



# Un nuevo paradigma en salud mental

PABLO GLANC (UBA/UNPAZ)  
1 DE AGOSTO 2017

---

A más de 6 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, estas líneas aún tienen como objetivo reflexionar sobre las principales consecuencias que intenta imponer. Lo planteo de este modo porque el hecho de tener que seguir justificando las reformas que introduce esta legislación se relaciona directamente con la falta de una voluntad política de ponerla en práctica y la resistencia a aplicarla por parte de sectores hegemónicos, aún hoy, a más de 6 años.

En un contexto de reconocimiento de derechos a distintos colectivos en situación de vulnerabilidad, el 25 de noviembre de 2010 se sancionó la Ley N° 26657, que vino a –in-

tentar— imponer un nuevo paradigma sobre la relación entre el Estado y las personas con padecimiento mental. Y decimos que impuso un nuevo paradigma, ya que reconoció a las personas como sujetos de derecho y estableció una forma completamente diferente de abordaje de la problemática en cuestión. En este contexto, si bien es claro que la norma legisla sobre problemáticas de salud, lo cierto es que se trata más de un reconocimiento de derechos, de una promoción del derecho humano a la salud en el ámbito específico de la salud mental. Vamos a analizar algunas de las implicancias de mayor trascendencia.

### **Hacia un nuevo paradigma: el modelo social de la discapacidad**

En un primer lugar, y de conformidad con las obligaciones contraídas por el Estado a través de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad —de jerarquía constitucional desde 2014—, la Ley N° 26657 modificó el carácter tutelar que anteriormente imponía el Código Civil de la Nación y lo sustituyó por el “modelo social de la discapacidad”. Como decía anteriormente mencionaba, este modelo tiene basamento directo en el derecho internacional de los derechos humanos, tanto en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, como en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, de la ONU, y parte de la base de que todas las personas con padecimiento mental tienen plena capacidad jurídica y fáctica. Se presume la capacidad de todas las personas, aun cuando estén internadas por motivos de salud mental, y solamente una sentencia judicial fundada y tras la sustanciación de un proceso con diversas garantías, puede restringirla. De esta manera, se deja de lado el paradigma según el cual se trataba de una persona que tenía una discapacidad y que por ello la sociedad debía cuidarla, y se pasa a un enfoque según el cual cada persona es diferente, diversa, y como consecuencia del entorno social puede encontrarse en una situación de discapacidad, es decir, donde alguna particularidad le obstruye el ejercicio de un derecho. Es así que el Estado y la sociedad tienen la obligación de remover aquellas barreras u obstáculos que puedan generar dicha situación de discapacidad.

Como se observa, este modelo no sólo debe regir para el ámbito judicial, sino que debe aplicarse, también, en los tratamientos de salud mental, donde la voluntad y los deseos

de las personas usuarias del servicio de salud debe ser la piedra angular de todo abordaje terapéutico; es decir, se reconoce el derecho de la persona con padecimiento en su salud mental a saber, participar y decidir de su tratamiento, relegando para determinados casos excepcionales aquellos que fueren forzados.

El modelo social de la discapacidad emerge de los artículos 3 y 12 de la Convención de Derecho de las Personas con Discapacidad y de los artículos 1, 3 y 5 de la Ley N° 26657; por su parte, el derecho a la información y participación surge del art. 7, incisos “j” y “k” de dicho cuerpo normativo; a su vez, es concordante con lo que establece la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

### **Las internaciones**

La Ley N° 26657 permite dos modalidades de internación: voluntarias (cuando la persona decide y solicita su internación en un centro de salud mental) e involuntarias (cuando la internación es decidida por un equipo de salud aún sobre la voluntad de la persona internada). De acuerdo a lo analizado en el punto precedente, la internación involuntaria es la gran excepción a la regla, en tanto se constituye como una práctica contraria a la autonomía personal y al consentimiento de la persona con padecimiento; es por esta razón que sólo podrá ser utilizada como último recurso solamente cuando se configuren las circunstancias por ley establecidas: cuando a criterio de un equipo interdisciplinario concurren conjuntamente una situación de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros y que la internación acarree beneficios terapéuticos imposibles de conseguir con otra modalidad menos restrictiva (art. 20 de la Ley N° 26657).

