

El documento de APSA del 24 de mayo del 2019 titulado: "*Ley de Salud Mental, desmanicomialización y Salud Pública*", afirma, entre otras cosas, que la ley de Salud Mental Argentina 26.657 fue producida a partir de "*una idea nacida en algunos organismos internacionales [...] inspiradas en la cáscara de la experiencia basagliana*". Como participantes de esa experiencia, a la cual reconocemos aun hoy el valor científico e innovador, y en línea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos sentimos llamados en causa y, por lo tanto, creemos que debemos intervenir para aclarar algunos temas, a fin de liberar el campo de equívocos inútiles.

- Preliminarmente, sería necesario especificar que parece limitado referir las condiciones desastrosas de los manicomios argentinos, de degradación, violencia y abandono, correctamente denunciados, sólo a la dictadura. Con diferencias significativas, estas condiciones han sido, y siguen siendo, similares en todos los manicomios del mundo, independientemente de los regímenes políticos de los países, permaneciendo más allá de las dictaduras.

- Jamás ha sido nuestra intención poner en contraposición al médico psiquiatra como "*encerrador, autoritario o enemigo*" con los "*licenciados en psicología*". No nos pertenece, ni pertenece de ningún modo a la experiencia Italiana, la defensa de ninguna corporación y mucho menos la contraposición entre ellas.

- En cuanto a las deudas del sistema sanitario general argentino, no está en nosotros dar juicios. Pero no hay duda de que en gran parte del planeta los sistemas sanitarios públicos son, en el mejor de los casos, profundamente carentes, en particular, en lo que hace a la población más vulnerable. Nos asociamos, por lo tanto, a la denuncia de políticas que abandonan a las personas y no promueven activamente políticas de construcción de servicios de salud mental en la comunidad. Sin embargo, lo que queremos señalar es que ninguna carencia del sistema sanitario justifica la necesidad o la oportunidad de mantener activos los hospitales psiquiátricos. Por el contrario, los recursos mal destinados a este propósito se deben reconvertir inmediatamente en servicios en la comunidad.

- Estamos de acuerdo en que la realidad "*no se cambia con las leyes*" (en la experiencia Basagliana italiana, primero se pusieron en práctica las transformaciones en el circuito psiquiátrico y luego se promulgó la ley de reforma). Pero no podemos dejar de señalar que las leyes pueden contribuir de un modo relevante al cambio. El cambio social y de políticas anhelado en el documento debería ver a los profesionales implicados activamente en soluciones innovadoras, ya reconocidas por literatura internacional basada en la evidencia, que el documento mismo menciona. Dicho cambio no sucederá jamás sin el compromiso directo de los técnicos.

- Nunca nos perteneció la idea de "*objetivo príncipe en Salud Mental es derribar manicomios*". Sin embargo, consideramos que la destrucción del manicomio sea un momento preliminar al inicio de una política de Salud Mental seria. Vale la pena repetir que los recursos profesionales, materiales y económicos, congelados y normalmente destruidos o desvalorizados en el manicomio, deben ser reconvertidos en servicios en la comunidad, en una reapropiación con sentido y de calidad.

- En relación a la crítica sobre la terminología usada en la ley 26.657 "*padecimiento mental*" definida genérica y débil y "*que no alude a un diagnóstico técnico*", nos parece que de un lado no va sobrevalorado el valor también estigmatizante de los diagnósticos, el escaso valor heurístico, la aleatoria utilidad relativa al tratamiento y a los pronósticos. Por otro lado, es necesario evidenciar la vasta gama de cuestiones que emergen del análisis de los contextos o de las nuevas y difusas formas

de sufrimiento, sobre todo en referencia a las nuevas generaciones. Queremos también recordar que la comunidad científica internacional desde hace tiempo puso en discusión el valor terapéutico y predictivo de las clasificaciones diagnósticas (The Lancet Commission, 2018). Por lo tanto, retenemos que la terminología utilizada en la ley argentina sea del todo apropiada.

- Concordamos con los autores del documento sobre el hecho de que no basta con cerrar el manicomio para superar la lógica manicomial, y que esta última necesita de cambios culturales, apoyados por servicios inteligentes y adecuados. Ciertamente, mantener los manicomios abiertos no contribuye a superar la lógica manicomial.

