

# **Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos**

**4° Informe**  
Derecho a la Salud Mental  
en Córdoba.

Año  
2016-2018

## índice

|                                                                                                                                                                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Estancamiento, vulneraciones y discursos. Las políticas de salud mental nacional y provincial 2016-2018</b><br><i>Jacinta Burijovich</i>                                                                                                     | 7  |
| <b>Miguel A. Otra vida arrasada</b><br><i>Gustavo Valdéz</i>                                                                                                                                                                                    | 25 |
| <b>Ajuste y subejecución en los recursos presupuestarios</b><br><i>Iván Ase</i>                                                                                                                                                                 | 27 |
| <b>Estrategias de monitoreo e incidencia a nivel internacional: Informes alternativos ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU</b><br><i>Solana Yoma y Martín Passini</i>                                         | 31 |
| <b>Jóvenes internados/as por motivos de salud mental. Acerca de la situación de los dispositivos de internación desde la perspectiva de los/as trabajadores</b><br><i>Sol Victoria del Carpio</i>                                               | 39 |
| <b>Niñas y mujeres con discapacidad en Argentina: Carta Sombra ante el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales</b><br><i>Ana Heredia y Fiorella Bocco</i>                                                                      | 55 |
| <b>Los tratamientos psicofarmacológicos en la construcción de la subjetividad de lxs usuarixs que participan en “Confluir, Usuarixs en Acción por el Derecho a la Salud Mental”</b><br><i>Jessica Ferreyra, Diana Medrano y Julieta Pairola</i> | 63 |
| <b>Nuevos desafíos para viejas prácticas: una invitación a pensar el rol de lxs comunicadorxs en un nuevo escenario en el campo de la salud mental</b><br><i>Martín Passini y Günther Schwerkolt</i>                                            | 77 |

# Estancamiento, vulneraciones y discursos. Las políticas de salud mental nacional y provincial 2016-2018

*Jacinta Burijovich*

## **1.Introducción**

El presente informe tiene por objetivo sistematizar las medidas llevadas adelante por los gobiernos nacional y provincial que asumieron en diciembre del 2015. Sintetiza lo ocurrido con las políticas de salud mental en el período 2016-2018, un tiempo donde los/as funcionarios/as se han legitimado sosteniendo discursos antiderechos.

En el caso particular de salud mental, a nivel nacional los dos primeros años se caracterizaron por medidas claramente regresivas y de desmantelamiento de las instituciones que avanzaban en la ampliación de derechos para las personas usuarias de los servicios de salud mental. Esta situación se expresa fuertemente cuando se intenta “derogar” la ley de salud mental en noviembre de 2017 a través de cambiar su decreto reglamentario. La gran movilización que se produjo cuando se hizo público este hecho, logró frenarlo y por tal motivo renunció el director de salud mental, Andrew Blake. La asunción del nuevo director, el psicólogo Luciano Grasso generó una gran expectativa en el campo de la salud mental ya que en su discurso sostiene adhesión a los principios que sustentan la ley. Sin embargo, pocos han sido los avances en este último año.

El 10 de diciembre de 2015 asumió un nuevo gobierno provincial, el cual adoptó algunas importantes medidas político-administrativas para el área de salud mental. Se crearon las Secretarías de Salud Mental y la de Prevención y Asistencia de Adicciones en el ámbito del Mi-

nisterio de Salud. En relación a la primera, lo hizo, según lo informado por las nuevas autoridades provinciales, con el objetivo de jerarquizar el área de salud mental provincial, a cargo, hasta ese momento, de una Dirección General de Programas de Salud Mental. En relación a la segunda Secretaría, se tomó la decisión de su creación, no sólo para darle relevancia política a la cuestión, sino también, para trasladarla del Ministerio de Desarrollo Social al ámbito del Ministerio de Salud. Además, las nuevas autoridades del área de salud mental han manifestado su compromiso de avanzar con la implementación de la normativa en materia de salud mental.

