

10 AÑOS, 10 DEUDAS

**DESAFÍOS ACTUALES PARA CUMPLIR LA
LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL**

Derechos de las Personas con Discapacidad

NOVIEMBRE 2020



por la igualdad y la justicia



Equipo de trabajo

Programa de Derechos de las Personas con Discapacidad

Autor

Eduardo Quiroga

Revisoras

Celeste Fernandez

Constanza Argentieri

25 de noviembre de 2020

PRESENTACIÓN

La sanción de la ley 26.657, el 25 de noviembre de 2010, constituyó un hito en el movimiento por la transformación del modelo de abordaje de la salud mental en Argentina. Dicha norma buscó saldar una deuda histórica que nuestro país tiene hacia las personas con discapacidad psicosocial, y fue impulsada por asociaciones de usuarios, usuarias, familiares y otras organizaciones de la sociedad civil, y por trabajadores, trabajadoras y especialistas en la materia. Además, contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y fue reconocida por organismos nacionales e internacionales de derechos humanos.

Esta nueva regulación plasmó un cambio de paradigma, al disponer la sustitución definitiva del sistema manicomial -basado en la internación en hospitales psiquiátricos- por uno de salud mental comunitaria, compuesto por una red integrada de dispositivos que garanticen una atención humanizada y de calidad, y que permitan a las personas vivir con autonomía y sin ser segregadas en instituciones. Asimismo, reconoció de forma expresa los derechos de las personas usuarias de esos servicios, especialmente aquellos relacionados con su dignidad y plena capacidad, y con la atención y el tratamiento de su salud, y estableció un sistema de control para impedir que estos sean vulnerados.

Las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) reforzaron las obligaciones que Argentina ya había asumido en 2008, al ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), tratado internacional que desde el año 2014 ostenta jerarquía constitucional. Este instrumento también impuso claros deberes al Estado en aras de asegurar a las personas con discapacidad su derecho a vivir de forma independiente, a ser incluidas en la comunidad y a acceder a una variedad de servicios de apoyo que permitan su inclusión social y eviten su institucionalización.

La reglamentación de la norma llegó 3 años más tarde (decreto 603/2013), y estableció, entre otras cuestiones, que el año 2020 sería la fecha límite para que el Estado cumpliera con la obligación de cerrar todos los establecimientos de internación monovalente en salud mental existentes en el país.

Sin desconocer que desde la sanción de la LNSM se produjeron ciertos avances, estos de ningún modo han significado la sustitución definitiva del modelo biomédico y hospitalocéntrico, y tampoco han logrado el cese de las múltiples formas de violencia y discriminación que enfrentan las personas institucionalizadas por motivos de salud mental en nuestro país. En ese contexto, a continuación proponemos un breve análisis de las principales obligaciones estatales que permanecen incumplidas a 10 años de su aprobación, procurando aportar a la construcción de un diagnóstico integral que permita reflexionar sobre los pasos que deben seguirse para transformar el sistema de atención en salud mental en el sentido indicado por la normativa vigente.

LA LEY 26.657: LOS PRINCIPALES INCUMPLIMIENTOS

1. Los manicomios siguen existiendo

El artículo 27 de la ley 26.657 prohibió expresamente la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos y privados, y dispuso el cierre de los existentes. Como fue mencionado, su decreto reglamentario estableció el 2020 como límite para alcanzar esta meta.

A pesar de que este año se cumple el referido plazo, el Estado no ha desarrollado políticas públicas estructurales tendientes al cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos de nuestro país. Así lo evidencian los resultados del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019), según el cual **aún existen 162 instituciones monovalentes públicas y privadas¹, y hay 12.035 personas internadas en ellas, con un promedio de tiempo de internación de 8,2 años, el que se eleva a 12,5 en el sector público.** Del total de personas, 1 de cada 4 lleva entre 11 y 90 años encerrada, y 266 son niñas, niños y adolescentes.

La internación en este tipo de centros continúa siendo la principal respuesta para las personas que necesitan asistencia en salud mental, a pesar de que ha quedado

¹ A este número deben sumarse las instituciones públicas o privadas con internación únicamente en adicciones, que fueron excluidas del relevamiento.

demostrado que este abordaje no recupera la salud. Por el contrario, genera daños irreversibles en ella, produce la pérdida de habilidades y vínculos sociales, obliga a las personas a vivir en condiciones inhumanas, y conduce al abandono, al estigma y a la exclusión social. Así lo entiende también la Organización Mundial de la Salud, que desde hace 30 años alerta sobre las consecuencias negativas que el encierro en manicomios genera en las personas con discapacidad psicosocial, e insta a los países a la sustitución definitiva de estos centros por un sistema de atención basado en la comunidad².

Esta situación evidencia el incumplimiento absoluto de las metas 11.1.6 y 11.1.9 del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, que establecían que el 100% de los efectores (públicos, privados, de las Obras Sociales y ONGs) que integraban la red de servicios de salud mental en las distintas jurisdicciones, debían insertarse en un proceso de adecuación a la ley 26.657 y su decreto reglamentario, y que -a noviembre de 2020- el 100% de las personas que se encontraran institucionalizadas con más de 2 años en efectores públicos debían ser externadas e incluidas en dispositivos residenciales comunitarios.

