



LEY DE SALUD MENTAL, DESMANICOMIALIZACIÓN Y SALUD PÚBLICA

Una larga serie de malos entendidos desde el retorno de la democracia

Buenos Aires, 24 de mayo de 2019

INTRODUCCIÓN BREVE A UN PROBLEMA COMPLEJO

Es conocido y es indiscutible el desastroso estado de los manicomios argentinos al término de la dictadura 1976-1983. Muchos vimos con nuestros propios ojos hospitales y pabellones desolados, seres humanos olvidados por el Estado, prácticas incompatibles con los más básicos estándares de respeto al otro y de cuidado del más vulnerable, por no decir respeto de las leyes y las normas internacionales.

Veníamos de la larga noche de la represión.

También vimos, en medio de la desolación, ejemplos inolvidables de humanidad, de solidaridad y de vocación de cambio, aunque más no fuera en un sentido microscópico, es decir, en el entorno limitado del propio trabajo y con poca repercusión hacia afuera. Vimos así algunos casos de verdadera desmanicomialización en servicios de pacientes crónicos en hospitales monovalentes. Mucho antes de la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires (año 2000) y de la ley nacional 26657 (2010). Estos ejemplos muestran a las claras que el manicomio no es solo un problema de edificios y de leyes sino que es, ante todo, una postura política del profesional del campo de la Salud Mental. La lógica manicomial no se remedia derribando manicomios.

También muestran estos ejemplos que es falsa y dañina la división maniquea que coloca al médico psiquiatra del lado oscuro del encerrador autoritario, y al licenciado en psicología del lado opuesto. Esta verdadera grieta viene siendo promovida desde sectores corporativos fanatizados, que convierten un problema de Salud Pública en una simple ecuación ideológica, pretensión que contrasta con la realidad cotidiana de equipos interdisciplinarios que trabajan armónicamente en la gran mayoría de los efectores del país.

Para los equipos de trabajo en el campo de la Salud Mental el enemigo no es el hospital monovalente sino un sistema sanitario vaciado, desfinanciado y exánime. Un sistema que no puede dar respuesta a las necesidades reales de la población.

En este contexto, las disputas corporativas (que poco representan a los diferentes colectivos profesionales que convergen en el campo de la Salud Mental) aparecen como desesperados intentos por hacerse de los escasos caramelos de la piñata raquítica que ofrece el Estado. Los trabajadores de la Salud Mental no podemos aceptar que esa disputa absurda distraiga la atención que deberíamos poner en las deficiencias del sistema de salud, con la prioridad puesta en garantizar el derecho de toda la población a recibir una atención sanitaria de la más alta calidad.

LA LEY 26657

La Ley Nacional de Salud Mental 26657, sancionada en el año 2010, constituye un aporte en materia de derechos humanos al estatuir de modo taxativo un piso mínimo de derechos para los pacientes con trastornos mentales y al introducir parcialmente principios y propuestas consagradas por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Pero no es la primera ni la mejor iniciativa para mejorar la atención en Salud Mental de la población.

Una rica historia de producción teórica y de experiencias clínicas quedó de lado a la hora de redactar esta ley, pensada en tierras lejanas, y redactada sin la presencia de las asociaciones de psiquiatras ni de las facultades de Medicina de Argentina. Se sanciona así una ley poco trabajada, escasamente consultada, con intenciones de cambiar el panorama general de atención de la Salud Mental de todo el país. Método poco democrático que tendrá consecuencias a futuro.

Pero más allá del método de construcción de la ley (damos por seguro que la mayoría de quienes trabajaron en ella lo hicieron con las mejores intenciones), hay allí varios errores políticos que hoy podemos puntualizar con claridad:

1. La realidad no se cambia con leyes, sino con políticas. Una ley es eficaz si viene a coronar un cambio social previamente consolidado mediante los usos y costumbres (Ley de matrimonio igualitario) o mediante políticas (Asignación Universal por Hijo). No es políticamente eficaz intentar cambiar la realidad desde el

Parlamento, cuando no existe una decisión política previa de generar un cambio real. El ejemplo máximo: algunos contenidos del artículo 14 bis de la Constitución Nacional.