En relación a esto, más allá de considerar auspiciosas las primeras decisiones y los discursos del gobierno provincial para el sector de la salud mental, debe decirse que no se realizaron las modificaciones presupuestarias que podrían darle sustento administrativo y financiero a las mismas. No se avanzó en una transformación integral de los hospitales monovalentes ni en la creación de dispositivos sustitutivos al manicomio. Una mención especial requiere el Hospital Emilio Vidal Abal. Son numerosas las denuncias realizadas por los/as trabajadores, los gremios y los colegios profesionales. El Órgano de Revisión Nacional realizó una visita al Hospital y se reunió con las autoridades, producto de estas acciones realizó un informe muy negativo de la situación de los derechos humanos de las personas alojadas en esta institución. Desde la elaboración de este informe a mediados del 2017 nada se ha transformado y, por el contrario, ha tomado relevancia pública la historia de algunos/as usuarios/as con internaciones prolongadas en la institución que expresan años y años de vulneración de derechos. (ver apartado específico).

Este informe también tiene por objetivo sostener el debate en torno a los paradigmas que aún están en pugna en el campo de la salud mental: un modelo tutelar, asistencialista y biologista frente a otro, basado en el enfoque de los derechos humanos y en el modelo social de la discapacidad porque si bien en el año 2010 se sancionó una ley que contiene estándares muy altos en derechos humanos, persisten actores con poder de veto para el avance en su implementación.

Por último, se presentan un conjunto de artículos que abordan problemáticas específicas.

## **2. Políticas regresivas en salud mental: intentos para despojar a la Ley de Salud Mental de sus acercamientos al campo de los Derechos Humanos (2016-2017)**

Dos principios centrales conforman el enfoque de derechos: la realización progresiva a través del tiempo y la prohibición de regresividad, que significa que cuando se modifica o sustituye una norma (política, plan o programa) ésta no puede limitar o restringir derechos o beneficios concedidos. Si un país ha garantizado determinados contenidos solo le está permitido avanzar hacia sus mejoras.

La LNSM fue un hito de fundamental importancia: definió los contenidos esenciales y significó una manifestación legal para impedir cualquier vulneración de derechos para las personas con padecimiento subjetivo que deben ser especialmente protegidas por el Estado. Sin embargo, para su plena implementación, persisten en la actualidad obstáculos institucionales que no han sido removidos y en los últimos años se han llevado adelante políticas de salud mental cuyas acciones contrarían el principio de no regresividad. Se enumeran a continuación algunos de los retrocesos más significativos:

- El gobierno nacional desarticuló un incipiente proceso de integración en el Estado y de espacios de participación ciudadana: desarmó la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA) trasladando su dependencia de la Jefatura de Gabinete al Ministerio de Salud y debilitó el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, restringiendo la participación de los usuarios y la sociedad en las decisiones públicas.

- Aunque las adicciones son parte del campo de la salud mental, surgieron iniciativas que pretenden retrotraer la atención del consumo problemático desde el marco del enfoque de derechos a otro que instala, nuevamente, un paradigma disciplinario y sancionador.

- El gobierno nacional ha desfinanciado la mayoría de los programas que se implementaban a nivel territorial (REMEDIAR, Médicos Comunitarios, Centros de Integración Comunitaria) por considerar la atención de la salud como incumbencia de las provincias. Estas, a su vez, se concentran en la alta complejidad y dejan en manos de municipios desfinanciados el primer nivel de atención. Se dieron de baja numerosos contratos de trabajadores de la Dirección Nacional de Salud Mental, y cesaron programas y líneas de acción estatales significativas

para sectores de población de diversas provincias. Se han debilitado los abordajes socio-comunitarios, el trabajo en redes y las articulaciones interinstitucionales que promueven la participación, la prevención inespecífica, la promoción de la salud y la ampliación de derechos.