En el año 2019, la entonces Secretaría de Gobierno de Salud emitió la Resolución 3250/19, que aprueba las “Recomendaciones para la Adecuación hasta la sustitución definitiva de las Instituciones con internación monovalente hacia Redes Integradas de Salud Mental con base en la Comunidad”. La norma estableció el día 31 de agosto del 2020 como fecha límite para que las instituciones monovalentes presentaran sus planes de adecuación a la ley, e invitó a que las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las entidades de salud como obras sociales y empresas de medicina prepaga, adhirieran a ella.

Sin embargo, de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud de la Nación, vencido el plazo establecido, **no existe registro de que alguna de ellas haya adherido formalmente a la resolución, y solamente 7 instituciones monovalentes en salud mental, de las 162 existentes, han presentado planes de adecuación** ante dicho organismo³. En este contexto, es necesaria una intervención eficaz del Ministerio de

² Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración de Caracas, 14 de noviembre de 1990.

³ En respuesta a un pedido de acceso a la información pública realizado por ACIJ, el Ministerio de Salud informó que solamente tres instituciones públicas (Hospital Nacional En Red Especializado En Salud Mental Y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, localizado en CABA; Centro Regional SM “Dr. Agudo Ávila”, localizado en Rosario, Santa Fe; y Hospital General en Salud Mental Dr. Ramón Carrillo, localizado en

Salud de la Nación como autoridad de aplicación de la ley, destinada a impulsar su cumplimiento en todo el país a través de la articulación permanente con las jurisdicciones locales.

Un caso paradigmático de la subsistencia del sistema manicomial, lo constituye la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En esta jurisdicción, más del 95% del total de camas de internación se concentra en los hospitales psiquiátricos “José Tiburcio Borda”, “Braulio A. Moyano”, “Torcuato de Alvear” y “Carolina Tobar García”, mientras que el porcentaje de camas restante se encuentra en solo 4 de los 16 hospitales generales de la jurisdicción⁴. En lugar de avanzar hacia el cierre definitivo de estas instituciones, el 16 de julio de 2019, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Asociación de Médicos Municipales firmaron un acta acuerdo sobre el “Plan de Refuncionalización del Sistema de Salud Mental”, que es contraria a las obligaciones que surgen de la Ley Nacional de Salud Mental y de la CDPD⁵.

La presentación de planes de adecuación a la ley por parte de todas las instituciones monovalentes en salud mental y adicciones constituye un paso fundamental para lograr su sustitución definitiva. Estos planes pueden prever su transformación en hospitales polivalentes o en dispositivos de atención comunitaria.

A su vez, para alcanzar dicha meta, es esencial que las disposiciones que regulan la apertura y el funcionamiento de los servicios de salud mental y adicciones en cada una de las jurisdicciones sean conformes a los estándares legales. Aun así, **continúa vigente la Resolución 1876 – E/2016 del Ministerio de Salud de la Nación**, que reglamenta la habilitación y fiscalización de los establecimientos públicos y privados sujetos a la jurisdicción nacional y a la de la Ciudad de Buenos Aires. **Dicha norma fue aprobada sin un proceso de consulta previa a las organizaciones de personas con discapacidad y su contenido viola la Ley Nacional de Salud Mental y a la CDPD**, al permitir la institucionalización de personas en instituciones monovalentes y la

Posadas, Misiones) y cuatro privadas (Sanatorio San Miguel S.R.L Clínica de Salud Mental, localizado en Posadas, Misiones; Sistema Integrado de Salud S.R.L., localizado en Oberá, Misiones; Clínica San José De Salud Mental Entre Ríos S.A., localizada en Concordia, Entre Ríos; e Instituto de Psicopatología S.R.L, localizado en San Salvador de Jujuy, Jujuy) han presentado planes de adecuación ante dicho organismo.

⁴ Estos datos surgen de la respuesta a un pedido de acceso a la información pública realizado por ACIJ al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2018.

⁵ El Acta establece la refuncionalización de los hospitales monovalentes y su transformación en “hospitales especializados en salud mental, psiquiatría y neurociencias”, es decir, en nuevas instituciones de internación monovalente que violan la normativa vigente, y perpetúan un sistema hospitalocéntrico, biomédico y tutelar.

realización de prácticas vulneratorias de derechos humanos, tales como el uso de terapia electroconvulsiva. A pesar de los intentos de la sociedad civil por alcanzar su derogación, hasta el momento no se ha dictado ninguna que la reemplace. Si bien a través de la Resolución 715/2019 se aprobaron las “Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental”, que son acordes a las obligaciones emanadas de la ley, la propia norma reconoce en su artículo 1 que estas *“no establecen un marco regulatorio obligatorio, sino que deben ser consideradas recomendaciones y sugerencias en pos de la generación de políticas públicas en Salud Mental conforme los máximos estándares en la materia”*.