La internación voluntaria se trata –en principio– de un acto privado entre una persona y su equipo de salud; aun así, debemos tener presente que toda persona que decide internarse tiene derecho a abandonar el tratamiento cuando lo desee. Esto es así para evitar que una persona se interne voluntariamente y luego quede privada de su libertad ambulatoria. Solamente se podrá evitar que la persona egrese de una institución de salud si se dan los supuestos de una internación involuntaria, pero en ese caso, por supuesto, ya no estaríamos ante una internación voluntaria.

Por otro lado, en relación a las internaciones voluntarias, la Ley N° 26657 establece una cláusula que intenta evitar que los establecimientos de salud mental se conviertan en receptores de gente sin hogar y se supla la ayuda social por la ayuda sanitaria: la ley prohíbe las internaciones por motivos sociales y obliga a los Poderes Judicial y Ejecutivo a adoptar acciones positivas a favor de aquellas personas que lo necesiten a fin de que su problemática sea resuelta de la forma más breve posible por parte de los organismos dedicados a ello (arts. 15 y 18 de la Ley N° 26657). Es que las clínicas y los hospitales no están hechos para dar techo y alimento y no son lugares dignos para que las personas desarrollen allí su vida; es necesario fortalecer desde el desarrollo social todas aquellas formas de acompañamiento para que las personas puedan promover sus planes de vida en el ámbito comunitario y no sanitario.

La internación involuntaria es, junto con la prisión en sede penal, la única forma de privación de la libertad que autoriza el discurso jurídico. No hay que tener miedo de decirlo: las internaciones involuntarias son una forma legal de privación de la libertad. Es por ello que para llevar adelante dicho procedimiento deben respetarse distintos preceptos y garantías establecidos a fin de evitar abusos, y más precisamente, evitar privaciones de libertad que sean ilegales.

Uno de los principales requisitos exigidos es aquel ya mencionado: tratándose de una privación legal de la libertad, solamente puede llevarse a cabo si se observan los requisitos establecidos por ley, entendiendo únicamente el término “ley” como “ley formal”, ley del Congreso Nacional. La Ley Nacional N° 26657 determina cuándo se puede proceder a la privación legal de la libertad por motivos de salud mental y es por ello que no se trata solamente de una cuestión de abordaje sanitario, sino que se legisla sobre el derecho a la libertad ambulatoria y la facultad del Estado para restringirlo. De esta manera, el único órgano que puede decir cuándo se restringen los derechos fundamentales será el Poder Legislativo, y el único órgano del Estado que deberá tener el contralor de dicha privación y su procedimiento no puede ser otro que el Poder Judicial. Es así que nos adentramos en la segunda garantía de toda internación involuntaria por motivos de salud mental.

Es por este motivo que las internaciones involuntarias por salud mental son controladas por el Poder Judicial, que debe autorizarlas –o no– y que debe llevar a cabo un control activo, inmediato, a fin de verificar que los requisitos necesarios para proceder a la internación involuntaria se encuentren vigentes. En caso contrario, el/la Juez/a deberá rechazar la internación y ordenar la inmediata externación de aquella persona internada (art. 21 y 24 de la Ley N° 26657), sin perjuicio de las medidas que pudieren tomarse contra los/as profesionales que no hubiesen cumplido con la legislación vigente.

El control judicial de las internaciones involuntarias tiene fundamento, entonces, en la responsabilidad del Estado como garante del respeto a los derechos fundamentales en el marco de una privación de libertad; es así que toda restricción a los derechos de las personas debe ser comunicada al órgano jurisdiccional a fin de que tome conocimiento y la convalide o la rechace (arts. 14 y 30, Ley N° 26657 y Decreto N° 603/13). En este contexto toma especial relevancia la figura del abogado instituida en el artículo 22 de la Ley Nacional de Salud Mental, previsto desde 1991 por los Principios de Naciones Unidas (Principio 18). El abogado defensor es aquella persona que debe velar por la voluntad de la persona internada y poder hacer los reclamos judiciales y extrajudiciales que su defendido le requiera. Esto es así ya que es la única forma de garantizar el acceso a la justicia de quien se encuentra internado contra su voluntad y se ve imposibilitado de concurrir a los tribunales; de lo contrario, no podría participar en el control judicial de internación que lo tiene como única parte. El art. 22 de la Ley N° 26657 se vio complementado con el art. 47 de la Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa que deja la figura del abogado bajo la órbita de la Defensoría General de la Nación y define sus funciones.

