

Derechos en Salud Mental: ¡AFUERA!

CAMBIOS EN LA LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL CONTEMPLADOS EN EL PAQUETE DENOMINADO “LEY ÓMNIBUS”

Las modificaciones a la Ley Nacional de Salud Mental vulnerarían derechos adquiridos de los usuarios y usuarias con padecimientos de salud mental y transgredirían acuerdos internacionales en materia de derechos humanos.

INTRODUCCIÓN

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, contó con un amplio debate social y un fuerte consenso en el parlamento nacional. La elaboración de esta ley tomó como referencia las reformas realizadas en el ámbito de la salud mental en varios países de Europa e incluso de Latinoamérica. También se basó en convenciones y tratados internacionales, muchos de estos incluidos en el marco constitucional argentino.

Las modificaciones a esta ley planteadas en el paquete denominado “Ley Ómnibus” suponen un **cambio profundo en el marco normativo vigente respecto a los derechos de las personas con padecimientos de salud mental**. A través de sus reformas, se promueve el retorno al modelo asilar manicomial y la apertura a las arbitrariedades sobre las internaciones involuntarias.

Además, **modifica la composición del Órgano de Revisión de la Ley**, eliminando la representación del Estado, de las organizaciones de la sociedad

civil y de usuarios y usuarias del sistema de salud, las cuales garantizan la transparencia y participación social. Su ausencia solo generaría opacidad e incertidumbre en la implementación de la ley.

Todo lo anteriormente dicho se encuentra en **oposición a los principios del Código Civil y los tratados internacionales incorporados en la Constitución** como la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Además, su inclusión en el marco de la “Ley Ómnibus” por parte del Poder Ejecutivo para su tratamiento elude el proceso democrático de deliberación y consenso del cual es producto la ley vigente.

DE REGRESO AL MANICOMIO

Dentro de la denominada “Ley Ómnibus”, existen dos artículos que promueven un retorno a un modelo asilar manicomial. Es decir, un modelo de atención basado en la internación prolongada y la suspensión de los derechos de las personas que atraviesan un padecimiento mental:

- La **derogación de la prohibición de habilitar nuevos manicomios** y el proceso de sustitución definitiva de los existentes (Art. 623).
- La **derogación de la obligatoriedad de realizar las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales**, planteando que las mismas deben realizarse en instituciones “adecuadas”, es decir, los hospitales monovalentes (Art. 624).

Las modificaciones propuestas en dichos artículos se encuentran en plena oposición a la ley actual que promueve que las internaciones, entendidas como el último recurso terapéutico y de carácter transitorio propio de un abordaje progresivo, se realicen en hospitales generales que forman parte de la red de atención en salud. Por otro lado, que la inserción de las y los usuarios luego de recibir el alta hospitalaria se realice en dispositivos 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. Para tal fin, la ley actual busca el desarrollo de instancias de abordaje interdisciplinarias en el marco de servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y otras prestaciones como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. Lo cual plantea un modelo de fuerte arraigo comunitario.

¿QUIÉN DECIDE?: CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS

Actualmente, la Ley 26.657 establece que **toda internación debe cumplir con una evaluación y diagnóstico interdisciplinario**, es decir, que un equipo de salud especializado determine si existe o no criterio para que una persona sea internada por padecimientos de salud mental. Para los casos de las internaciones involuntarias (cuando la persona no da su consentimiento para internarse) existe un criterio denominado riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, el cual significa que el equipo interdisciplinario ha evaluado que aquella persona debe ser internada, aunque sea contra su voluntad. La exigencia de la conformación del equipo interdisciplinario se fundamenta en garantizar que las internaciones se realicen a partir de una evaluación integral, considerando las múltiples dimensiones de la salud mental y conforme a derecho. En oposición a esto, proponemos detenernos a analizar dos puntos, entre otros, que se encuentran en el modelo presentado por el poder ejecutivo:

- La **posibilidad de realizar internaciones por orden de un Juez** sin evaluación previa por parte de los equipos de salud (Art. 618).

- La incorporación a los criterios de las internaciones involuntarias de otros motivos no asociados al riesgo, entre los que se encuentra la falta de cese de la “causa” que generó el riesgo (Art. 620).