En este contexto, el Ministerio de Salud de la Nación, en tanto autoridad de aplicación y en cumplimiento del artículo 34 de la ley⁶, debe elaborar una nueva norma que regule la habilitación de los establecimientos de acuerdo a los criterios establecidos en ella y promover activamente la adecuación de las regulaciones provinciales.

2. La atención de la salud mental en el primer nivel es insuficiente

La ley 26.657 dispone en su artículo 9 que el proceso de atención de la salud mental *“debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”*. En el mismo sentido, el Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 preveía como uno de sus objetivos el fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de la Atención Primaria de la Salud, incorporando recursos humanos de Salud Mental en los centros de Atención Primaria y capacitando en servicio al personal que trabaje en ellos (punto 9.2.5).

Los centros de atención primaria forman parte de la red de servicios generales y juegan un rol esencial en materia de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las crisis, además de ser más accesibles y cercanos para las personas que requieren asistencia y fomentar el fortalecimiento de sus redes de apoyo y la creación de espacios de participación comunitaria.

⁶ El artículo 34 de la ley 26.657 dispone que la autoridad de aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

No obstante, la atención en este nivel durante esta década ha sido manifiestamente insuficiente. En la actualidad, estos centros son escasos y los que hay suelen carecer de los recursos necesarios para resolver situaciones de urgencia, brindar atención ambulatoria y dar seguimiento a los procesos de inclusión en la comunidad. Por otro lado, es frecuente que las articulaciones con el segundo nivel de atención, compuesto por los hospitales generales, sean ineficientes, lo que ocasiona derivaciones a instituciones monovalentes.

3. Los hospitales generales no brindan atención en salud mental

Un componente fundamental del sistema de atención que establece la ley 26.657 es la disponibilidad de servicios de salud mental en los hospitales generales públicos y privados del país. El tratamiento que se brinde en ellos debe ser ambulatorio e incluir la posibilidad de internación solo cuando la persona lo consienta o en casos de riesgo cierto e inminente para ella o para terceros, y prolongarse en tanto y en cuanto se mantenga dicha situación (artículo 23), promoviendo que sea lo más breve posible (artículo 15). En línea con la prohibición de crear nuevos manicomios y la obligación de reemplazar los existentes, las internaciones por motivos de salud mental pueden realizarse únicamente en hospitales generales (artículo 28).

Para el logro de este objetivo, el decreto reglamentario de la ley dispuso que el Estado Nacional debe destinar recursos para la construcción de nuevos hospitales que cuenten con áreas específicas para la atención de la salud mental, fomentando que las jurisdicciones adopten el mismo criterio. Además, estableció que debían elaborarse planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los hospitales generales, con el objetivo de incorporar en estos servicios de salud mental.

Está demostrado que la atención en este tipo de instituciones produce mejores resultados que la brindada en hospitales psiquiátricos. Entre sus ventajas, se ha señalado: la disminución del estigma y la discriminación del entorno; el abordaje de lo relativo a la salud mental como una problemática más de salud y la consiguiente inclusión de la persona en el espacio general de la salud pública; la reducción del tiempo promedio de internación y de las recaídas; la recuperación y creación de lazos

afectivos y sociales; y el mantenimiento de actividades laborales⁷. Además, estos hospitales tienen una mejor y mayor distribución geográfica, lo que permite atender a las personas en sus localidades, donde están más cerca de sus redes de apoyo natural⁸.

No obstante lo expuesto, se han registrado escasos avances en este sentido, y **aún no está garantizada la atención de la salud mental en todos los hospitales generales**. Con frecuencia, el personal de estas instituciones se niega a dar atención a las personas con discapacidad psicosocial y las deriva a hospitales psiquiátricos, aun cuando esto constituye un acto de discriminación y está expresamente prohibido por la ley (artículo 28). A 10 años de la ley, las internaciones -y también la atención ambulatoria- siguen concentradas en los hospitales monovalentes.

4. Faltan dispositivos comunitarios

La creación de una red de dispositivos alternativos a la internación, compuesta por consultas ambulatorias, servicios de atención domiciliaria y de apoyo a las personas usuarias y sus familiares, casas de convivencia, hospitales de día, centros de capacitación socio-laboral y servicios para la promoción y prevención de la salud mental, es otra de las medidas que establece la ley para garantizar el derecho a vivir en forma independiente y en la comunidad, y el acceso a una atención humanizada (artículo 11). Sin embargo, desde su sanción, **el Estado no ha implementado políticas públicas destinadas a que las personas con discapacidad psicosocial puedan salir de las instituciones. Los escasos dispositivos existentes en la actualidad son manifiestamente insuficientes para cubrir la demanda y suelen enfrentar grandes barreras para funcionar correctamente y sostenerse en el tiempo**. Muchos de ellos no cuentan con apoyo estatal ni con el financiamiento necesario para dar respuestas de calidad.

Esta situación fue constatada por el Poder Judicial en el marco de la causa “S.,A.F. c. Estado Nacional y otros s/amparo”⁹, en la que se condenó al Ministerio de Salud de la Nación y al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a crear los servicios necesarios

⁷ Cohen, H. y Natella, G., *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, 1a. ed., Buenos Aires: Lugar Editorial, 2013, pp. 224 y ss.

