispone la Acordada además, que las alternativas terapéuticas que flexibilizan la internación, como el tratamiento ambulatorio, domiciliario, de seguimiento pautado, traslado a Hospital de día o de noche, Centros de Día, Hogares intra o extrahospitalarios, u otro tipo de dispositivo terapéutico del paciente, será decidido en forma directa por la institución, sin necesidad de la intervención del Asesor Letrado ni el Juez, mediante informe fundado y en su caso, a través de la Oficina de Derivación de Pacientes dependiente del Ministerio de Salud. La medida, una vez realizada, deberá ser comunicada en forma inmediata al Juez interviniente, quien anoticiará a los Asesores que intervengan en las actuaciones. Mientras que: *“Las salidas y permisos especiales serán decididos en función del curso del tratamiento, debiendo ser comunicados a los familiares o tutores responsables y contar con certificación del Director del establecimiento y comunicación al Juez interviniente”*

Otras cuestiones de relevancia que aborda el mencionado Acuerdo son:

-La prohibición absoluta del uso del Centro Psicoasistencial (CPA), como recurso paliativo o preventivo ante la posible o previsible fuga de pacientes.

-La externación del paciente se decide por el responsable del equipo interdisciplinario tratante, debe contar con el aval y la certificación por parte del Director del Establecimiento, y debe ser comunicada al juez *“...quien dictará la correspondiente resolución”*, la que una vez pronunciada se deberá comunicar a: los Asesores -requirente y defensor especial- o en su caso al letrado designado en esa calidad en los términos del Art. 22 de la Ley 26.657 y al requirente, a los parientes del enfermo si los hubiere, al curador provisorio o definitivo si lo tuviera, al Registro de Internados dependiente de la Dirección de Servicios Judiciales del Tribunal Superior de Justicia de Córdoba, al Director de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, a las oficinas de Derechos Humanos dependiente del Poder Ejecutivo y del T.S.J., y obras sociales.²⁹

-No pueden judicializarse u hospitalizarse problemas sociales, la internación no debe ser utilizada como un medio para contener estados de vulnerabilidad física o social. Asimismo “no debe prolongarse la internación, con el fin de resolver problemas sociales o de salud que no sean mentales.”

*-“En caso de **fuga** del paciente internado por orden judicial, las autoridades hospitalarias deberán comunicar de inmediato esa circunstancia al Tribunal interviniente por oficio, fax o comunicación telefónica. El juez actuante deberá ordenar de inmediato, sin previa vista al Asesor interviniente, su **búsqueda y***

²⁸ Este defensor asume la calidad de defensor especial, sin perjuicio de los abogados particulares que decida contratar el paciente o sus representantes legales (art. 22 Ley 26.657 y 13 Ley 9848). Asume esta calidad el Asesor que sigue en turno al Asesor requirente una vez resuelto el mantenimiento de la internación.

²⁹ ¿Y al paciente?

traslado por la autoridad policial al nosocomio correspondiente” -negritas agregadas-

Estas últimas cuestiones son aquellas en las que más innova, por expresarlo de algún modo, la nueva norma reglamentaria, puesto que el resto del procedimiento, excepto por mínimas variaciones, se mantiene casi incólume al dispuesto en el A.R. N° 948.

Por el contrario, el **Acuerdo Reglamentario N° 492 Serie “A” del 11/05/1999** (derogado por el N° 948), no preveía una etapa prejurisdiccional destinada a evitar judicializaciones y hospitalizaciones -i.e.institucionalizaciones-innecesarias (pese a que los principios de N.U ya se habían proclamado), y en cuanto a la externación disponía: *“El Director del Instituto Psiquiátrico deberá informar al Tribunal sobre las posibilidades de externación del paciente. Formulado dicho anoticiamiento, se correrá vista al Curador y al Asesor Letrado interviniente, y se resolverá con preferente despacho...”* (art. 9)³⁰.

Debe repararse que tanto el A.R. N° 492 como el A.R N° 948, respondían al marco normativo local sentado por la Ley Nacional de Salud Mental N° 22.914, decididamente apegado a un paradigma tutelar donde el diseño manicomial representaba uno de los ejes básicos. No obstante ello, el A.C. N° 948, puede aparecer como innovador, puesto que si bien aún no se había armonizado la legislación interna con la internacional, se pronunció en cierta sintonía con la última.

Empero, la última Acordada mencionada, aún contando con dos normas (nacional y provincial) indiscutidamente liadas³¹ al Nuevo Modelo de abordaje de la Salud (mental) propiciado por el Paradigma Internacional de Protección (integral) de los Derechos Humanos, desliza algunas expresiones (o conceptos) y modos de intervención, que no hacen más que delatar una tímida adhesión al modelo en cuestión, y traduce, de alguna manera, el modo en que los operadores del sistema jurídico se posicionan frente al derecho, sus derivaciones e implicancias (cultura legal interna).

