

# Ley 26.657: el desmontaje del sistema represivo en salud mental



*Leonardo Ariel Gorbacz*

*Diputado de la Nación (MC), Autor de la Ley Nacional 26.657*

## Introducción

---

En qué consiste la Ley de Salud Mental y las políticas que se han comenzado a implementar desde el Ministerio de Salud de la Nación a partir de su sanción? En desmontar el aparato represivo que se ha montado, a través de la historia, sobre las prácticas en Salud Mental. Ni más ni menos que eso.

Sea por decisiones políticas tomadas en su momento por los gobiernos, o por ausencia de ellas, se ha ido consolidando un sistema aceitadísimo de represión de las personas con padecimientos mentales. Porque está claro que la ausencia de decisiones políticas tomadas por las autoridades no impide que el campo, en este caso el de la salud mental, se organice en torno a los poderes reales que lo atraviesan.

Corporaciones profesionales, laboratorios, corporación judicial, medios de comunicación que instalan escenarios de miedo en la sociedad o amplifican miradas medicalizadoras de los problemas mentales, negocios instalados a partir de las internaciones prolongadas, y podríamos continuar, constituyen factores de poder que organizan con precisión un sistema acorde a sus propios intereses, cuando enfrente no hay una política pública que reorganice el campo de acuerdo a los intereses populares.

El proceso de discusión de la Ley Nacional, primero en Diputados y luego en Senadores, escenificó esa discusión, poniendo a uno y otro lado de la propuesta a actores que representan intereses bien distintos:

Organismos de Derechos Humanos, asociaciones de usuarios y familiares, organiza-

ciones de profesionales de diversas disciplinas, organismos estatales como la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, y a mitad del proceso una flamante Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones cuyo titular, Yago Di Nella, vino a reemplazar a un antecesor que prefirió ser portavoz de intereses corporativos antes que militar por una reforma estructural del sistema.

Del otro lado, corporaciones médicas que ya se habían opuesto en la Ciudad de Buenos Aires a la Ley 448, segundas y terceras líneas de la SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) –organismo estatal todavía afecto a políticas represivas en materia de adicciones-, una curiosa Comisión Directiva de la Asociación de Terapistas Ocupacionales (que por no saber interpretar el sentido de un inciso cometió un error histórico), y el Sr. Vicegobernador de San Luis Dr. Jorge Pellegrini, con la paradoja de que su obra en Salud Mental en San Luis puede considerarse legítimamente como un antecedente de la Ley. Creo que no hay mucho más que eso.

Un resultado aplastante en ambas cámaras (unanimidad, con una sola abstención no fundamentada del Senador por la UCR Nito Artaza) merece alguna mínima reflexión, después de cuatro audiencias donde todos pudieron decir lo suyo.

Una discusión semejante, 10 años atrás, hubiese terminado al revés. La legitimidad de las corporaciones para discutir las condiciones del campo en el que intervienen les hubiese inclinado entonces la balanza de otra manera. Hoy, la sola presencia de los usuarios y familiares avalando un proyecto de Ley que ayudaron, junto a muchos otros, a construir, marcó un destino distinto.

### **Los tres pilares del sistema represivo**

---

Uno podría, a fin de sistematizar y simplificar, dividir en 3 grandes ejes los problemas que debemos enfrentar para desmontar ese aparato represivo a que hacíamos referencia:

- a) El Encierro,
- b) La Judicialización, y
- c) La Medicalización

#### **a) El Encierro**

El informe del CELS del 2006 no deja lugar a dudas: instituciones como el Borda o el Moyano, con promedios de internación de alrededor de 10 años, para dar solo el ejemplo de dos instituciones que todos conocen. Diez años de internación de promedio! cuando ninguna patología o crisis en salud mental justificaría internaciones más allá de los 30 o 60 días como mucho. Manicomios y colonias en más de la mitad de las provincias del país, 25 mil personas en total según ese informe en la Argentina. Y todos los vejámenes habidos y por haber: muertes no investigadas, abusos físicos y sexuales, salas de aislamiento, sobremedicación, falta de tratamientos de rehabilitación, etc.

Ese panorama, conviviendo con crecientes experiencias liberadoras: iniciativas de radio, arte, cooperativas de trabajo, externación asistida, e incluso un movimiento militante de desmanicomialización enfrentando activamente esta situación, fueron multiplicándose en todo el país sin terminar de sustituir el paradigma dominante.