⁸ *Ibíd.*

⁹ “S.,A.F y otros c/ Estado Nacional - Ministerio de Salud y otros S/AMPARO LEY 16986” (Expte. 74516/2014), en trámite ante el Juzgado en lo Contencioso Administrativo Federal nro. 9.

para la externación de todas las personas en situación de alta médica que continúan encerradas en manicomios. **A 5 años de la sentencia, su nivel de cumplimiento es nulo, ya que ninguna de las demandadas acreditó la existencia de nuevos dispositivos.** Dicha conducta omisiva hizo que la Justicia impusiera a ambos ministerios una multa por cada día de retardo, pero -dado su escaso monto- hasta el momento no ha servido para lograr la implementación de la decisión.

En respuesta a un pedido de acceso a la información pública realizado por ACIJ a comienzos del año 2019, la Dirección Nacional de Planificación y Diseño de Obra Pública del Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda informó la existencia de diferentes anteproyectos de obras de viviendas asistidas para personas usuarias de los servicios de salud mental en todo el país. No obstante ello, de la propia respuesta y de los seguimientos posteriores realizados por la asociación, se desprende que ninguno ha registrado avances en su ejecución y -lo que resulta más preocupante aún- ni siquiera aquellos anteproyectos calificados como de “emergencia” (calidad que se otorga cuando no existen prestaciones cubriendo el servicio en la zona del proyecto y que otorga prioridad en los procesos ejecutivos) tuvieron avances en dicho año¹⁰.

Este incumplimiento reviste especial gravedad si se considera que **la mayor parte de las personas permanecen encerradas en hospitales psiquiátricos por razones sociales**, es decir, porque precisan de un dispositivo de atención que no existe, porque carecen de vivienda y el Estado no les brinda una solución habitacional, o porque no cuentan con recursos económicos o apoyos para vivir en la comunidad. Así lo demostró el Censo del año 2019, al señalar que **solamente el 36,4% de las personas reúne los requisitos que la ley establece para que proceda la internación involuntaria** (riesgo cierto e inminente para sí o para terceros).

El relevamiento arrojó también que el 53,6% de las personas internadas tiene obra social y el 8% cobertura de medicina prepaga. Este escenario evidencia el deficiente sistema de prestaciones que ofrecen estas entidades, ya que no proveen los dispositivos que la normativa vigente reconoce para el tratamiento de la salud mental, aun cuando el artículo 37 de la ley estableció el deber de la autoridad de aplicación y de la Superintendencia de Servicios de Salud de promover la adecuación de estas

¹⁰ Los proyectos informados por el Ministerio del Interior, Obras Públicas y Viviendas se encuentran registrados en el gestor de carteras de la entidad bajo los números SIPPE 10265, 120157, 119931, 119932, 118906, 118905, 118942, 118943, 119962, 119963, 118917, 118895, 118922, 118921, 120213, 120215 y 119880.

coberturas a los principios establecidos en ella, en un plazo no mayor a los 90 días corridos desde su sanción. Asimismo, da cuenta de la necesidad de fortalecer el rol que el Ministerio de Salud de la Nación, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias deben desarrollar conforme lo indica la reglamentación del artículo 6 de la ley¹¹, y de la necesidad de mejorar el funcionamiento de los organismos que regulan y controlan la labor de dichos agentes.

La falta de servicios comunitarios favorece la cronificación de las internaciones de miles de personas y excluye a gran parte de la población de acceder a la atención humanizada y de calidad que prevé la ley 26.657. Avanzar en su creación y efectivo funcionamiento es fundamental para llevar a cabo procesos de desinstitucionalización y para garantizar la vida en comunidad.

5. Las y los profesionales carecen de la formación necesaria para implementar la ley

La ley 26.657 buscó poner fin a la hegemonía médica en el abordaje de la salud mental, y dispuso que su atención debe estar a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y técnicas y otros trabajadores y trabajadoras de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras (artículo 8). La formación para el acceso a estas profesiones y la capacitación de quienes se encuentran ejerciéndolas es fundamental para el cumplimiento de la ley, toda vez que el fin del manicomio requiere no solo el cierre de estas instituciones sino también la no reproducción de sus prácticas. En este sentido, dispone el artículo 33 de la mencionada norma que el Ministerio de Salud debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los y las profesionales en las disciplinas con injerencia en el tema sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan para su

¹¹ Este artículo 6 del decreto 603/2013 establece que "la Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), la Obra Social del Poder Judicial de la Nación (OSPJN), la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657".

cumplimiento y promover espacios de capacitación y actualización para dichos actores.

Sin embargo, en la actualidad, **los procesos de formación de los y las profesionales no brindan suficientes herramientas para que trabajen desde el enfoque de la salud mental comunitaria y desde la interdisciplina, y reproducen representaciones negativas y estigmatizantes sobre los diagnósticos en el campo de la salud mental.** Esta situación se ha constituido en un gran obstáculo para avanzar en procesos de desinstitucionalización¹², y vuelve imprescindible que los diseños curriculares de las disciplinas con trabajo en este ámbito se actualicen de acuerdo al paradigma plasmado en la CDPD y en la ley.