Es dable destacar que contra todos los pronósticos, la figura del abogado defensor se ha tornado, en la práctica, piedra angular del cumplimiento de los derechos establecidos por la normativa en cuestión: es que no solamente se requiere de la letra de la ley, sino que es necesaria la efectiva exigencia de su cumplimiento a fin de poder llevar adelante los trascendentales cambios que se imponen. En este marco, la presencia de letrados/as en las instituciones de salud mental obligan al acatamiento de las exigencias legales.

Por este motivo, la Ley N° 26657 ha sido y es sumamente resistida por parte de las corporaciones médicas e institucionales: la presencia permanente de letrados/as requiriendo

por los derechos de las personas internadas no es del agrado de quienes podían llevar a cabo los tratamientos sin ninguna supervisión estatal. Justamente, dado el rechazo de quienes no quieren que se lleve a cabo este control, es necesario que el mismo no se dé por una desconfianza personal sino que se relacione con el hecho de la prohibición de abandonar la institución cerrada.

### “Desmanicomialización”

Otro de los puntos nodales de la reforma es lo que podemos denominar como la “desmanicomialización”, que hace referencia a la imposición de atención de personas con padecimiento mental en hospitales o clínicas polivalentes, generales, y no en instituciones únicamente de salud mental, o monovalentes. Podríamos debatir si no es este el punto principal de la reforma en cuestión, sobre todo en cuanto a políticas públicas sanitarias, pero sería entrar en un debate filosófico respecto de qué es más importante, si la modificación de las políticas públicas o la concepción sobre la persona humana y su trato respetuoso en el abordaje. Entiendo que todo el fundamento debe rondar alrededor de un tratamiento que ponga eje en entender a la persona como un sujeto de derecho, y que a su servicio, también, se impone la reforma de las instituciones manicomiales.

En la actualidad, el mayor porcentaje de atención a las personas con problemas de salud mental se da en los denominados “manicomios”: se trata en general de hospitales cerrados, generalmente en espacios geográficos de difícil acceso, lo cual implica necesariamente la exclusión de la persona internada: requiere que reciba el tratamiento lejos de su hogar, de su familia, obstaculiza las visitas y salidas, hace que se dificulte el pedido de ayuda rápida y conspira contra la atención sanitaria posterior al alta. Pero al mismo tiempo, alimenta un imaginario social de marginación donde “los/as locos/as” deben estar lejos, fuera de la sociedad, encerrados/as; donde son peligrosos/as. Nadie mira lo que pasa en una institución cerrada y alejada, promoviendo mitos tanto sobre las personas internadas como sobre los tratamientos impartidos. Estos mitos harán muchísimo más difícil la inclusión social de las personas que, tras el alta, vuelven a sus hogares, con sus amigos/as, a sus trabajos, o a buscar trabajo, con el estigma de *ser locas*. Sumado a ello,

las instituciones cerradas son caldos de cultivo para todas formas de abuso o violencia institucional, por el escaso control sobre ellas.

Contrariamente a dicha modalidad, el abordaje territorial facilita la consulta y democratiza tanto el acceso a la institución sanitaria como así también el control sobre la prestación. El hecho de hallarse cerca del barrio colabora con la presencia de familiares y amistades; a su vez, todo servicio brindado en un hospital o clínica polivalentes coadyuva a una mayor presencia de distintos/as profesionales, lo que cumple la doble función de tornar más transparente el trato y ahuyentar los mitos y creencias que se forman alrededor de las personas internadas por motivos de salud mental.