#### **b) La Judicialización**

La justicia ha estado omnipresente en los servicios de salud mental, y lamentablemente el resultado de ello no ha sido una mayor garantía para los usuarios, sino las más de las veces el mismo límite a su propia autonomía.

Cuántas veces ha llegado a un servicio de salud mental una orden de internación sobre una persona que el propio equipo ha juzgado un exceso innecesario? Cuántas veces para revocar esa decisión, se le exige al servicio de salud una garantía de “ausencia de peligrosidad” que es un imposible de garantizar, ya no respecto del paciente, sino tan siquiera del propio colega del servicio? Cuántos días, o meses, se han prolongado indebidamente internaciones porque no llega el “alta judicial”?.

Eso, sin hablar de la cantidad de personas con declaraciones de incapacidad civil, decretadas judicialmente durante algún episodio agudo y que se eternizan, privando a la persona de ejercer derechos para los que, a veces ni siquiera en ese momento agudo, estuvieron imposibilitados de ejercer: votar o casarse, por ejemplo.

## **c) La Medicalización**

El avance de la psicofarmacología, que en algunos casos permite mejorar los tratamientos en cuanto a la recuperación de la capacidad de autonomía de las personas y su inclusión social, convive con la prescripción abusiva de psicofármacos impulsada por una industria que, una vez que se agota el campo de la enfermedad para la venta de sus productos, se dedica a patologizar cualquier tipo de padecimientos, incluyendo las crisis vitales normales del ser humano, para inducir a que sea la propia persona la que demande el químico.

Una vez que se decide cuál es el psicofármaco cuya venta se quiere aumentar, se traza la estrategia (que incluye su difusión mediática, en general dominical) para que la sociedad se convenza de que una serie de síntomas que la aquejan, forman parte de una nueva patología “descubierta recientemente” para cuya resolución existe un psicofármaco adecuado. Ni que hablar del rol de los laboratorios en el desarrollo de las investigaciones con que muchos médicos estudian y se forman, o en el financiamiento de los congresos donde se “demuestran” sus avances.

Dudo siempre del aumento inexplicado de determinados cuadros en las estadísticas: pueden provenir de una determinada coyuntura socio-cultural, es cierto, pero también de una estrategia de la industria que amplifica determinado diagnóstico que, en clave de negocios, es sinónimo de amplificar un mercado.

Digo, además, que la medicalización, a diferencia del encierro, tiene mejor prensa en

la sociedad (los manicomios son un poco más difíciles de defender), porque los nuevos medicamentos suelen ser ubicados rápidamente por la mayoría en el rubro de “avances científicos” y, por tanto, son bienvenidos.

El furor que produjo la medicalización de chicos bajo el rótulo de Déficit de Atención con Hiperactividad es el ejemplo más visible y tal vez, uno de los más cercanos.

Así, el trípode encierro-judicialización-medicalización, constituye la base de un sistema de salud mental que funciona de modo represivo, ya sea prolongando situaciones de privación de libertad, de restricción abusiva de derechos o, de manera más sutil pero tal vez más profunda, aplastando la subjetividad en nombre de la eliminación de los síntomas (no hay privación más grave de la libertad que la privación de la propia subjetividad).

## **El desmontaje**

La Ley de Salud Mental no intenta ser ni el principio ni el fin de nada. No es el principio porque, como lo dijimos, los intentos por establecer acciones contrarias al statu-quo vienen de mucho antes: reconocen experiencias de muchos años, militancia –incluyendo perseguidos y desaparecidos- y leyes locales. Ni es el fin, porque un proceso político (la reforma en salud mental no es otra cosa), no se hace de un día para el otro ni queda resuelto solo por una ley.

Sin embargo, sí podemos sostener que la ley es una herramienta fundamental para avanzar en el cambio.

En primer lugar, porque establece reglas de juego distintas, cuyo cumplimiento se les impone a los actores del sistema, en particular a jueces y ejecutores de las políticas, pero también a los trabajadores.

En segundo lugar, porque legitima aquellas experiencias de inclusión social y defensa de la

autonomía que se venían realizando, muchas veces al borde de la legalidad. Es que, efectivamente, la paradoja del trabajo en salud mental es que para trabajar éticamente muchas veces había que hacerlo ilegalmente. ¿Cuántas veces se ha “dibujado” un alta haciéndola pasar por permiso de salida, para que una persona pueda volver a su vida normal cuando todavía pesa sobre ella una orden de internación no levantada? ¿Cuántas veces se ha evitado poner el acento en la gravedad de un cuadro, para evitar una orden de internación que hubiese dinamitado de entrada las posibilidades terapéuticas de una persona que podía establecer un buen vínculo con el equipo de salud?