- En el 2016, el Ministerio de Salud aprobó por Resolución N° 1.876 las “Normas de Habilitación y Fiscalización de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones”. Allí no especifica los plazos para adecuar la estructura y funcionamiento integral de los establecimientos monovalentes (tal como lo establece la ley), incluye la práctica del electroshock y el shock insulínico y contradice el artículo n° 13 de la LNSM que plantea que “los profesionales de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción de los servicios y las instituciones”. La medida evidenció la renuencia del Gobierno Nacional para lograr una “Argentina sin manicomios en el 2020”.

- La reciente ley de Reforma Previsional reglamentada en 2018 afecta fuertemente las pensiones no contributivas por discapacidad.

- A mediados de noviembre de 2017 se conoció un proyecto del Ejecutivo que modifica el Decreto 603/13 y que implicaría un enorme retroceso en materia de derechos. Así lo entendió la sociedad civil, que se expresó masivamente en contra, logrando la marcha atrás con este proyecto. Como resultado, renunció el Director Nacional Andrew Blake y se creó una comisión de estudio sobre los fundamentos técnicos y jurídicos de la LNSM y su reglamentación. Es importante sostener el debate, dado que este antecedente expresa la concepción regresiva del gobierno sobre las políticas en salud mental (Ver el apartado “Modelos de atención en salud mental: paradigmas aun en pugna”).

-La principal política del Ministerio de Salud de la Nación es la CUS (Cobertura Universal de Salud) con la que se pretende estandarizar procedimientos y restringir la asistencia a un conjunto limitado de prestaciones, definido por expertos y sostenido por un discurso pretendidamente “científico” que favorece la reducción de costos. La atención en salud mental es compleja y requiere de abordajes integrales a través de múltiples dispositivos (casas de medio camino, hospitales de día, equipos comunitarios en los territorios), de una articulación intersectorial de “alta intensidad” y de una diversidad de profesionales sanitarios y de otras áreas (cultura, desarrollo social, empleo, entre

otras). Sin embargo, el planteo es reducir la atención del padecimiento al uso de psicofármacos y a prácticas que tienen una visión biologicista y unicausal, cuya eficacia no está probada.

- El Órgano de Revisión creado por la LNSM tiene el objetivo de proteger los derechos humanos de las personas usuarias y controlar la aplicación de la Ley. Para tal fin debe inspeccionar instituciones públicas y privadas de internación; evaluar internaciones involuntarias de más de 90 días; controlar derivaciones fuera del ámbito comunitario y presentarse ante el Consejo de la Magistratura. La actual gestión nacional ha intentado de diversas maneras restringir la actuación de este organismo para excluir su accionar de la supervisión y el control público.

Los principales embates de estas políticas regresivas hacen eje en el control judicial de las internaciones, en la intervención de abogados que son percibidos como una pérdida de autonomía en el ejercicio de la medicina, en el derecho a la defensa de los/as usuarios/as, en la existencia de mecanismos institucionales de monitoreo de los derechos humanos, en la garantía de derechos para las personas con consumo problemático, en el trabajo interdisciplinario y en el objetivo de la sustitución total de los manicomios para 2020. La aceptación de la implementación de este tipo de acciones constituye el debilitamiento del puente creado entre la salud mental y los derechos humanos que significó la LNSM.

### **3. La política de salud mental a nivel nacional en el 2018: ¿un avance en la implementación de la LNSM?**

En el 2018 el nuevo director nacional de Salud Mental y Adicciones, Luciano Grasso planteó los siguientes objetivos para su gestión: inclusión de la salud mental como parte de las políticas de salud pública a nivel nacional y apoyo a los procesos de transformación hacia un modelo de abordaje comunitario y el fortalecimiento de las redes integradas de salud mental con base en la comunidad.

Para este funcionario la situación de la salud mental en Argentina muestra una desarticulación entre los problemas de salud mental prevalentes (ansiedad, estado de ánimo y consumo problemático) y la organización y el funcionamiento del sistema sanitario que se encuentra más abocado a la atención en el tercer nivel de los trastornos

mentales severos.