Es lo que ocurre con el uso de las expresiones “enfermo” o “fuga”, así como con la omitida referencia a la persona del paciente en caso de externación (notificaciones), y la sostenida mecánica de captura policial ante ausencias no autorizadas.

Resulta complicado ceder espacios de poder, no sólo por cuestiones de hegemonía, sino también de garantías. ¿Cómo hacer para que el ámbito de la justicia no obstaculice la terapéutica desde un universo extraño a la salud, y

³⁰ Cabe resaltar sin embargo, que fue mediante este Acuerdo que se dispuso la creación del Registro de Internados dentro del ámbito de la Dirección de Servicios Judiciales (art.7). **El 26/05/2013** el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia de Córdoba dictó el **A.R. N° 1.160 Serie “A”**, mediante el cual dispuso encargar a la Oficina de Derechos Humanos y Justicia del P.J. y al Centro de Estudios y Proyectos del mencionado poder, la conformación de un Equipo de Trabajo destinado a proponer un Proyecto de Registro Único de Internaciones (que abarque también las motivadas en causas penales), y un Protocolo de Visitas Institucionales a Instituciones en que se encuentren personas con padecimientos mentales a disposición de la justicia.

³¹ Entiendo que no en un sentido fuerte, pero sí al menos en un sentido moderado a fuerte

cómo hacer para que el poder médico no franquee los límites del derecho invadiendo las libertades del sujeto a través de discursos deterministas?

LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN CÓRDOBA: ¿UNA “VENTANA DE OPORTUNIDAD” PARA LOGRAR SU TRANSFORMACIÓN?

La política pública se forma a partir de múltiples interacciones en la que actúan actores diversos: grupos, individuos, asociaciones, tanto estatales como privados. Estas interacciones afectan la formulación de sus objetivos, las acciones que se implementan y las pautas con las que se evalúan los logros.

Para conocer el proceso de la política se requiere observar cómo se construyen los consensos necesarios, cómo se logra la factibilidad para su implementación, cómo se incorporan los problemas a la agenda de gobierno, cómo definen y explican los problemas cada uno de los actores involucrados, cuáles son los mecanismos del gobierno para obtener los apoyos necesarios y los criterios con los que se evalúan las políticas y se decide su continuidad o terminación.

Las políticas, entonces, son el resultado de la interacción entre actores sociales y estatales, con intereses particulares y portadores de recursos claves alrededor de cuestiones específicas (Repetto, 1999). No sólo en la etapa de formulación de la política participan los actores. En la fase de implementación también intervienen actores que no permanecen ni neutros ni pasivos.

No todos los problemas logran la atención del gobierno. Algunos problemas pueden ser prioridad para los grupos interesados y sin embargo, no llegan a formar parte del interés de los funcionarios que gobiernan. Otros problemas son transformados o resignificados para llegar a atraer su atención. También hay situaciones que, si bien logran entrar en la agenda, no son consideradas prioritarias y reciben un trato rutinario. No todas las cuestiones se vuelven públicas ni todas las cuestiones públicas se vuelven cuestiones que deben ser objeto de la acción gubernamental al formar parte de la agenda de gobierno.

La relación entre el Estado y los actores de la sociedad presenta características de cambio permanente. Esta vinculación requiere de ajustes y reposicionamientos de los actores. Problemas de grupos particulares pueden no ser tomados en cuenta en un momento determinado, para en otra coyuntura, pasar a ser el eje de la agenda de gobierno. Estas decisiones colectivas son el resultado de la compleja interacción entre constreñimientos estructurales, intereses privados y públicos, procesos cognitivos y hasta afectivos por donde fluyen soluciones y problemas.

Tanto los problemas como las soluciones presentan ambigüedades. Esto significa que coexisten muchas formas de pensar acerca de la misma circunstancia o fenómeno. La dimensión del tiempo adquiere vital importancia porque si en algún punto coinciden, explica en parte, por qué algunas cuestiones logran su aceptación como problema público e ingresan en la agenda y otras no.

Algunos autores sostienen que el sistema de políticas públicas está compuesto de tres corrientes separadas y distintas: los problemas, las soluciones y los actores. Para lograr las transformaciones en políticas es necesario que los actores estén atentos a una situación que ha sido definido como “ventana de oportunidad”. Estas situaciones pueden ser determinados eventos que sirven para concentrar la atención en los problemas. En estos momentos de crisis las tres corrientes confluyen: se acuerda una definición del problema (que disminuye la ambigüedad), se dispone una solución y todo esto en el marco del fortalecimiento o de la creación de nuevas alianzas entre los actores.