En relación con lo anterior, también resulta preocupante que al ser insuficientes los servicios de salud mental en hospitales generales y los dispositivos de atención comunitaria, **las instituciones monovalentes, tanto públicas y privadas, continúen formando a muchas personas que se desarrollarán profesionalmente en esta área.** Dicha formación se lleva a cabo en ámbitos y con prácticas que deben dejar de existir por ser violatorias de derechos y contrarias a la evidencia científica sobre los modos en los que se debe abordar la salud mental de las personas.

Tal como lo establece la reglamentación del artículo 33 de la ley, el Ministerio de Salud de la Nación debe promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, para sustituir definitivamente las instancias de formación existentes en instituciones monovalentes.

La necesidad de asegurar una formación que responda a los estándares de la ley no se restringe únicamente a las y los trabajadores de la salud. También se extiende a quienes trabajan en organismos de protección de derechos, como defensorías o consejos especializados. Por otro lado, a partir de la sanción de la ley 26.657 y del Código Civil y Comercial, el Poder Judicial ocupa un rol fundamental como garante de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, principalmente de aquellas que atraviesan alguna situación de internación o un proceso de restricción de su capacidad jurídica. Para el desarrollo de esta función, las y los operadores

¹² Natella, G., "Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional", en *Salud mental, Comunidad y Derechos Humanos*, Montevideo: Ed. Psicolibros Universitario, 2017, pp. 241-267.

judiciales deben estar capacitados para fiscalizar las decisiones de internación y las condiciones en las que estas se originan y se desarrollan, en aras de evitar prácticas violatorias de derechos y asegurar los apoyos que cada persona requiera para vivir en la comunidad, siempre a la luz del modelo social de la discapacidad. Sin embargo, **a 12 años de la ratificación de la CDPD, algunas decisiones judiciales todavía reproducen estereotipos que conducen a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad y se fundan en una perspectiva biomédica, normalizante y capacitista.**

En este contexto, se debe avanzar en el mejoramiento de la formación de las y los trabajadores involucrados en el cumplimiento de la ley, fortaleciendo el conocimiento sobre los estándares de derechos humanos y salud mental consagrados en los tratados internacionales y en la normativa local, y sobre las prácticas que son respetuosas de ellos.

6. Las personas usuarias no cuentan con los recursos suficientes para exigir sus derechos y no participan en el ciclo de la política pública

La ley 26.657 reconoce a las personas usuarias de los servicios de salud mental y adicciones derechos que se relacionan con su dignidad, con su plena capacidad y con la atención de su salud (artículo 7). Entre ellos, el derecho a una atención integral y humanizada, a ser informadas y a decidir sobre sus tratamientos, a contar con abogado o abogada en caso de internación involuntaria y a cuestionar su procedencia, a ser atendidas en servicios generales y a acceder a dispositivos comunitarios.

El conocimiento de estos derechos por parte del colectivo de usuarios y usuarias es imprescindible para que puedan exigir su efectivo cumplimiento. Desde la sanción de la ley hasta la actualidad, la labor de promover dicho conocimiento ha sido una tarea desarrollada principalmente por las organizaciones de la sociedad civil y por unos pocos organismos públicos de protección y defensa de derechos. Sin embargo, reviste vital importancia que el Ministerio de Salud de la Nación, en tanto autoridad de aplicación de la ley 26.657, genere instancias de empoderamiento y actividades para la difusión de derechos, en formatos que sean accesibles para todas las personas. Resulta central, asimismo, que se apoye con recursos de diversa índole a las organizaciones de usuarios y usuarias, para evitar que estas se vean impedidas de

funcionar por falta de financiamiento, de medios de comunicación, de espacios de trabajo, entre otros.

La participación de las personas con discapacidad psicosocial en el ciclo de la política pública es otra gran deuda en nuestro país. Se deben crear canales que aseguren su participación efectiva en la elaboración y aplicación de las decisiones que puedan afectarlas directa o indirectamente, conforme lo establece la CDPD en su artículo 4.3¹³ y la LNSM en su artículo 37¹⁴. Los procesos de consulta no deben ser simbólicos ni meramente formales. Por el contrario, tienen que garantizar la plena accesibilidad, transparentar los resultados de los intercambios y justificar adecuadamente todo apartamiento de lo solicitado por quienes formaron parte de esas instancias.

7. Subsisten grandes prejuicios en relación a las personas usuarias de los servicios de salud mental

En la actualidad, **las personas con discapacidad psicosocial continúan siendo objeto de miradas estigmatizantes y degradantes.** Los falsos estereotipos que pesan sobre ellas se reflejan, por ejemplo, en el modo en que los medios de comunicación continúan abordando la temática. Se ha expresado con acierto que las personas con algún padecimiento mental son presentadas mediáticamente bajo el estigma de la anormalidad, la incapacidad y la peligrosidad¹⁵, y las noticias que las involucran se asocian casi exclusivamente a hechos delictivos, fomentando la reproducción de ideas equivocadas y sesgadas sobre ellas y profundizando su exclusión.