Grasso propone “fortalecer la red a través del abordaje de los problemas prevalentes de la salud mental de manera intersectorial en el primer nivel de atención, la internación y atención de la urgencia en los hospitales generales, la creación de dispositivos intermedios, habitacionales y sociolaborales y la transformación hasta la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes”.

Para este funcionario, el rol de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones es el de rectoría y cooperación técnica a través de planes de trabajo en conjunto entre la Nación y cada una de las provincias. Algunos avances en este sentido son las estrategias de formación de los equipos de salud no especializados en salud mental y de los trabajadores de salud mental, la elaboración de directrices y de recomendaciones para los efectores de la red. La integración de las políticas de salud mental se ve reflejada, entre otras cosas, en la inclusión del abordaje de la salud mental en la estrategia territorial de salud familiar y comunitaria de la CUS, a través de la implementación de Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS) en el primer nivel de atención.

También se señala el avance del Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de salud mental, que ya ha censado a 11 jurisdicciones, 2 se encuentran en proceso y 8 ya están planificadas, mientras que las restantes 3 quedarán para censarse en una próxima etapa.

Más allá de la clara adhesión a la ley de salud mental y los propósitos expuestos, no se revirtieron algunas de las medidas regresivas aplicadas en el período 2016-2017. Es aun prematuro hacer una evaluación de los resultados de este último año.

#### **4. Modelos de atención en salud mental: paradigmas aún en pugna**

Históricamente, el sistema de salud y asistencia sanitaria se organizó para proveer asistencia a las personas con padecimiento mental en hospitales monovalentes. El diseño de políticas públicas se concentró en estas instituciones, sin dar lugar a la planificación coordinada con el primer y segundo nivel de atención.

Los manicomios, desde sus orígenes, son eje de las políticas de Estado ya que han adoptado la estrategia de cubrir las necesidades de personas internadas, a través de la provisión de alimentos, vivienda, trabajo, atención médica general, trámites de seguridad social y ac-

ciones judiciales vinculadas con la capacidad jurídica y el acceso a la justicia, diluyendo así la responsabilidad de los organismos competentes en temas vinculados a la salud mental de la población (Galende, 2016).

De este modo, las personas con padecimiento quedan en los márgenes de las políticas, de la comunidad, en el encierro de sus vidas desprotegidas y olvidadas.

La situación de maltrato institucional reproducidas por este modelo produce la negación del sujeto, invalida todos sus derechos, y crea una situación sin salida para el mismo. Se trata, según Ulloa de encerronas trágicas “...que se dan cada vez que alguien, para vivir (amar, divertirse, trabajar, estudiar, tramitar, recuperar la salud, transcurrir la vejez, tener una muerte dignamente asistida), depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo “distrata”, negándolo como sujeto”.

Las condiciones que vivencian las personas atravesadas por el modelo manicomial construye un escenario en donde solo hay dos posiciones, la de dominado y dominador. El primero es desubjetivado por el segundo, pero depende de dicha situación para recobrar la salud.

A partir de este posicionamiento, se considera que las normativas vigentes en materia de salud mental y Derechos Humanos colocan al Estado como mediador en estas dos posiciones, para garantizar el trato justo y producir el quiebre definitivo de la ferocidad establecida por el más fuerte.

El encierro, maltrato, abandono y el olvido conlleva consecuencias iatrogénicas. Lo instituido coarta las posibilidades de acción por la rigidez con la que se presenta, produciendo la invisibilización de lo instituyente y su característica posibilidad de cambio. En este último sentido, el cambio de paradigma deseado necesariamente convoca al movimiento, cuestionamiento e intercambio con otros actores sociales

Un ejemplo actual de cómo atraviesan el campo de la salud mental los modelos en disputa, es la propuesta de cambio del Decreto Reglamentario 603/13 de la LNSM en 2017. Tal como se mencionó, implicaba un enorme retroceso en materia de derechos. Así lo entendió la sociedad civil que se expresó masivamente en contra logrando que el gobierno nacional de marcha atrás.