Una de las situaciones que permiten que las ventanas de las políticas públicas se abran es cuando hay un problema innegable. En esas condiciones, los actores que buscan un cambio, tienen la oportunidad de avanzar con propuestas de transformación.

Este breve recorrido conceptual nos permite plantear el propósito de este apartado. La sanción de las nuevas leyes, la relevancia que ha tomado la problemática de la salud mental en el país, sumado al impacto que la difusión de las imágenes de las personas internadas en la Colonia Alborada de Bell Ville puede ser pensado como uno de esos momentos relevantes que conmocionan de tal manera a la opinión pública y que concitan con una centralidad la atención de los funcionarios políticos, que es posible pensar una coyuntura donde se abre, para el campo de la salud mental, una ocasión para su transformación. Sin embargo, la apertura de esta oportunidad no garantiza ni los cambios ni la orientación de los mismos. También es preciso señalar que el proceso de atención de la opinión pública a determinados problemas es escaso. Queremos desarrollar aquí la idea de que la renovación del campo de la salud mental en Córdoba dependerá de la claridad en la definición de los problemas, de la factibilidad de las soluciones encontradas y de la posibilidad de constituir una red de actores con fuerza suficiente como para imponer tanto las ideas como las estrategias acordadas.

La definición de los problemas en salud mental

Ninguna situación objetiva constituye de por sí, un problema para la política pública. La clasificación como problema es una construcción colectiva vinculada con las percepciones, representaciones, intereses y valores de los actores involucrados en dicha situación. Por lo general, son los actores con poder los que definen cuándo una situación se convierte en un problema. La definición del problema implica conflictos entre los actores, el que finalmente impone su definición termina decidiendo sobre las alternativas de solución.

En torno a la definición del problema, en nuestro campo tenemos una hegemonía del discurso médico, psiquiátrico, biólogo y medicalizador, con una coalición de actores muy fuerte con amplios recursos para imponer esa concepción. Del otro lado, encontramos un conjunto de definiciones ambiguas y poco claras, que expresan diversos discursos que van desde las posturas de la antipsiquiatría, reformas psiquiátricas, democratización de las instituciones, hasta las más recientes ligadas al campo de los derechos humanos.

En nuestra opinión, debemos pensar las transformaciones como un problema de derechos humanos y no sólo ni estrictamente, como una reforma sanitaria.

Esto significa un cambio de época en nuestro campo porque los usuarios de los servicios de salud mental aparecen entonces como nuevos sujetos de derecho y porque la ampliación de esta ciudadanía le otorga también nuevos derechos, dejando de ser, por lo tanto, personas tuteladas por el Estado.

Por otro lado, debemos restarle ambigüedad a las palabras. Cuando nos referimos a internaciones involuntarias sin garantías, debemos hablar de reclusión y detención arbitraria. Lo mismo cuando se utilizan como supuestas estrategias terapéuticas salas de contención o aislamiento. La sobremedicación o medicación por castigo, la no utilización del consentimiento informado, el aislamiento ha sido y debe ser tipificado, tal como ya lo hiciera el Relator de Naciones Unidas contra la tortura Dr. Juan Mendez, como tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes

Al hablar de enfermedad mental dejamos de hablar de las personas para pensar en clasificaciones. También, porque desde el discurso hegemónico, la apelación a la “enfermedad mental” encierra en sí determinadas respuestas: dentro de los servicios médicos, con una visión unilateral y especializada del malestar y con un set de respuestas “científicamente” diseñadas.

Al intentar orientar la discusión solo al problema de “las cabezas colonizadas de los trabajadores de salud mental” se desconoce (o se intenta desconocer) todos los constreñimientos estructurales que van desde la falta de presupuesto y recursos hasta los efectos disciplinadores que sobre sus trabajadores, imponen las instituciones totales.

Los problemas en salud mental pueden enmarcarse en el modelo social de la discapacidad o en el modelo sustitutivo de la voluntad de las personas. Para el modelo sustitutivo hay locos peligrosos, locos delincuentes, locos incapaces. El modelo social de la discapacidad sostiene que la discapacidad reside en el entorno, y no en la persona con una deficiencia o diferencia física, sensorial, intelectual, psicosocial. Desde este paradigma es necesario adoptar leyes y políticas por las que se reemplace el régimen de sustitución en la adopción de decisiones por el apoyo en la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de todas las personas. Para este modelo hay ciudadanos “sujetos de derecho”.

