

10 Años de la ley 26.657: Hacia la construcción de un diagnóstico más preciso

Leonardo Gorbacz

Psicólogo. Director Nacional de protección de derechos de grupos en situación de vulnerabilidad, Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

leonardo.gorbacz@gmail.com

Estamos transitando el décimo año de vigencia de la Ley Nacional N° 26.657, y es un buen momento para hacer balances que puedan ir un poco más allá de las sensaciones personales acerca de su cumplimiento o incumplimiento.

En efecto, durante estos años ha habido muchas voces que han alimentado la idea de que la ley de salud mental “no se cumple”, seguramente enfocando en el artículo 27 que es el que ordena la sustitución de los hospitales monovalentes en todo el país por un sistema de salud mental basado en la comunidad. Lo cierto es que esa sentencia puede convertirse en una profecía auto cumplida, cuando lo que la sostiene es el escepticismo acerca de la capacidad concreta que tenemos los argentinos para poder lograrlo.

Sin embargo, un análisis más completo del grado de aplicación de la ley nos debería mostrar un estado de situación distinto al que teníamos 10 años atrás, pero

cierto es que ello requeriría de indicadores y datos que lamentablemente hoy no tenemos, o en todo caso los tenemos de manera escasa y precaria.

Aun así, precisar lo más posible el diagnóstico es absolutamente necesario para avanzar, y eso incluye poder pensar en los avances, las deudas pendientes y los obstáculos concretos que existen para la plena implementación de la ley.

Me inclino a pensar que la realidad no está en ninguno de los extremos sino en una complejidad propia de una reforma que involucra distintos estamentos del estado (nacional, provincial, municipal), los distintos poderes (ejecutivo, legislativo, judicial), distintos organismos (salud, desarrollo social, trabajo, etc.), la seguridad social, organizaciones de la sociedad civil, familias, usuarios, colegios profesionales, entre otros/as.

Un poco de historia

La intención de reformar el sistema de salud mental no nace con la ley sino mucho antes. De ello dan testimonio experiencias provinciales como la de Río Negro en los 80, o institucionales como el programa PREA, o el Frente de artistas del Borda, la Colifata, dispositivos en hospitales generales o intervenciones comunitarias,

y un sinnúmero de experiencias que intentaron romper la lógica manicomial en distintos lugares del país. También teníamos, aun antes de la sanción de la ley nacional, leyes provinciales que buscaban de una u otra manera generar reformas en el sistema de salud mental, como es el caso de la ley 448 de CABA que sirvió de antecedente, e incluso instrumentos internacionales de salud y de derechos humanos que reclamaban la necesidad de cambios sustantivos.

También teníamos los argentinos una fortaleza construida en la adversidad: las organizaciones de derechos humanos gracias a las cuales nuestro país recuperó la democracia y la dignidad, y que desde hacía muchos años venían poniendo el foco en las graves violaciones a los derechos que se cometían en las instituciones psiquiátricas, e incluso organizando encuentros muy importantes para discutir y poner en agenda la cuestión de la “desmanicomialización”.

Lo que no teníamos claramente era una ley nacional que permitiera tener:

- a) una política nacional en materia de salud mental: recordemos que desde los 80 que Argentina no tenía siquiera una Dirección Nacional, y muchas provincias tampoco, y que a partir del

- 2010 empezaron a re jerarquizarse en muchas jurisdicciones las áreas de gestión
- b) herramientas jurídicas en legislación de fondo que fueran válidas para todo el país y que permitieran consolidar las experiencias de reforma existentes, y al mismo tiempo impulsar nuevas (por ej. la adecuación del régimen de capacidad jurídica a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad)
 - c) mecanismos claros de control
 - d) derechos específicos para las personas con padecimientos mentales, tal como lo reclamara la Corte Suprema de Justicia de la Nación en algunos fallos como RMJ
 - e) instancias de participación como los órganos de revisión o el Consejo Consultivo Honorario

Pero tal vez lo más importante es que el proceso de construcción de la ley 26.657 y su posterior sanción generaron la consolidación de un colectivo muy numeroso de organizaciones y actores que ha ido creciendo durante estos años y que ha ido ampliando el debate y la difusión de los principales aspectos de la reforma en todo el país. A tal punto que hoy es difícil encontrar ámbitos vinculados a la gestión de políticas socio sanitarias ni operadores judiciales que desconozcan la existencia de la ley y sus objetivos centrales.