2. El campo de la Salud Mental es un territorio amplio y complejo. El caso argentino, a diferencia del de muchos países del mundo, se caracteriza por la presencia de un alto número de psicólogos en relación al número de psiquiatras. A la vez, los psicólogos han arribado al trabajo hospitalario con excelente resultado. No hay planificación posible en Salud Mental sin los psicólogos. Lamentablemente, un grupo de “esclarecidos” pensó que era posible hacerlo sin psiquiatras. Lo lógico hubiera sido convocar a todos los sectores directamente involucrados, incluyendo asociaciones de familiares y de pacientes, y proponer un amplio debate.
3. Más de un artículo de la ley (como por ejemplo el Art. 12) tiene un inocultable espíritu antipsiquiátrico. Este artículo estipula que la prescripción de medicación “se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo”. El presente escrito tiene fines sintéticos y no exhaustivos, pero hay aquí material para una larga digresión. La introducción de este tipo de contenido en una Ley de Salud Mental redactada sin psiquiatras es, como mínimo, una provocación. Va de suyo que cualquier gesto terapéutico debe estar ajustado a una razón clínica y acompañado de una ética, en psiquiatría y en cualquier rama de la clínica (la Psicología incluida). El cinismo que resume el citado artículo solo ha traído, como era de esperarse, resquemores y enfrentamientos.
4. La ley se inspira en un tipo particular de propuesta filosófica para la Salud Mental. Una propuesta que se presenta como la única verdaderamente democrática y progresista. La idea de que el objetivo prínceps en Salud Mental es derribar manicomios (derribarlos literalmente), es solo una de los diferentes caminos posibles a la hora de pensar una Salud Mental democrática y respetuosa de los derechos humanos. En este caso, una idea nacida en algunos organismos internacionales, sin consultar con los sectores involucrados y sin consideración de las realidades de cada país, inspiradas en la cáscara de la experiencia “basagliana”, es exportada e impuesta en todos los países de la región. ¿Es menester tirar abajo las paredes del manicomio para hacer desaparecer la lógica manicomial?
5. La Ley 26657 instala un enemigo: el manicomio. Y como representante del mismo, el médico psiquiatra. Luchar contra el uno y el otro parece ser la base de la

estrategia que la norma propone. Intencionada o no, esta fuerte consigna no escrita pero presente *sotto voce* ha generado consecuencias. Las más visibles: el enfrentamiento entre psiquiatras y psicólogos, y el estigma del médico psiquiatra convertido (por enésima vez) en el culpable del encierro y la violencia contra el paciente con trastornos psiquiátricos.

6. Son muchas más las debilidades de esta ley. Una entre ellas es la consagración del débil término “padecimiento mental”, que no alude a un diagnóstico técnico y que puede ser interpretado de muy diferentes maneras. Y hay más, que exceden el marco de este texto y que en general se relacionan con la no presencia de médicos psiquiatras en el equipo de trabajo de redacción de la norma.

A pesar de estas falencias de origen, la Ley 26657 es una norma trascendente en muchos sentidos. Consagra el derecho a la atención y la protección de la salud mental de todas las personas y “el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (Art. 1), jerarquiza la labor del equipo interdisciplinario, propende a un reacondicionamiento de los efectores sanitarios, establece los “derechos de las personas con padecimiento mental”, etcétera.

¿DESMANICOMIALIZACIÓN O DESMANTELAMIENTO?

Definamos “manicomio”. El manicomio es abandono y es violencia. Abandono por parte de la sociedad, pero básicamente por parte del Estado. Es el Estado, organización política que representa del interés común, ejerce la soberanía y equilibra las desigualdades, quien debe velar por los más débiles.

Definamos “lógica manicomial”. Lógica manicomial es el abandono convertido en razón técnica, naturalizada, especie de crueldad ilustrada y racionalizada desde una filosofía de la exclusión. La lógica manicomial es heredera de rancias concepciones racistas y discriminadoras, de las que nuestra historia como Humanidad tiene, por desgracia, ejemplos múltiples.

La Ley 26657 prevé el cierre definitivo de los hospitales monovalentes en el año 2020.

¿Por qué el cierre? Porque en su concepción filosófica el hospital monovalente es el enemigo a combatir. No la lógica manicomial, sino el edificio mismo del manicomio. No el abandono por parte del Estado, garante último de la democracia y la justicia social, sino

el dispositivo en el cual se atiende y se cuida al paciente con un trastorno psiquiátrico en sus momentos más críticos.

A favor de la Ley, es justo mencionar que la misma también prevé que se constituya una red de “dispositivos alternativos” que sustituyan al hospital monovalente, que nosotros preferimos llamar hospital especializado en Salud Mental.

Pero dicha red jamás se creó.

He allí el resultado del intento de cambiar una realidad con una ley.

Desde la Asociación de Psiquiatras Argentinos sostenemos que el hospital de especialidad debe cambiar, y nos pronunciamos absolutamente en contra de la lógica manicomial.