Parte de la psiquiatría y parte de los actores judiciales sostienen un modelo tutelar que sustenta como principio el deber de evitar los riesgos. Por el contrario, el modelo social sostiene la “dignidad del riesgo” y el derecho de andar en el mundo con todos sus peligros.

Lo anterior no pretende ser un análisis exhaustivo de cómo se definen los problemas en salud mental. Sólo intenta identificar algunos de los puntos sobre los que hay que construir consensos y sobre los que trabajaremos a lo largo del presente capítulo.

Las alternativas de solución

La definición tiene implícita una solución al problema: la manera en que se describen y explican los problemas condicionan o determinan las alternativas de acción. También es posible observar que los actores tienen definida ya una

colección de decisiones que están en busca de problemas y que cuando aparece una ocasión para actuar, responden con esta batería previamente diseñada.

Si las imágenes que se difundieron de Bell Ville sólo se leen como problemas edilicios, falta de recursos humanos o problemas inherentes al diagnóstico de las personas alojadas allí, las soluciones serán la de cubrir esos déficit y nada más. Muy por el contrario, nosotros consideramos que la transformación no puede reducirse sólo a la reestructuración de los servicios, ni siquiera sólo a la superación del manicomio (aspecto central del cambio), sino a la transformación integral de acuerdo a los principios de derechos humanos. Esto implica diseñar una estrategia general y coherente para aplicar el modelo sancionado en las leyes de salud mental y poner en marcha una red de dispositivos para la desinstitucionalización.

El enfoque de derechos considera que es central asegurar la participación efectiva de las personas con padecimiento subjetivo en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas. Esta estrategia no entra en las opciones de política si los actores consideran a estos sujetos solo como personas a las que hay que asistir y que su participación solo obedece a la manipulación que se hace sobre ellos.

La existencia de un compromiso con el avance en la implementación de políticas que garanticen derechos implica instaurar mecanismos de monitoreo y evaluación efectivos para cumplir con el marco legislativo. Experiencias aisladas, que no se sostienen en el tiempo, que no tienen un horizonte a largo plazo, que no buscan establecer acuerdos de cooperación entre los actores y que no fortalecen los mecanismos institucionales para el encuentro y concertación, son políticas de baja calidad que no se enmarcan en el paradigma de los derechos humanos.

La aplicación de esta perspectiva requiere en primer lugar, un Estado “ciego a las diferencias” lo que significa igual tratamiento ante la ley. Todos podemos dar ejemplos de la estigmatización que sufren las personas con diagnóstico de enfermedad mental que terminan perdiendo derechos civiles básicos. En segundo lugar, y por ser un grupo que sufre este particular patrón de discriminación, se requiere del Estado acciones afirmativas de especial protección y estrategias para prevenir la vulneración de derechos.

Nuestras propuestas van en la dirección de diversificar estrategias de atención que permitan brindar servicios que den cuenta de las particulares y diferentes situaciones del padecimiento subjetivo. Una única respuesta para todos no es una respuesta. Es un problema clínico – político que incluye el asegurar servicios de calidad, que lejos de desentenderse de las problemáticas intenta cuidar a los sujetos que demandan atención.

Es necesario avanzar en garantizar la protección de la justicia, en la conformación de una red de atención comunitaria, en establecer acuerdos de cooperación con los municipios para que creen servicios en el primer nivel de atención, controlar y monitorear la vulneración de derechos en las instituciones psiquiátricas.

Las imágenes que se difundieron de la Colonia Alborada de Bell Ville denuncian la grave situación de abusos y vulneraciones que persisten en las instituciones psiquiátricas públicas y privadas en nuestra provincia. Estas fotos denuncian la crisis que sufre el campo de la salud mental y que venimos denunciando desde hace varios años. Desde la Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos se solicitó la declaración de la emergencia sanitaria en salud mental y se propusieron líneas de acción, algunas de las cuales aun tienen vigencia: reasignación de partidas presupuestarias que permitan avanzar en la urgente implementación de dispositivos alternativos; realización de un censo de los sujetos internados en las instituciones de salud mental tal como lo establece la ley; urgente revisión del funcionamiento Centro Psico Asistencial (CPA) para impedir las graves violaciones a los derechos humanos que allí se están produciendo; información sobre el nuevo CPA de Cruz del Eje; información y seguimiento de los pacientes trasladados de Bell Ville; revisión de la Reglamentación de la ley 9848, especialmente la Reglamentación del artículo 37 que establece excepciones a la creación de nuevos manicomios; fortalecimiento de los mecanismos institucionales que preve la ley: consejo consultivo y comité interministerial con procedimientos que garanticen la transparencia y publicidad de sus acciones; entre otras.