Podríamos naturalizar ese hecho, pero sería injusto porque es el resultado de un trabajo colectivo sostenido en el tiempo de manera militante con un gran compromiso de muchos/as compañeros/as.

Mantener un colectivo de activismo vinculado a la transformación del sistema de salud mental no sólo permite empujar los cambios necesarios, sino también resistir embates de las corporaciones que aún se oponen. Para mencionar un hecho concreto, la intención del marcrismo durante los primeros dos años de su gestión de modificar en sentido regresivo el decreto de reglamentación 603/13 fue abortada gracias a la movilización de ese colectivo que encuentra en el Consejo Consultivo Honorario un ámbito propicio de articulación.

La cuestión del artículo 27

Construir un sistema sin manicomios fue desde un inicio un eje irrenunciable en todos los debates que precedieron a la sanción de la ley nacional. Sin embargo, como debía eso ser planteado en el texto de la norma sí fue materia de discusión.

El cierre inmediato fue una opción planteada pero descartada, porque significaba una medida insostenible, que iba a generar más desprotección e incluso podía

constituir un boomerang que retornara contra el propio movimiento de reforma. Se optó por la siguiente fórmula: prohibir en lo inmediato la creación de nuevos hospitales monovalentes con internación, y ordenar la sustitución definitiva de los existentes a través de un proceso cuya duración no fue fijada en la ley. La idea era simple: el cierre de los manicomios tiene que ser una obligación, pero al mismo tiempo el resultado de la creación de nuevos dispositivos.

El Consenso de Panamá de 2010 nos permitió ponerle fecha, en la reglamentación que vendría luego, a ese objetivo: “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”.

Las críticas anticipadas respecto a que cerrar los manicomios iba a significar dejar a las personas internadas en la calle, como si las únicas opciones para una persona con padecimiento mental fueran la institución o el abandono, nos obligaron a plantear con seriedad y precisión las garantías para que el cambio de sistema se hiciera a través de un proceso de “sustitución”, que fue precisamente la palabra utilizada en el artículo 27.

La acción de los núcleos de resistencia al cambio, sumados a la de aquellos sectores que sin oponerse frontalmente a la ley buscaron licuar sus efectos transformadores, ter-

minaron operando en el terreno de los significantes para así tener consecuencias en el plano de la realidad: así fue que se empezaron a utilizar términos como “humanización”, “adaptación”, “adecuación”, pero centralmente, se empezó a instalar la idea de que la ley 26.657 buscaba, no cerrar los manicomios, sino transformarlos.

En rigor, la posibilidad de que los hospitales monovalentes cumplan con la ley (es decir, que sean sustituidos), está dada por las condiciones que se generan a su alrededor y que, en buena medida, no dependen de ellos: la habilitación de un nuevo sistema de atención de salud mental y en particular de los episodios agudos, que prescindan del hospital psiquiátrico, y la creación de dispositivos con apoyos que permitieran la inclusión social de personas cuya internación crónica les hizo perder los recursos económicos y sociales necesarios para vivir en la comunidad.

Digo “en buena medida” porque experiencias como las recientes externaciones producidas en el Hospital Cabred (provincia de Buenos Aires), muestran que en ocasiones no se trata de generar nuevos recursos (que siempre se necesitan y son bienvenidos) sino también de utilizar de otra manera los ya existentes. En un país como la Argentina, con una importante cobertura de seguridad social (pensiones, jubilaciones), la inteligen-

cia de la gestión en salud mental debiera permitir identificar los recursos con que ya cuentan las personas y trabajar para que los mismos se apliquen a garantizar sus derechos.

En ese sentido recordemos que el censo de personas internadas en hospitales monovalentes realizado en el año 2019, encontró que “respecto a los ingresos económicos, el 69% de las personas refirió percibir algún ingreso. De este grupo, el 27% refirió administrar sus ingresos mientras que el resto refirió que eran administrados por un tercero”.

Luego de las elecciones del año 2019 y antes de dejar el gobierno, la gestión macrista dictó la resolución 3250/19 de la Secretaría de Salud, mediante la cual estableció pautas y plazos para la sustitución definitiva de los manicomios.

En definitiva: el macrismo, que degradó el ministerio de salud en secretaría, desfinanció todo el sistema, desarrolló equipos, intentó una derogación vía decreto de la ley de salud mental, no financió prácticamente ningún programa federal, nos dejó (cuando ya estaba de salida) las instrucciones y los plazos con los que debía cumplirse la ley para ser aplicados por el gobierno electo.