La atención en el ámbito comunitario acarrea, entonces, mejoras en el servicio desde distintos aspectos; sin embargo, aún se arguye que las instituciones monovalentes son más efectivas por la especialidad del hospital. Este punto no resiste el menor análisis: ello sería desautorizar a todo profesional de cualquier disciplina de salud que trabaje en un hospital general por no hallarse en uno especializado. Es claro que quien tenga un problema de salud mental será atendido/a por el profesional idóneo (psicólogo/a, psiquiatra, etc.) y no por un/a oftalmólogos/as, como sucede con todas las especialidades. Atenderse en una institución polivalente significa que la persona será atendida en un servicio especializado dentro de una institución donde se cuenta con distintos servicios de salud, propendiendo así el intercambio, la interconsulta y la interdisciplina, que es otro de los puntos a desarrollar.

Lamentablemente, las corporaciones médicas continúan defendiendo esta modalidad de abordaje. En el caso de las instituciones existe un fundamento muy claro, pues deberían abandonar completamente los objetivos que tienen impuestos y las clínicas privadas deberían convertirse en centros de atención diferentes (tales como hospital de día, de noche, casas de medio camino), y deberían generar espacios en las clínicas generales con que cuentan. De esta manera, se cierra un negocio directo entre clínica y proveedores, especialmente de fármacos. En el caso del sistema público, los hospitales generales deberían abrir servicios de atención de personas con discapacidad psicosocial, algo sumamente resistido por el prejuicio, la discriminación, y las modalidades diversas de

abordaje que se requieren; a su vez, para quienes se desempeñan en monovalentes podría representar el fin de un espacio de poder.

### **La interdisciplina**

Ante los principios anteriormente mencionados, la interdisciplina podría no llegar a parecer un punto de significancia mayor; sin embargo, debe ser comprendida entre las modificaciones fundamentales que intenta imponer la Ley N° 26657. ¿A qué nos referimos con interdisciplina? Este principio tiene como objetivo evitar que el campo de la salud mental sea abordado única y hegemónicamente por la medicina, abordándola desde distintas áreas que deben trabajar relacionadas entre sí, tales como la terapia ocupacional, la enfermería, la psicología, el trabajo social, etc.

La imposición de la interdisciplina sobre la hegemonía médica es constantemente objetada por los/as psiquiatras, que ven allí una pérdida de espacios de poder. Esto no debería ser así: no se trata de que haya “mejores o peores” profesiones, sino de entender a la salud mental como un espacio complejo imposible de abarcar desde una sola especificidad; más concretamente, se trata de no reducir la salud mental a la biología. En este contexto, todas las personas que aborden desde su disciplina la salud mental deben tener igual preponderancia en el abordaje terapéutico, siempre atendiendo a las necesidades específicas de cada caso concreto, donde puede primar un discurso sobre otro. . De esta manera, el abordaje integral no surge como una forma de tratamiento sino como la respuesta a entender el padecimiento mental como pluridimensional, consecuencia de sendos factores que necesariamente deben ser entendidos sin exclusión ni exclusividad.

Pero la interdisciplina no busca únicamente el trabajo desde los distintos saberes, sino que se propone su horizontalización: la interdisciplina se presenta como una forma de poner en el mismo nivel jerárquico todas aquellas formas de abordaje, lo que implica abandonar el paradigma médico-hegemónico, democratizando la discusión y el discurso. Es así que la Ley Nacional de Salud Mental pone a todas las personas con título de grado referido a la materia en igualdad de condiciones para ser jefe de un servicio.

En la práctica, la interdisciplina representa el intento por desplazar al fármaco como única vía de atención, en contra de los postulados que buscan en la “ciencia” la respuesta a los problemas psicosociales de los sujetos.

## Conclusiones

La Ley Nacional de Salud Mental intenta imponer cambios muy profundos tanto en la concepción desde el Estado sobre las personas con algún tipo de padecimiento mental como así también en el abordaje y tratamiento que se les otorga. Importa modificar no sólo el paradigma anteriormente vigente en salud, sino también en términos de igualdad en una sociedad estructuralmente desigual.

Más allá del análisis aquí desplegado, debe destacarse que los más de seis años han importado un avance enorme en materia de derechos humanos, mas no suficientes. Los puntos analizados deben ser entendidos como premisas necesarias sobre las cuales se estructure toda una manera de interrelación y de atención, a fin de construir una sociedad más inclusiva, y con ella, más igualitaria.