La corriente de los actores

La convergencia de actores en la elección de una política, aún con racionalidades diferentes, permite la formación de coaliciones que negocian, imponen o convencen a los otros actores involucrados. Gran parte de los fracasos de muchas políticas o programas se debe a lo que algunos autores denominan *la complejidad de la acción conjunta*. Esta complejidad se explica por la existencia de gran cantidad de actores en el momento de la formulación y la implementación que al no poder acordar pueden obstaculizar la ejecución de las acciones.

El campo de la salud mental es complejo y en él interactúan múltiples actores con diferentes visiones e intereses. Una breve descripción de los mismos es útil para pensar en estrategias para confrontar y en alianzas a establecer.

El actor político que debería conducir este proceso en Córdoba, después de la denuncia sobre Bell Ville ha perdido peso político y legitimidad.

Uno de los actores centrales en el campo de las políticas de salud mental es el Sistema Judicial. Al no ser un actor monolítico, el Poder Judicial ha asumido diferentes funciones en el proceso de implementación de políticas en salud mental: ha sido y es un jugador con poder de veto y también, en algunos casos un jugador que representa y hace cumplir los derechos de los grupos más vulnerables.

Como jugador con poder de veto, en algunos casos, está imponiendo sus propias preferencias sobre las políticas que se adoptan, en lugar de velar por la aplicación efectiva de políticas públicas que hagan cumplir los compromisos asumidos en este campo. La gran judicialización del sistema (en algunos hospitales más del 40% de las camas son ocupadas por pacientes judiciales)

ha ocasionado que una parte de las decisiones ya no se encuentren en la órbita de la salud sino en la de la justicia. Esto ha obligado a algunas instituciones a seguir utilizando y, en algunos casos, a volver a utilizar medidas de seguridad (colocación de rejas), a incorporar vocabulario carcelario tal como el registro de “fugas” y a la naturalización de la presencia policial en los internados de los hospitales psiquiátricos.

En otro rol, como representante de los sectores vulnerables de la sociedad, como son las personas con padecimiento subjetivo para los cuales es difícil influir en la formación de las políticas, el Poder Judicial puede garantizar igual protección ante la ley y defensa de sus derechos civiles y sociales y puede también ser un canal de expresión alternativo para estos grupos. Al desempeñar esta representación los tribunales pueden contribuir a que las políticas se orienten más hacia el interés público y actuar como una herramienta privilegiada para la defensa de los derechos humanos.

La legislatura también tiene un peso central en la definición de las políticas de salud mental. Fue una legisladora de la oposición la que, a través de visitas a las instituciones y registro fotográfico de lo que allí sucedía, instaló el tema en los medios. Luego utilizó otras estrategias, tales como pedidos de interpelación a los responsables y denuncias en la justicia.

Los Colegios Profesionales (psicólogos y trabajadores sociales) han variado su posición con respecto a las leyes de salud mental según han ido cambiando las conducciones. En la actualidad, ocupan un lugar central en los procesos de transformación. Un actor importante en este proceso ha sido la Universidad Nacional de Córdoba que, primero, se manifestó apoyando la ley y luego albergando distintos espacios de encuentro, debate, capacitación y producción de conocimiento.

El déficit más fuerte que tenemos en el campo es la debilidad organizativa de los grupos de usuarios y familiares. Es un espacio embrionario que al momento de consolidarse, le terminará imprimiendo al sector una profunda transformación.

Los recursos más fuertes con que cuentan los actores que están a favor de los cambios en salud mental son los cognitivos (inserción en las instituciones), la confianza, la trayectoria y la legitimidad primaria que otorga las leyes aprobadas.

Contraloría social ciudadana

El desarrollo anterior intenta marcar la necesidad de que los distintos grupos de la sociedad civil se involucren en la contraloría social de los actores que toman las decisiones en el campo e incluir en esta contraloría a la administración de justicia.

En esta dirección, nos interesa relatar la experiencia de nuestra iniciativa que tiene por objetivo el monitoreo de políticas públicas desde la sociedad. Esto es la experiencia de la creación del **Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos** de la Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos. El Observatorio

nace de la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer la transformación de los servicios de salud mental en la provincia de Córdoba a partir de la sanción de Ley 9848 de Salud Mental en el mes de octubre de 2010. Una vez logrado este objetivo legislativo, se pretende monitorear la gestión con la formulación de los siguientes interrogantes:

- ¿a través de qué indicadores medir, evaluar y monitorear si la producción de los servicios de salud mental se llevan adelante desde la perspectiva del enfoque de derechos sancionada en ambas leyes?
- ¿cuáles son los indicadores que la ciudadanía debe reclamar a los fines de monitorear el cumplimiento de dichos compromisos?
- ¿cómo utilizar esta información con el propósito de incidir en la agenda, el financiamiento, el desempeño y los resultados de la política de salud mental, teniendo a la vista el ejercicio o ampliación de los derechos de ciudadanía?