Y en tercer lugar, porque pone en agenda de Secretaríos y Ministros un tema que casi nunca está en agenda, y habilita la toma de decisiones políticas necesarias para generar los dispositivos que hacen falta para cambiar la bocha.

La Ley 26.657 puede ser leída, de este modo, como una herramienta al servicio del desmontaje del aparato represivo de la salud mental o, dicho de otro modo, al servicio del desmontaje de los tres grandes problemas que la aquejan.

Respecto al encierro, la Ley tiene una definición más que clara: se prohíben habilitar nuevos “manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados”. Es decir, traza una raya. Qué hacemos con los que tenemos? La Ley también da una respuesta: “se deben adaptar a los objetivos y principios ex-

*puestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”*

Es decir: el cierre definitivo de los monovalentes está expresado, pero no como un punto de partida, sino como un punto de llegada.

Haber establecido el cierre como punto de partida hubiese sido una bomba de tiempo contra la propia ley y la reforma, porque hubiese puesto a las personas internadas en una situación de salida impuesta y apresurada, sin un plan ni alternativas para su atención psico-social.

Pero el objetivo está, y es su “sustitución definitiva”. Éste no es un tema menor, y aquí las resistencias son otras, y complejas.

Durante el debate de la Ley, este punto era atacado, “por derecha e izquierda”, para decirlo de una manera esquemática. Algunos, criti-

caban que la Ley no estableciera una fecha de cierre y lo dejara abierto como objetivo, una vez desarrollados los dispositivos alternativos. Otros, en cambio, criticaban que la Ley planteara el cierre de un sistema que ellos consideran imprescindible para algunos casos. Lo curioso es que una y otra posición venían del mismo grupo de oposición a la Ley.

Hemos sido rigurosos en sostener que no existe ningún caso que no pueda ser atendido por otro tipo de dispositivos, incluyendo la internación

en los hospitales generales. Y hemos dicho, también, que los monovalentes tienden a crear las poblaciones que dependen de ellos y que justifican su necesaria existencia.

---

**U**na vez que se decide cuál es el psicofármaco cuya venta se quiere aumentar, se traza la estrategia (que incluye su difusión mediática, en general dominical) para que la sociedad se convenza de que una serie de síntomas que la aquejan, forman parte de una nueva patología “descubierta recientemente” para cuya resolución existe un psicofármaco adecuado.

---

Algunos siguen sosteniendo que los monovalentes son necesarios para la gente que no tiene familia que lo acoja, desconociendo la existencia de alternativas superadoras como el acompañamiento terapéutico o las casas de convivencia. Pero desconociendo también algo fundamental: no le vamos a pedir al sistema de salud que resuelva los problemas sociales, pero sí que al menos no los produzca. Y a nadie se le escapa que el funcionamiento de las instituciones totales debilita los vínculos sociales y familiares hasta hacerlos desaparecer.

También nos han dicho que con esta propuesta atacábamos “lo público”, alentando así la desconfianza nacida de las reformas de los 90. donde efectivamente toda crítica

a una política pública era un medio para justificar su pase al sector de los negocios privados. Bajo ese criterio deberíamos mantener todas las políticas públicas vigentes. Pero no.

El recorrido que hemos hecho a partir de la sanción de la Ley con el objeto de difundir sus alcances, nos han demostrado que la sustitución del sistema centrado en los monovalentes por un sistema basado en la comunidad (atención en los centros de salud, internación en hospitales generales, centros de día, casas de medio camino, cooperativas de trabajo, etc.) es uno de los puntos que más resistencias encuentra, muchas veces provenientes de sectores que defienden el espíritu de la ley, pero (y ésta es una interpretación) les cuesta desprenderse de las identificaciones institucionales en que se han forjado como profesionales, e incluso como militantes anti-manicomiales. Y ni hablar de las resistencias de los hospitales generales a hacerse cargo de la atención integral

en salud mental, desplazada históricamente a instituciones totales.

Respecto de la judicialización, la ley procura una reducción de su intervención para focalizar la acción de la justicia en un punto preciso y exclusivo: la protección de la autonomía de las personas con padecimientos mentales.

Eso ha requerido fortalecer el rol de la justicia en el proceso de control de las internaciones involuntarias, pero a su vez correrla de toda otra medida que no tuviera como objetivo proteger la autonomía de las personas. Por ello se ha establecido que las internaciones son decisiones del equipo de salud, no del poder judicial. Y también que las externaciones son decisiones del equipo

tratante, que no requieren autorización judicial.