- Más allá de las críticas comunes a los manicomios, que compartimos, no concordamos sobre la propuesta de mantener el hospital monovalente. ¿Para qué? Si es para la gestión de las personas en crisis por un periodo breve ¿Por qué el servicio en el hospital general no debería ser la respuesta más adecuada (posición activamente sostenida por la OMS), sobre todo para aquellos que sostienen con tanto énfasis la validez médica de las cuestiones psiquiátricas? Ciertamente la hospitalización en los hospitales generales es mucho menos estigmatizante de la que se realiza en un hospital psiquiátrico, que lleva en sí inevitablemente connotaciones históricamente determinadas, como los autores del documento admiten. Si después se piensa a la hospitalización de largo periodo, la experiencia en el mundo demuestra que esta no es necesaria, es más, resulta muchas veces dañosa. En cambio, las estructuras intermedias con diverso nivel de protección son más apropiadas, menos cronificantes y entre otras cosas menos costosas, como sostiene también la OMS desde el 2001.

- La afirmación que el hospital psiquiátrico especializado es indispensable en una red territorial de la atención a salud mental de la población (*“hospitales generales, casas de medio camino, hospitales de día, casas de convivencia, emprendimientos sociales laborales, institutos de tratamiento de consumos problemático, etc...”*) no nos parece sostenida por ninguna justificación técnica o científica. Es más, la lectura científica internacional sustenta activamente la superación del hospital psiquiátrico especializado. Retenemos que el mantenimiento y/o la creación de los hospitales monovalentes sea absolutamente privada de significado, ya que por su naturaleza estos hospitales están excluidos de cualquier relación con la comunidad, concentrados en algunos lugares, sin conexión con el territorio y el contexto de vida de las personas.

- Es verdad que actualmente no existe en Argentina una red de servicios alternativos al hospital monovalente, pero es igualmente cierto que no existe ni siquiera un hospital especializado en salud mental digno de este nombre. Cuando nosotros invocamos entonces el nacimiento de una red de dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico no hacemos otra cosa que optar por programas que sean coherentes con el desarrollo de los derechos de los usuarios y esa emancipación de la psiquiatría que nos parece coherente y que debería encontrarse al interno de un compromiso común en los debates de la política y de la sociedad.

Nos preguntamos si los hospitales psiquiátricos existentes hoy en Argentina no violen evidentemente las indicaciones de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recordamos que la aplicación de dicha Convención hace obligatoria su aplicación a partir de su ratificación e incorporación al ordenamiento jurídico argentino con la promulgación de la ley 26.378, que fue el día 6 de Junio de 2008.

Para finalizar pensamos que los autores están en lo justo cuando afirman que *“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”*. Sin embargo, no concordamos con la afirmación *“Un hospital especializado debe tener el mejor nivel de psiquiatría existente y si no fuera así debería ser denunciado por toda la comunidad.”* En esto está seguramente el verdadero disenso, la fundamental diferencia conceptual y de enfoque cultural y

científico entre nosotros y ustedes. Nosotros pensamos sin lugar a duda que en todo caso el mejor nivel de psiquiatría existente se construye en la comunidad, en el hacerse cargo de la persona con padecimiento mental en su contexto de vida, en la relación con la comunidad y sus instituciones, dentro de una estrategia para la inclusión social.

Nos ha parecido útil exponer con mucha claridad estas consideraciones, auspiciando que un debate privado de equivocaciones pueda contribuir al trabajo que desde hace años permite un intercambio profesional fructífero con vuestro país y que registra actualmente un fuerte compromiso a la innovación también de parte de la Dirección Nacional de Salud Mental actual.

1. **Víctor Aparicio Basauri**, psiquiatra, Ex-Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
2. **José Miguel Caldas de Almeida**, Lisbon Institute of Global Mental Health, Ex - Coordinador del Programa de Salud Mental de la OPS
3. **Giovanna Del Giudice**, psiquiatra, Presidente Conferenza Salute mentale Franco Basaglia
3. **Tuncho Levav** Ex Asesor en Salud Mental OPS/OMS.
4. **Mirta Roses**, Directora Emérita OPS, ex Directora Regional OMS para las Americas
5. **Franco Rotelli**, psiquiatra, Trieste
6. **Benedetto Saraceno**, Global Ambassador Special Olympics