La puesta en marcha del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos permite analizar las políticas y programas de salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos y avanzar en el monitoreo de la producción de los servicios de salud mental y las prácticas de los distintos actores de este campo.

El éxito de esta contraloría se logrará con la posibilidad de articular diferentes estrategias de incidencia que van desde la intervención judicial, el monitoreo, la movilización, la sensibilización, la capacitación y las campañas de opinión pública.

La capacidad de estas estrategias de incidencia se relaciona directamente con su asunción como derecho ciudadano que refiere a la fiscalización de las acciones del Estado a los fines de que éste exprese los intereses públicos y aporte a la construcción de ciudadanía.

En síntesis, ante la omisión o la insuficiencia estatal, es necesario activar procesos participativos de control y toma de decisión de políticas públicas, impulsar reformas de los marcos institucionales y rediscutir su orientación. Para llevar adelante estos procesos se deben fortalecer a los actores sociales involucrados, participar en el diseño de propuestas concretas y articular múltiples estrategias de reclamo y denuncia.

Recientemente, desde el Observatorio se ha lanzado una campaña denominada "BUEN VIVIR EN SALUD MENTAL: HAY UNA LEY, HAY UN DERECHO, HAY QUÉ DECIR". Se ha elaborado un Formulario de Registro de incumplimiento y vulneración de derechos que tiene por objetivo difundir información sistematizada sobre las omisiones, fallas, transgresiones que se están produciendo o pudieran llegar a producirse y a la que están expuestas las personas que demandan atención en salud mental³².

URGENCIAS Y PROGRESIVIDAD PARA LA TRANSFORMACIÓN

³² Para consultar esta campaña y descargar los formularios entrar a la página www.monitoreosmyddhh.com.ar

En el desarrollo de este capítulo se ha intentado caracterizar la situación del sistema de salud mental en Córdoba y establecer los facilitadores, los obstáculos y los límites del proceso de transformación que se puso en marcha a partir de la sanción de las leyes en el año 2010.

Como conclusión del mismo, nos interesa señalar en primer lugar, aquellas realidades que requieren de urgente atención. En segundo lugar, identificamos situaciones que requieren cambios graduales y necesarios en el corto y mediano plazo, tanto a nivel de las instituciones y servicios como a nivel socio-estructural.

Si bien desde el campo de la salud mental ya se estaban produciendo importantes avances y conceptualizaciones, cambios muy significativos han sido impulsados por los organismos de derechos humanos y las distintas organizaciones sociales quienes denuncian la violencia y discriminación ejercida sobre los “locos” y desde esa perspectiva se hace visible que las maneras con las que se ha tratado la locura debe ser considerada una violación a los derechos fundamentales de las personas.

En los últimos años, los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos ha fijado no sólo las obligaciones negativas sino también, y de manera muy precisa, cuáles son las obligaciones positivas del Estado.

Esto significa que ha definido no sólo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en orden a lograr la plena realización de todos los derechos, en especial, los económicos, sociales y culturales. En el campo de la salud, se ha definido este derecho como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos que incluye:

- La atención de la salud dando respuesta a las prioridades nacionales y locales.
- La transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
- La garantía de accesibilidad para todos: ricos y pobres, grupos étnicos minoritarios y mayoritarios, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas.
- La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.
- La elaboración de un plan integral y no un conjunto de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.
- La perspectiva de derechos en salud se refiere a que éste es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud.

Los tratados internacionales brindan un marco normativo para que los diferentes actores locales y nacionales se articulen en torno al diseño de las estrategias de salud. De esta manera, los derechos humanos actúan como un programa que puede guiar u orientar las políticas públicas de los Estados.

Las nuevas leyes de salud mental se enmarcan en este enfoque de derechos garantizando para los usuarios de los servicios de salud mental los mismos derechos que el conjunto de los ciudadanos de nuestro país y estableciendo la prohibición de discriminación por tener un diagnóstico psiquiátrico. Por otra parte, el enfoque de derechos considera que la garantía de contenidos esenciales de los derechos no puede estar limitada por la escasez de recursos.

El Estado se compromete a cumplir con el nivel esencial de cada uno de los derechos reconocidos y no restringirlos, cualquiera sea la situación por la cual se esté atravesando. No puede excusarse en la falta de recursos y sólo aparece como un piso a partir del cual se va desarrollando el más alto nivel de satisfacción del mismo.