De modo que dejan de existir las “internaciones judiciales”, pero quedan en pie las “externaciones judiciales”. En efecto, la justicia ya no puede ordenarle a salud internaciones, pero sí puede ordenarle externaciones, si considera que hay alternativas menos restrictivas de atención

que la internación sin consentimiento del asistido.

En este punto, debemos entender que el rol de la justicia civil (que prácticamente tiene un rol mínimo o inexistente en otros campos de la salud) debe focalizarse en controlar el uso de una herramienta poderosa, en un estado de derecho, como lo es la posibilidad de internar a alguien en contra de su voluntad. Es un control de una especie de super-poder, comparable por ejemplo al mecanismo de control de los Decretos de Necesidad y Urgencia. En un estado de derecho, poder privar a alguien de su libertad (más allá de las razones “loables”), es un atributo que requiere controles precisos y un debido proceso.

---

**L**a apuesta es a que la interdisciplina constituya un dique a una pretensión de abordar desde una dimensión prevalentemente biológica el problema de la salud mental.

---

Ahora bien, solo las líneas de fuerza de un sistema represivo explican que un control que debía orientarse al uso de una herramienta por parte del profesional, haya ido transformándose en un control sobre la vida del usuario del servicio, es decir, sobre la víctima potencial del uso de esa herramienta.

Respecto a la medicalización, la apuesta es a que la interdisciplina constituya un dique a una pretensión de abordar desde una dimensión prevalentemente biológica el problema de la salud mental.

En este sentido la ley no solo ordena que los servicios de atención se constituyan de manera interdisciplinaria, sino que el campo de las decisiones se democratice. No hay participación que no sea participación en las decisiones. Por eso la definición del artículo 3° (*“la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”*) no es vana: constituye el fundamento central del conjunto de la Ley, y en particular de los artículos que exigen la marca de la interdisciplina: la decisión de internar, la decisión de restringir derechos a través de una declaración de incapacidad civil, la capacidad para conducir los equipos.

Esta verdadera democratización de los equipos de salud mental, que va de la mano con una redistribución del poder que incluye centralmente a los propios usuarios, ha sido sin dudas la fuente de todas las resistencias al avance de la Ley, como lo fue en su momento en relación a la Ley 448 de Ciudad de Buenos Aires.

Sin embargo la experiencia de muchísimos equipos a lo largo y a lo ancho del país constituyen, a su vez, el piso de experiencias sobre el cual este aspecto de la Ley podrá ir desarrollándose sin mayores dificultades.

## Conclusiones

---

En resumen, enfrentamos como trabajadores y militantes del campo de la salud mental un desa-

fío que la historia nos propone: cumplir con una Ley Nacional pero, ante todo, hacernos cargo de la parte que nos toca en un proyecto de país cuyo objetivo y fundamento central es la inclusión social.

Y hacernos cargo de una historia, de los actores fundamentales de esa historia, de los conocidos pero también de los anónimos, que han dado lucha en momentos mucho más difíciles y menos propicios, pero que nos han dejado las herramientas para poder hacerlo ahora.

La historia reciente nos ha demostrado que, una vez recuperada la legitimidad de la política para incidir y transformar la realidad, tareas que parecían imposibles han sido posibles, aún enfrentando grandes intereses y poderes establecidos: la ley de matrimonio igualitario, la reforma en el sistema de jubilaciones, son apenas dos ejemplos claros de ello.

Digo esto porque en épocas de gran movilización social y política, el imposibilismo no es una forma de realismo sino de conservadurismo.

El desmontaje del sistema represivo no se llevará a cabo de manera armónica. Tantos años de funcionamiento han creado institucionalidades complejas que funcionan inercialmente. La aplicación de la Ley será un continuo romper y construir. Es tarea de cada uno de nosotros cuestionar cualquier tipo de intervención, política, judicial, administrativa o terapéutica, que bajo argumentos tutelares o proteccionistas avasallen los derechos o la autonomía de una persona con padecimiento mental.

La militancia por el derecho al voto, la pelea de los compañeros de La Plata acompañando a una pareja de usuarios para que se puedan casar, los jueces como María Silvia Villaverde o Graciela Iglesias, el Frente de Artistas del Borda, los pibes de los centros de estudiantes que arman jornadas para difundir la Ley, y tantas cosas más, nos permiten ser optimistas.

Y la lucha de los que vienen remando desde mucho antes, nos lo obligan.