Esa Resolución tiene una factura técnica inobjetable pero una función política inconfesable: tapar lo que no se hizo en 4 años y marcarle la cancha al espacio político que, cuando le tocó gobernar, con aciertos y errores, construyó junto con la sociedad civil el andamiaje legal y las instituciones necesarias para una transformación con enfoque de derechos.

En definitiva y para concluir respecto de la aplicación del artículo 27 de la ley:

- a) el plazo fijado por la reglamentación esta incumplido
- b) la responsabilidad de ese incumplimiento es centralmente del Estado, pero claramente quien menos ha trabajado para generar las condiciones de posibilidad ha sido la gestión 2015-2019
- c) la resolución 3250/19 de la secretaría de salud trastoca el sentido del plazo del 2020, pretendiendo que la mera presentación de proyectos cumple con el objetivo trazado

Lo que necesitamos ahora no es tanto de resoluciones sino de planes, programas y recursos concretos tanto desde el estado nacional como desde las provincias para construir los dispositivos que permitan terminar con los manicomios.

Y también, centralmente, de la decisión política de los niveles más altos posibles, porque no es lo mismo gestionar un sistema que transformarlo radicalmente. Y en salud mental estamos en etapa de transformación y no de gestión de lo existente.

Los otros aspectos de la ley

No todo se reduce al cierre de los hospitales monovalentes, aunque seguramente ese sea el indicador fundamental de avance.

La posibilidad de contar ya con varias provincias con su órgano de revisión, y que eso permita un control especializado y con enfoque de derechos de cada internación involuntaria que se genera, es un avance importantísimo que tenemos que poder valorar.

Eso ha permitido (aunque nos faltaría tener indicadores confiables para poder medirlo) una reducción de los tiempos de internación y el cese, en algunos casos, de prácticas violatorias de derechos. Antes no existían prácticamente controles reales de las internaciones involuntarias, sino meros trámites que no alcanzaban a garantizar ningún derecho. Es esperable que esta nueva posibilidad, traccionada por el Órgano de Revisión Nacional en base a estos años de experiencia, se construya

como un nuevo saber que se transmita a los equipos de control de internaciones que se vayan conformando en todo el país.

El cambio de rol que ha sufrido el sistema judicial en el campo de la salud mental también se ha ido consolidando de manera exitosa, y la disminución de las internaciones judiciales o las trabas que solían existir para externar, con el consecuente empoderamiento de los equipos de salud, también han sido un avance concreto.

Por otra parte, la modificación del régimen de capacidad jurídica, consolidada por el nuevo Código Civil y Comercial, en la medida en que su correcta aplicación se vaya extendiendo, nos permite generar mejores condiciones para que las personas con padecimientos mentales puedan ejercer sus derechos y evitar abusos intolerables.

El fortalecimiento de la interdisciplina, para quienes arrancamos en el campo de la salud mental hace 3 o más décadas, es evidente y modifica de raíz las intervenciones y los informes que dan lugar a la toma de decisiones importantes. Otro avance claro.

Con la creación de CoNISMA (comisión nacional interministerial de salud mental y adicciones) en 2013 se avanzó en la creación de una agenda intersectorial muy

importante: planes de adecuación para la formación de profesionales, pautas de intervención en materia de seguridad, protocolos para evitar la medicalización de las infancias, entre otros. Luego la gestión macrista lo desarmó.

Nos quedan sí algunas discusiones incluso en el plano legal: el régimen de inimputabilidad del código penal, el código electoral (que excluye a las personas declaradas incapaces), y la ley 23737 de estupefacientes (por cuanto penaliza la tenencia para consumo personal).

Para concluir: atravesamos una crisis sanitaria sin precedentes que ha puesto al tope de la agenda la cuestión de la salud y la preservación de la vida. Naturalmente, todo el resto de las políticas quedan subsumidas en esta etapa a esa prioridad innegable. Sin embargo, subsumir

una política a otra no necesariamente implica demoras o postergaciones, menos aun cuando se trata también de una política de salud.

Los avances que en este corto lapso ha hecho la nueva gestión de la provincia de Buenos Aires, muestran que el peso de la decisión política es decisivo, y que aún en este contexto de pandemia se pueden hacer progresos en la aplicación de la ley consistentes con la política de emergencia sanitaria vigente.

Tenemos lo que resta de este 2020 para consolidar un diagnóstico más preciso de estos 10 años, y fijar pautas claras y concretas para lograr la aplicación plena de la ley nacional de salud mental en todo el país.