Este enfoque propone una realización progresiva y gradual de los derechos a través del tiempo. Esta gradualidad debe darse bajo ciertas condiciones³³:

1. Con los recursos existentes, se debe dar inmediato cumplimiento a las obligaciones de respetar.
2. Si los derechos se van a cumplir de manera gradual, debe establecerse un plan de acción y, por lo tanto, fijar plazos y metas para medir sus avances en el corto y mediano plazo.

Las obligaciones de respetar: las urgencias

- Las salas de contención
- Los pacientes trasladados de Bell Ville, sin criterios terapéuticos y sin consideración de los lazos existentes entre las mismas personas internadas. Esto también relacionado a otras instituciones, como el Hospital Neuropsiquiátrico provincial
- La ausencia de protocolos que regulen el uso de las medidas de sujeción física: Este tipo de intervenciones que restringen la libertad y la autonomía de las personas con padecimiento subjetivo exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar al asesor letrado sobre el proceso. La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo físico para la propia persona o para otros y después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica

³³ El principio de progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales se encuentra contemplado en el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en el artículo del 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

- La no utilización del consentimiento informado para todo tipo de prestaciones: Según la definición dada en el artículo 5 de la Ley Nacional 26.529 de “Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud”, entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud, procedimiento propuesto, beneficios, riesgos y efectos adversos previsibles, procedimientos alternativos, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos.
- La atención de la problemática del consumo problemático de sustancias al interior de la lucha contra el narcotráfico: las leyes sancionadas incluyen en el campo de la salud y la salud mental el consumo de sustancias. En la actualidad persisten las políticas de criminalización del consumo de ciertas sustancias y la estigmatización de las personas consumidoras. Tanto en el mundo como en nuestra región, esta tendencia está siendo crecientemente revisada, y se plantea la necesidad de separar las situaciones de consumo de la órbita judicial, ya que esta política fortalece la discriminación de ciertos grupos y su etiquetamiento como amenazas sociales. Es necesario avanzar en la revisión de las actuales leyes que persiguen el menudeo y en la elaboración de un plan integral y abarcativo de prevención y tratamiento de las adicciones -de acuerdo a los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental.
- Persisten en las instituciones psiquiátricas personas que tras varios años de internación permanecen en condición de NN. La restitución de la identidad civil a través de los documentos nacionales de identidad es condición necesaria para ejercer como sujetos plenos de derecho.
- El Centro Psico-asistencial fue una institución creada para dar respuesta a los problemas de salud mental de las personas encarceladas. Su propósito fue la creación de un dispositivo que bajo la órbita del Ministerio de Salud y de la Dirección de Salud Mental atendiera los padecimientos mentales de estos sujetos. Sin embargo, su actual funcionamiento ha desvirtuado su objetivo inicial. Como ya se describiera, el CPA se encuentra efectivamente conducido por el Ministerio de Seguridad y las relaciones terapéuticas que allí se establecen están mediadas por los guardias. En este contexto se producen las graves violaciones a los derechos humanos ya enumerados en este capítulo y que requieren urgente transformación.
- Las personas declaradas inimputables no pueden ser alojadas en unidades penales y de manera urgente deben ser asistidas por las instituciones de salud mental y por fuera de la jurisdicción penal.
- La situación de los niños y jóvenes en conflicto con la ley penal (analizada en este informe en un capítulo específico) con problemas de salud mental merece especial atención y protección integral de sus derechos y garantías porque son la confluencia de tres ejes centrales: infancia, privación de la libertad y salud mental.

A mediano plazo: La transformación de las instituciones³⁴

- Ausencia de dispositivos sustitutos: cuando desde la Mesa de Salud Mental y Derechos Humanos comenzamos a elaborar el anteproyecto que luego concluyó con la sanción de la ley 9848 nos planteamos la siguiente consigna que aun tiene plena vigencia “Entre los muros y el abandono: una red de dispositivos”. Para que todo el movimiento emprendido efectivamente se traduzca en procesos de desinstitucionalización se deben crear y ampliar dispositivos que brinden una verdadera alternativa de inclusión
- Internaciones en hospitales generales
- Recursos en el primer nivel de atención: fortalecer la red de servicios comunitarios en salud mental. Para el logro de este objetivo, es necesario superar los conflictos y superposiciones entre jurisdicciones así como las contradicciones entre la lógica territorial, la lógica sectorial y la lógica de resolución de problemas. Sigue pendiente reforzar el primer nivel con estrategias de mayores recursos humanos y claras políticas de trabajo de prevención y promoción a través de redes y trabajo comunitario con fuerte participación ciudadana (en sentido amplio y no restringido). Es de resaltar la importancia de tomar fuerte consideración de las instancias de prevención y promoción con estrategias territoriales que promuevan la salud mental y prevengan padecimientos subjetivos tales que minimicen el uso de estrategias más restrictivas.
- Articulación intersectorial /interjurisdiccional: Coordinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de vivienda. Promover la coordinación con las gestiones municipales, teniendo especialmente en consideración que son los actores locales quienes afrontan las problemáticas prevalentes en la comunidad en forma directa e inmediata.