La habilitación a los jueces de contar con la capacidad de ordenar internaciones involuntarias sin mediación de una evaluación de carácter interdisciplinario, abre un escenario de arbitrariedades que desconocen y van en detrimento del criterio sanitario. En la misma línea se ubica el artículo que plantea que la externación no es posible hasta el cese de la causa, lo cual prolongaría las internaciones sin ningún tipo de marco que las regule. Además de que no existe una única “causa”, sino un conjunto de situaciones dinámicas que tienen que ver con la singularidad de cada persona.

LAS POLÉMICAS REFORMAS A LA LEY DE SALUD MENTAL Y SU DESAFÍO A LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES

Las modificaciones que impulsa el actual gobierno nacional se encuentran en oposición a acuerdos internacionales que datan de hace más de 30 años, algunos de los cuales integran el **bloque de constitucionalidad de nuestro país**, que fueron fundamentos y antecedentes de la ley 26.657 como:

- la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, de diciembre de 2006;
- los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991;
- la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990;

- los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990.

Las políticas sanitarias en nuestro país para el abordaje de la salud mental se encuentran desarrolladas en función del marco normativo descrito y han sido reconocidas por diversos organismos internacionales por responder a los principios y estándares vigentes.

En caso de implementarse las modificaciones de la ley que se están proponiendo para su tratamiento, **el Estado Nacional podría ser denunciado ante los Sistemas Internacionales de Derechos Humanos**, por el incumplimiento de los deberes y obligaciones que emanan del Derecho Internacional (respetar, proteger y realizar los Derechos Humanos).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento “Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe”¹, publicado en el 2020, indica 10 puntos claves para las reformas que buscan como marco general la desinstitucionalización de la atención en salud mental, indicados en el cuadro 1.

¹ Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Disponible en línea en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>

Cuadro 1. Recomendaciones para el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica (OPS, 2020)

1. Los **servicios de salud mental basados en redes comunitarias** son la mejor alternativa para la atención de las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, un número importante de países siguen gastando la mayoría de sus escasos recursos financieros en mantener hospitales psiquiátricos. Estos consumen grandes cantidades de recursos financieros, con muy malos resultados. Por tanto, son ineficaces e ineficientes.
2. La **desinstitucionalización** implica desarrollar antes o simultáneamente una red de servicios basados en la comunidad.
3. Es crucial **integrar y articular la salud mental en el sistema general de salud**, en especial en la atención primaria (APS) y en los hospitales generales. Además, es fundamental desarrollar servicios ambulatorios especializados y servicios residenciales comunitarios para las personas con enfermedades mentales severas que no pueden o no quieren vivir con sus familias.
4. Los procesos de desinstitucionalización pueden ser largos y complejos. Por esta razón, necesitan **planificación, recursos y decisión política** sostenida en el tiempo. De lo contrario, existe el riesgo de que se estancan o retrocedan.
5. La experiencia demuestra que hay varios caminos exitosos para la desinstitucionalización.
6. Es necesario promover compromisos operativos en las distintas entidades, sectores e instancias dentro y fuera de los sistemas de salud.
7. La participación de los usuarios y de sus familiares asegura una base de apoyo al proceso de desinstitucionalización.
8. Es fundamental la sensibilización pública (de líderes comunitarios, iglesias, policía y otros), así como el trabajo con los medios de comunicación.
9. La reestructuración de los servicios de salud mental requiere una inversión financiera adicional.
10. Para iniciar o fortalecer los procesos de desinstitucionalización es vital asegurar la voluntad política, así como identificar y aprovechar ventanas de oportunidad.

Como se puede observar, los cambios a la Ley de Salud Mental propuestos por la “Ley Ómnibus” van a contramano de lo indicado por la OPS. Como plantea el referido documento, en vez de cambiar la ley, lo fundamental sería profundizarla a través de incrementos presupuestarios, de mayor articulación comunitaria y con organizaciones sociales, y de una sustentabilidad política para que los cambios buscados tengan el tiempo necesario para madurar e institucionalizarse.

LA DEMOCRACIA RETROCEDE

Cabe recordar que la vigente Ley de Salud Mental fue sancionada en el año 2010, como producto de un proceso iniciado a partir de la presentación del primer proyecto legislativo en la Cámara de Diputados en el año 2006 y culminando en el año 2013 con su correspondiente promulgación por parte del Poder Ejecutivo Nacional.