En ese contexto, resulta imprescindible que el Estado adopte políticas públicas destinadas a romper con los prejuicios que históricamente se han construido

¹³ El artículo 4.3 de la CDPD establece que *“en la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan”*.

¹⁴ El artículo 37 de la ley 26.657 dispone que *“La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio”*.

¹⁵ Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual, *Guía para el tratamiento mediático responsable de la Salud Mental*, 1a ed., Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba, 2014, p. 15.

alrededor de ellas, y que constituyen significativas barreras para garantizar su inclusión comunitaria. El Ministerio de Salud de la Nación y sus equivalentes jurisdiccionales deben ocupar un rol activo en la desarticulación de las visiones discriminatorias y en la deconstrucción de aquellos paradigmas dominantes que la CDPD y la Ley Nacional De Salud Mental buscan dejar atrás, impulsando, por ejemplo, campañas de comunicación masiva.

8. Se necesitan más organismos de control y protección de derechos

Desde la sanción de la ley 26.657, la internación por motivos de salud mental se convirtió en un recurso terapéutico excepcional, de carácter restrictivo y de última ratio, rodeado de una serie de garantías que buscan evitar violaciones de derechos. En ese espíritu, la norma creó el Órgano de Revisión Nacional en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objetivo de proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y de velar por el cumplimiento de la ley. Dentro del mencionado Ministerio, también se instituyó la "Unidad de Letrados - Artículo 22 de la Ley"¹⁶, a fin de asegurar una defensa técnica para las personas mayores de edad internadas de forma involuntaria¹⁷, siempre y cuando no se encuentren bajo un proceso de restricción de la capacidad jurídica. La puesta en funcionamiento de ambos organismos es uno de los avances más importantes que se han registrado desde la sanción de la ley.

No obstante, **existen 12 jurisdicciones que aún no crearon sus Órganos de Revisión locales¹⁸, y son escasas las que cuentan con cuerpos de abogadas y abogados especializados en salud mental y derechos humanos que representen a las personas internadas**, con las implicancias que ello tiene para el efectivo ejercicio de derechos. Esta situación exige un compromiso de las provincias y de la Ciudad de

¹⁶ Según el artículo 22 de la ley 26.657, "la persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento".

¹⁷ Esta unidad interviene solo en el caso de personas internadas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

¹⁸ En Argentina, además del Órgano de Revisión Nacional, hay 9 Órganos de Revisión locales que están actualmente en funcionamiento, los que corresponden a las siguientes provincias: Buenos Aires, Chaco, Entre Ríos, Jujuy, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. A su vez, se encuentran en etapa de reglamentación aquellos creados en Catamarca, La Rioja y Tucumán.

Buenos Aires con la creación y puesta en funcionamiento de estos organismos en sus territorios, y requiere que el Ministerio de Salud de la Nación trabaje para evitar las resistencias que puedan surgir en ese proceso y garantizar que todas las personas internadas tengan acceso a canales de denuncia independientes y especializados para defender sus derechos.

Asimismo, en virtud de la cantidad de instituciones existentes y de personas internadas por motivos de salud mental, **es necesario que los organismos que ya se encuentran en funcionamiento sean fortalecidos con mayores recursos humanos y presupuestarios que permitan ampliar el alcance de las acciones que llevan a cabo.**

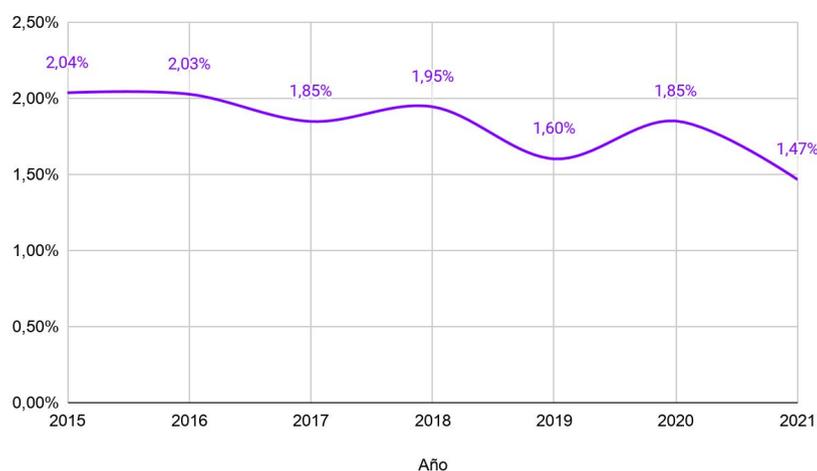
9. El presupuesto para salud mental comunitaria está lejos del mínimo legal

Según la ley 26.657, en un plazo no mayor a 3 años desde su sanción, el Poder Ejecutivo debía destinar el 10% del gasto total de salud a salud mental, y procurar que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adoptaran el mismo criterio (artículo 32). Sin embargo, esta obligación está lejos de cumplirse.