El fortalecimiento de las herramientas de gestión local -a través de la concertación de acuerdos estratégicos conjuntos con el gobierno provincial. Es necesario incluir las problemáticas de salud mental en las distintas instancias que el gobierno provincial tiene de coordinación con los municipios (Pacto Sanitario, Mesa Provincia-Municipios, etc).

Consideramos que un espacio de concertación que permita construir con mayor institucionalidad inter - jurisdiccional las bases de un acuerdo provincial de Salud Mental y Adicciones, podría ser un ámbito privilegiado para articular la mirada territorial con la política provincial y nacional.

- Accesibilidad a los servicios
- Accesibilidad a los psicofármacos
- Acceso a la justicia. Debilidad de la Defensa Pública

³⁴ En el desarrollo de estas propuestas acordamos y hacemos nuestras las recomendaciones elaboradas por la Red por la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental elevadas a la Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones el 25 de setiembre de 2013. También incluimos aquí las propuestas elaboradas por el Mgter Iván Ase en su ponencia “Capacidades estatales, APS y derecho a la salud mental”.

- Conformación de equipos interdisciplinarios: aquí es necesario responder algunos interrogantes: ¿Cómo se conforma un equipo interdisciplinario en el primer nivel de atención? ¿Cuáles son las disciplinas que lo conforman? ¿Cuáles son las prioridades sanitarias?
- Presupuesto asignado y distribución: asignar presupuesto de acuerdo a los estándares internacionales.
- Inexistencia de instancias administrativas para presentar denuncias

A largo plazo: La transformación socio-estructural

- Paradigma social / paradigma tutelar.
- Formación reduccionista de los psiquiatras y de los operadores judiciales
- Prejuicios, estigmas, estereotipos - locos delincuentes, incapaces, peligrosos: falta de conciencia ciudadana sobre el derecho a la salud mental como derecho humano básico, cuestión que lo torna reclamable hasta judicialmente (déficit de empoderamiento).
- Concepción sobre las adicciones: escaso desarrollo de tratamientos desde la perspectiva de la estrategia de reducción de daños. Adictos delincuentes.
- Participación de los usuarios y familiares: como ya se señalara, uno de los problemas más serios para la transformación, es la debilidad organizativa de los actores que están a favor de la transformación. Por tal motivo, es necesario facilitar y fomentar espacios para la intervención real y sostenible de los actores locales. Asimismo, resulta fundamental convocar a aquellos grupos y equipos que vienen sosteniendo prácticas acordes con los lineamientos básicos de LNSM, muchas veces en condiciones adversas. Estos actores aportarían su experiencia, puesta en juego en la elaboración creativa de respuestas concretas a la hora de enfrentar dificultades. Creemos que estas experiencias deben ser capitalizadas. *“Consideramos que el diseño estratégico de estas pautas debe orientar las constituciones de los Consejos Consultivos nacionales, provinciales y locales, herramienta que prevé la normativa para materializar la participación y concertación de los actores de cada territorio (art. 2 del Dto. 603/13). Para ello se debe promover la consolidación de redes sociales que hagan sostenibles las transformaciones institucionales socio-sanitarias del proceso de sustitución de las estructuras y practicas manicomiales e inclusión sustentable en la comunidad de las personas con padecimientos mentales”* (Red por la plena implementación de la LNSM).
- Judicialización: como ya se señalara a lo largo del presente capítulo, es necesario revertir la posición de supremacía del Poder Judicial (“los jueces mandan”) en relación al Ejecutivo en la temática de salud mental. La sanción de las leyes y las Acordadas del Tribunal Superior de Justicia así lo establecen.

El listado anterior, más allá de poner en evidencia la magnitud de los desafíos que existen por delante, no pretende ser una enumeración completa y definitiva. Lo que se intenta mostrar es, en primer lugar, las urgencias que deben ser atendidas sin mayor dilación para luego, avanzar en una

transformación que si pretendemos ir más allá de la pura retórica y de la enumeración de un conjunto de buenas intenciones requerirá de un enorme esfuerzo, para así transformar definitivamente las “vidas arrasadas” por siglos de injusticias y malos tratos, en vidas plenas de sentido, dignidad y por fin, libertad.