Sin embargo, y aun habiendo logrado que no se avance con esta iniciativa, es importante sostener el debate y el estado de alerta dado

que este antecedente expresa la concepción regresiva de, al menos, una parte del gobierno sobre las políticas en salud mental y de un amplio conjunto de asociaciones profesionales que aun sostienen un modelo tutelar de atención.

La propuesta de cambio en la reglamentación implica una reedición de este paradigma en donde la persona se encuentra sometida a una serie de decisiones (del equipo de salud, de sus familiares, de los/as operadores judiciales) que no requieren de su opinión porque se considera que son tomadas en su “favor”. Esta es la base que altera el nuevo paradigma que sostiene la LNSM: cuestiona la visión misma que existe de la incapacidad y de la pérdida de la autonomía.

El paradigma tutelar ve a las personas como objeto, desde arriba, pasivas, sin voz propia. En el Reglamento que se pretendía transformar los/as usuarios/as definen las prestaciones que van a recibir según sus preferencias. En cambio, en la modificación es el equipo el que define las prestaciones según la pertinencia. De allí la importancia de nombrar como sufrimiento psíquico un padecimiento singular que recupera la historicidad, el carácter social del proceso salud /enfermedad/ cuidado, así como la propia experiencia y vivencia de la persona. Por el contrario, tal como se nombra en la modificación expresa una concepción centrada en la enfermedad, de corte biologicista y estático, adjudicada externamente (a modo de etiqueta) a partir de clasificaciones nosográficas.

Un aspecto central del cambio de paradigma es el cambio de lenguaje. Es la primera barrera a superar, la violencia simbólica que impone el nombrar. Volver a usar términos como pacientes y dejar de utilizar la palabra usuarios/as (tal como se autodefinen las personas que concurren a los servicios de salud mental es desconocer los procesos de afirmación y dignidad sostenidos por estos colectivos.

Las modificaciones propuestas sostienen estas discusiones desde su lugar de expertos a diferencia de los que afirman que el campo de la salud mental es un campo en disputa, de construcciones colectivas de sentido.

La LNSM parte de respetar los contenidos de los tratados internacionales de derechos humanos, lo cual asegura el “control de convencionalidad” - control que sirve para verificar si las normas internas son coherentes con las de los tratados internacionales. En dichos tratados

hablar de capacidad implica un auténtico derecho humano, el principio general es la capacidad. La LNSM estableció en sus arts. 3 y 5 la presunción de capacidad de la persona, independientemente de su condición de salud mental, sus antecedentes de tratamiento hospitalario, conflictos familiares, sociales o inadecuación cultural.

Cuando se pone en juego la capacidad de una persona se está disponiendo sobre derechos tan sustanciales a la condición de persona como la dignidad, la autonomía y la libertad. La nueva reglamentación al restringir este derecho humano, pasando de su reconocimiento a su intento de transformarlo en un indicador de salud mental, conciencia de capacidad, capacidad para hacer contribuciones, reestablece la diferencia entre los “locos” y los “sanos” eliminando de esta forma la presunción de capacidad establecida en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Las restricciones a las capacidades establecidas en los tratados internacionales de DDHH son de carácter excepcional y sólo se admiten si van en el sentido de promover y ser respetuosos de los derechos de las personas. En la misma dirección, utiliza la figura del curador que ya ha sido señalada por el Código Civil y Comercial como excepcional.

En síntesis, este proyecto de cambio en el Decreto Reglamentario va en el “camino inverso” a la transformación al proponer que: de la salud mental al trastorno mental; del abordaje integral al abordaje reduccionista, biologicista y unicausal; del enfoque comunitario al enfoque hospitalocéntrico; del Estado como garante a la responsabilización familiar; de priorizar la voz de los/as usuarios/as al restablecimiento de las asimetrías de poder; de la interdisciplina a las incumbencias profesionales; de riesgo cierto e inminente a potencialmente peligroso; de sustitución definitiva de los manicomios a “lavado de cara” de los mismos; de reforma holística desde el enfoque de los derechos humanos a reforma sanitaria; del monitoreo, control y rendición de cuentas a la autonomía absoluta de las corporaciones de salud; del derecho a la salud mental a la “evidencia científica”.