Analizar el presupuesto destinado a salud mental en Argentina presenta ciertas dificultades. No es posible conocer con exactitud la totalidad del gasto afectado a esta finalidad, y en ocasiones resulta difícil identificar cuánto se dirige al cumplimiento de la ley y cuánto a sostener grandes instituciones psiquiátricas. Ello se debe principalmente a la falta de información detallada sobre lo que se realiza en el marco de cada programa, a las insuficientes desagregaciones de los datos y a los diferentes niveles de producción de información que hay en las diferentes jurisdicciones locales.

No obstante, en lo relativo al presupuesto nacional, la suma de los recursos de las cuatro entidades en las que se identifica de modo expreso gasto en salud mental (Ministerio de Salud de la Nación, a través de la actividad “Apoyo y Promoción de la Salud Mental”; Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”; Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”; y Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina - SEDRONAR), permite afirmar que el porcentaje que dicho gasto ocupa dentro del presupuesto total de salud es ínfimo. En efecto, el análisis realizado por ACIJ evidencia que **la suma de los presupuestos vigentes de la mencionada actividad y de los otros 3 organismos al mes**

de octubre de 2020, representa el 1,90% del gasto total de salud a nivel nacional¹⁹. Mientras que en el año 2021, de acuerdo al proyecto de presupuesto presentado por el Poder Ejecutivo Nacional, este representará el 1,47%. Como se observa en el gráfico a continuación, este porcentaje se mantuvo constante en los últimos años, con una tendencia a la baja.



La situación se agrava por el hecho de que estos fondos tampoco son destinados en su totalidad a cumplir con las obligaciones que surgen de la ley, sino que gran parte de ellos se dirige al financiamiento del manicomio. Particularmente alarmante es la situación presupuestaria de la actividad “Apoyo y Promoción de la Salud Mental” (única en la órbita del Ministerio de Salud en la que se identifica de modo expreso el objetivo de promover la salud mental comunitaria), que entre 2015 y 2021 registró una reducción significativa y sostenida de sus recursos. En ese período, la disminución de su presupuesto original alcanzó el 74,26%, y se observaron, además, elevados niveles de subejecución en ciertas actividades clave para avanzar en procesos de desinstitucionalización, tales como las de asistencia financiera a proyectos comunitarios.

A pesar de que la implementación de partidas presupuestarias adecuadas y suficientes es fundamental para la sustitución del modelo manicomial, lo expuesto evidencia que **en lugar de ir progresivamente aumentando los fondos hasta alcanzar el 10%, estos se reducen año tras año, y gran parte de ellos siguen concentrados en**

¹⁹ A los efectos de calcular esta proporción, se comparó la suma de los recursos asignados a la actividad “Apoyo y Promoción de la Salud Mental” y a las jurisdicciones mencionadas con el presupuesto total de la función salud dentro del presupuesto del Estado Nacional.

los hospitales psiquiátricos. Si bien las instituciones monovalentes públicas de carácter nacional poseen algunos programas para la externación, las personas beneficiarias de ellos constituyen un porcentaje menor en relación al porcentaje total de internadas²⁰, y tampoco se observa que el número de personas asistidas para la externación aumente interanualmente, como debería suceder si progresivamente se fueran creando nuevos servicios comunitarios²¹.

En este contexto, el Estado debe aumentar los recursos para la salud mental y comenzar a redireccionar los existentes a la atención comunitaria. En particular, son necesarias partidas presupuestarias específicas para garantizar la atención de la salud mental en los centros de atención primaria y hospitales generales, crear dispositivos alternativos a la internación que permitan la vida en comunidad, brindar apoyo financiero a las personas externadas y/o que se encuentren sin trabajo y fortalecer los organismos de control y protección de derechos.

10. El Estado no produce información relevante para la política pública

La implementación de políticas públicas para cumplir la ley requiere que el Estado produzca y sistematice información relevante sobre la situación actual del sistema de atención en salud mental y de las personas usuarias de él. Sin embargo, tanto a nivel nacional como de las jurisdicciones locales dicha información no se produce o es deficiente.

En términos generales, **no existe información ni datos estadísticos oficiales suficientes, desagregados, adecuados y centralizados sobre aspectos fundamentales para monitorear la transformación del sistema**, como la cantidad de camas disponibles para internación por motivos de salud mental en los hospitales generales, la cantidad de servicios de atención ambulatoria y de dispositivos comunitarios existentes en el país, el número de vacantes con las que estos cuentan, la cantidad de profesionales necesarios y necesarias para garantizar un abordaje

²⁰ A modo de ejemplo, puede mencionarse el caso del Hospital "Lic. Laura Bonaparte", que para el año 2021 prevé contar con 180 personas alojadas a tiempo completo en la institución, y solo asistir a 25 en su externación.

²¹ Por ejemplo, en 2016 la Colonia Montes de Oca preveía asistir en el marco de la meta "Alojamiento Externo para Rehabilitación y Reinserción Social" a 78 personas, pero ese número fue inferior en los años siguientes. En cuanto a la meta "Asistencia financiera para la inserción social" las personas asistidas fueron 73 en 2014, y tan solo 49 en 2019.

interdisciplinario en los diferentes niveles de atención, los recursos presupuestarios que se destinan a salud mental, entre otros.