Este proceso legislativo estuvo caracterizado por ser profundamente participativo y deliberativo. La Ley de Salud Mental no es la excepción, dado que forma parte de un contexto en el cual en la agenda parlamentaria estuvieron presentes diversos proyectos de leyes con el objetivo de garantizar los Derechos Humanos que fueron impulsados por actores de la ciudadanía y movimientos sociales, como la Ley de Educación Sexual Integral, de Identidad de Género, entre otras. La deliberación y consenso que caracteriza a esta época, dan cuenta de la maduración alcanzada por el sistema democrático en aquel momento histórico.

La Ley Nacional de Salud Mental, fue aprobada en la cámara de diputados por unanimidad en el año 2009 y en la cámara de senadores a fines del año 2010. A lo largo de este proceso participaron de los debates parlamentarios diversos actores de la sociedad. Todos ellos debatieron los conceptos y fundamentos enmarcados en la ley.

La importancia de explicitar parte de lo que constituyó el proceso del cual fue producto la ley vigente, radica en que no sólo legitima su contenido, sino que también sienta la bases que estructuran cómo deben desarrollarse los procesos democráticos. Cabe recordar que en el año 2017 el Poder Ejecutivo intentó introducir una contrarreforma sobre la ley mediante un Decreto de Necesidad y Urgencia, el cual produjo críticas en diversos sectores y el reclamo de múltiples organizaciones de la sociedad. Por lo cual finalmente no fue firmado.

CONCLUSIONES

En el Cuadro 2 se presentan los principales aspectos en los que se proponen modificaciones a la Ley Nacional de Salud Mental a partir de la “Ley Ómnibus”.

Dichas modificaciones responden a un modelo de abordaje asilar manicomial que se encuentra en oposición a los principios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Discapacidad de Naciones Unidas, entre otros organismos. Principios que fueron considerados como fundamentos de la ley vigente en el proceso de deliberación y consenso por el cual se promulgó.

Afrontar los desafíos del presente para garantizar la plena implementación de la ley de salud mental, se constituye como un objetivo prioritario. Para tal fin, es central la construcción de políticas sanitarias federales que resulten del consenso de los diversos actores que integran el campo y con una perspectiva integral sobre el abordaje de la salud mental. En este sentido, resulta crucial promover el debate sobre cómo garantizar un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud mental para todos los habitantes del territorio argentino, integrando la perspectiva comunitaria y garantizando el financiamiento correspondiente para su correcto funcionamiento.

Cuadro 2. Comparativo de los principales aspectos de la ley actual y las modificaciones propuestas en la Ley Ómnibus

Aspecto Modificado	Ley Actual (Ley N° 26.657)	Propuesta en la 'Ley Ómnibus'
Modelo de Atención	Prohibición de nuevos manicomios y sustitución de los existentes. Internaciones como último recurso en hospitales generales, con enfoque interdisciplinario e intersectorial y fuerte arraigo comunitario.	Derogación de la prohibición de nuevos manicomios (Art. 623). Internaciones en hospitales monovalentes, alejándose del modelo comunitario (Art. 624).
Internaciones Involuntarias	Evaluación y diagnóstico interdisciplinario necesario. Basadas en criterios de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.	Internaciones por orden de un juez sin evaluación previa de equipos de salud (Art. 618). Inclusión de motivos adicionales no asociados al riesgo (Art. 620).
Composición del Órgano de Revisión	Incluye representación del Estado y organizaciones de la sociedad civil y usuarios.	Elimina la representación del Estado y organizaciones de la sociedad civil y usuarios.
Estándares Internacionales	En consonancia con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros tratados.	En oposición a acuerdos internacionales y recomendaciones de la OMS y el Comité de Discapacidad de Naciones Unidas.
Proceso Democrático	Producto de un proceso participativo y deliberativo.	Inclusión en la "Ley Ómnibus" elude el proceso democrático de deliberación y consenso.
Retorno al Modelo Asilar	Enfoque en la desinstitucionalización y atención comunitaria.	Promueve el retorno al modelo asilar manicomial.
Régimen de Internaciones	Enmarcadas dentro de un abordaje progresivo y transitorio.	Potencial prolongación de internaciones sin marco regulatorio claro.
Impacto en los Derechos Humanos	Garantiza los derechos de las personas con padecimientos de salud mental.	Avasallamiento de los derechos logrados, retorno a modelos restrictivos.

Fuente: elaboración propia.