Sostenemos también que un hospital especializado es indispensable en una red de atención de la Salud Mental de la población. Pero no solo el hospital especializado, sino también los hospitales generales con la adecuación necesaria, y toda la red que hoy falta y es indispensable también: casas de medio camino, hospitales de día, casas de convivencia, emprendimientos sociales laborales, institutos de tratamiento de consumos problemáticos, etc.

El lema de la Salud Pública es “lo que existe para algunos, se pretende para todos”. Y ese debería ser el espíritu de cualquier plan de salud, y dentro de él de Salud Mental.

Sostenemos que la lógica manicomial no está en el edificio, sino en las concepciones de quienes llevan adelante la atención de pacientes. El Estado ha sostenido un desmantelamiento cruel del hospital especializado en lugar de reformar, mejorar sus condiciones o construir alternativas. Un hospital especializado debe tener el mejor nivel de psiquiatría existente y si no fuera así debería ser denunciado por toda la comunidad.

El manicomio existe. Cada vez más grande y más invisible. Fuera de las paredes de los hospitales: son los pacientes con trastornos mentales abandonados en las calles, los rechazados en las guardias de hospitales generales, los que terminan en las cárceles involucrados o usados para el delito.

La política de desmantelamiento de los recursos es una política manicomial: una política de restricción de derechos. La política de externaciones compulsivas a redes inexistentes es una política manicomial.

El manicomio está en la cabeza de quienes impunemente desprotegen a los más vulnerables. No podemos dejar caer a estos en el clivaje entre la metáfora del cierre de manicomios y la realidad de los agujeros en el acceso a la atención. Las paredes pueden albergar muchos tipos de dispositivos. Necesitamos diseñadores de políticas inclusivas, no solo desde el discurso sino también posibles en la vida cotidiana.

Y todo lo antes dicho debe, a su vez, ser revisado y perfeccionado a la luz del moderno concepto de discapacidad mental y de los derechos emergentes de dicha figura legal. Otra vez nos encontramos con una concepción que interpela al Estado, pero nuevamente hallamos que es el Estado quien no se deja interpelar. Ni por convenciones internacionales, ni por el reclamo de la población.

ENTONCES:

1. El hospital especializado en salud mental constituye, en cualquier planificación, una pieza fundamental que no puede ser sustituida por ninguno de los elementos de la red de dispositivos alternativos, red de la que es complementario. El hospital especializado en salud mental es el efector de alta complejidad preparado para recibir, atender, tratar y rehabilitar a personas con trastornos mentales que atraviesan crisis severas en algún momento de su evolución.
2. No aceptamos que un problema de Salud Pública quede reducido a una lógica binaria: monovalentes sí o monovalentes no. Los trabajadores de la Salud Mental debemos unirnos en la demanda de un sistema democrático, inclusivo y universal de atención de la salud.
3. La Ley 26657 tiene luces y sombras, pero el mayor problema con la normativa es que no se cumple en su totalidad. Cerrar efectores sin construir las "redes alternativas" constituye un desmantelamiento neto, con particular perjuicio de la porción más necesitada de la población. Y esto en el contexto de un sistema progresivamente desfinanciado, se parece más a un recorte presupuestario que a la aplicación de una filosofía de atención de la salud mental.
4. "Manicomio" es abandono del paciente con trastornos mentales. Y la lógica manicomial es la racionalización perversa de ese abandono. Externar pacientes y echarlos a la calle sin red es pura lógica manicomial, mientras se reza en el altar de políticas diseñadas para otros países con otras realidades.

5. Desde la Asociación de Psiquiatras Argentinos, APSA, sostenemos que el hospital de especialidad debe cambiar. Nos pronunciamos absolutamente en contra de la lógica manicomial, de la lógica del abandono y de la violencia, y abogamos por un hospital moderno, en el que los derechos humanos de los pacientes sean respetados sin excepción, y en el que el equipo interdisciplinario sea el encargado de atender, planificar y rehabilitar.
6. El problema de fondo es de Salud Pública, es decir, de democracia sanitaria.
7. Proponemos la unión de todo el equipo interdisciplinario de Salud Mental en el reclamo por una política integral de salud que abarque todo el país y que se inspire en los principios democratizantes de la Salud Pública.

Sin Psiquiatría no hay Salud Mental.

Sin Salud Pública no hay Psiquiatría ni Salud Mental.

Sin hospitales públicos no hay Salud Pública.

Sin un diseño de salud integral y un presupuesto acorde no hay justicia sanitaria.

Comisión Directiva

APSA