En cuanto a la situación de las personas internadas, el artículo 35 de la ley obliga al Ministerio de Salud de la Nación a realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental públicos y privados del país. El primero de ellos debía realizarse dentro de los primeros 180 días corridos a partir de la sanción de la norma, para luego reiterarse con una periodicidad máxima de 2 años. Si bien hasta el momento el Ministerio de Salud debería haber hecho cinco censos, solamente llevó a cabo uno (2019), que excluyó a las instituciones públicas o privadas con internación monovalente únicamente en adicciones. Esta situación hace que no se conozca cuántas existen ni cuál es la situación de las personas alojadas en ellas.

Más allá de la importancia que tienen los datos recolectados a partir del primer censo, que debe repetirse el año próximo, **el Estado no ha producido ni centralizado información esencial para proceder a la externación sustentable de la población alojada en los hospitales psiquiátricos**. Por ejemplo, aquella relativa a cuáles son las redes vinculares que estas personas tienen, qué tipo de apoyos requieren para vivir en la comunidad, y cuáles son los recursos sanitarios y sociales disponibles en sus comunidades. Estos datos deben indudablemente ser tenidos en cuenta para la realización del próximo relevamiento nacional.

Además, tampoco se releva información sobre la situación sanitaria, social, económica, educativa y laboral de las personas con discapacidad psicosocial que residen en otro tipo de instituciones (por ejemplo, hogares) ni de aquellas que son usuarias de dispositivos comunitarios.

Por otro lado, Argentina no cuenta con información epidemiológica completa, actualizada y desagregada sobre la cantidad de personas que tienen un diagnóstico en el campo de la salud mental, cuántas de ellas acceden a un tratamiento, y cuál es la calidad de la atención que reciben.

Producir esta información es esencial para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas, asegurando que respondan a las necesidades de este colectivo vulnerabilizado y garanticen sus derechos fundamentales.

REFLEXIONES FINALES

A 10 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, podemos afirmar que, con excepción de algunos avances concretos o experiencias aisladas en determinadas jurisdicciones, no se han implementado políticas públicas integrales para dejar atrás el modelo manicomial. En este tiempo, también han existido múltiples ataques a la ley, y hasta hoy se observan grandes resistencias para cumplirla, como discursos que pretenden desconocerla.

Si bien la ley 26.657 es de orden público y su aplicación es obligatoria en todas las provincias -sin necesidad de que estas adhieran a ella- y para todos los efectores de salud del país (públicos y privados), esta primera década ha evidenciado que su cumplimiento no es posible sin un trabajo articulado entre el Estado Nacional, las jurisdicciones locales y los servicios sanitarios. En este sentido, el rol del Ministerio de Salud de la Nación es fundamental para avanzar en el proceso de transformación, ya que es a él a quien la ley ha reconocido como su autoridad de aplicación. Incrementar el presupuesto nacional para la salud mental e impulsar su aumento en las provincias, desarrollar programas y líneas de asistencia técnica y financiera para la construcción de dispositivos comunitarios, promover la creación de salas de salud mental en hospitales generales y centros de atención primaria, procurar que todas las instituciones monovalentes desarrollen planes de adecuación a la ley, trabajar en la capacitación de las y los profesionales que intervienen en el campo de la salud mental, fortalecer las organizaciones de personas con discapacidad y actualizar la normativa vigente sobre habilitación de establecimientos y sobre el sistema de prestaciones de salud a los estándares de la ley, son algunas de las medidas que debe desarrollar para el logro de este objetivo.

El modelo comunitario y de inclusión social es el único que reconoce a las usuarias y usuarios de los servicios de salud mental como sujetos de derecho, y que les garantiza salud física y mental, una vida digna, independiente y en la comunidad, y la protección contra la tortura, la violencia y la discriminación. No existe motivo ético ni científico que justifique la institucionalización ni el encierro psiquiátrico. El incumplimiento de la ley 26.657 es una cuestión de derechos humanos y salud pública

que compromete la responsabilidad internacional del Estado argentino, y que debe revertirse de forma urgente.

Los 10 años de la ley coincidieron con el evento excepcional de la pandemia del virus COVID-19. Esta situación evidenció el abandono en que se encuentran las personas alojadas en los hospitales psiquiátricos, las condiciones precarias en las que viven hace años y las graves deficiencias de este sistema de atención. La institución manicomial las expuso nuevamente a una amenaza real a su salud, a su integridad y a su vida, que la implementación de la ley hubiera evitado.

Cumplir la normativa vigente requiere de una voluntad política firme y sostenida, tendiente a abandonar un sistema de atención que fracasó en todo el mundo, y exige que la salud mental deje de ocupar un lugar marginal en las acciones de gobierno. Esta primera década evidencia que el Estado es responsable de las sistemáticas violaciones a los derechos que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial y refleja la falta de políticas para terminar con el manicomio. Mientras esta omisión persista, miles de personas continuarán encerradas y obligadas a vivir vidas deshumanizadas e indignas. Es momento de saldar esta deuda.