## **5. Las políticas de salud mental en Córdoba 2016-2018**

La ley provincial 9848 significó un muy importante avance en favor de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental. A ocho años de su sanción cabe volver a preguntarse sobre su

implementación y reflexionar sobre las medidas que se están tomando a favor o en contra de dicho proceso.

También es necesario evaluar si la Provincia de Córdoba está en condiciones de cumplir con el mandato de los organismos sanitarios internacionales en relación a la posibilidad de llegar al año 2020 sin Manicomios. Lamentablemente, la agudización de la crisis económica en nuestro país, que ha motivado a los estados en sus diferentes niveles a realizar ajustes presupuestarios de magnitud en los últimos dos años, incrementa el pesimismo.

Más allá de los discursos gubernamentales favorables a la implementación de las leyes de salud mental, y de los esfuerzos cotidianos que se realizan en las instituciones provinciales de salud mental, es innegable que nuestro campo está sufriendo un ajuste presupuestario que dificulta las posibilidades de seguir avanzando, al menos en el corto plazo, de manera consistente y sostenida con esta tarea.

En el período 2016-2018 se han tomado medidas contrarias al proceso de transformación. A continuación, se enumeran algunas de las mismas:

*El anuncio de un nuevo edificio para el Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba:* en el discurso inaugural de sesiones en la Unicameral, el gobernador Juan Schiaretti anunció la construcción de este nuevo edificio. Si bien, hasta el momento de redacción de este informe no se ha avanzado, esta iniciativa no se ajusta a las leyes de salud mental (ley nacional 26657 y ley provincial 9848). La ley 26.657 establece que las instituciones de internación monovalentes ya existentes deben sustituirse definitivamente por dispositivos alternativos. En su Decreto Reglamentario (603/13), dice que “la autoridad de aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020.

En este marco, y como otra de sus aristas, las normativas señaladas prohíben la apertura de nuevos manicomios (arts. 27 ley 26.657 y 37 ley 9.848). La inversión que se proyecta destinar a un nuevo edificio para el hospital monovalente, debiera destinarse entonces, a la susti-

tución y transformación de la institución conforme a los parámetros y criterios avalados por el nuevo marco normativo.

Se trata de la aplicación del paradigma de derechos humanos en la atención en salud mental que implica no aislar, no segregar y no excluir, y, en cambio, atender a las personas con padecimientos mentales en hospitales polivalentes, desarrollar dispositivos comunitarios y abordajes interdisciplinarios. La inversión en salud mental no debe confundirse con apuntalamiento del sistema manicomial.

Por ello, si bien la inversión pública para el sector salud y en especial en salud mental es un hecho que valoramos, dicho aporte debe tender a generar condiciones de vida dignas para los usuarios/as de salud mental que no pueden ser desarrolladas en las instituciones monovalentes.

En este sentido, el pasaje de un modelo manicomial a un modelo que priorice la atención del padecimiento subjetivo en la comunidad, debe asentarse en una fuerte inversión que permita crear los dispositivos y las alternativas de atención que no sólo no restrinjan la autonomía de los/as usuarios/as de salud mental, sino que favorezcan la creación de lazos sociales.

*Situación del Hospital Emilio Vidal Abal:* en reiteradas oportunidades distintos actores del campo de la salud mental vienen denunciando el deterioro de las instalaciones edilicias; los recursos humanos y materiales insuficientes y precarizados y la vulneración de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental que se producen por la deficiente vigilancia de los mecanismos de control y monitoreo en estos establecimientos. A esto se le suma el autoritarismo de la actual dirección de la institución, que tiene conductas de persecución hacia los trabajadores y que ha impedido la entrada a los gremios. Las autoridades han desoído estos reclamos y no se ha avanzado en los cambios necesarios y urgentes (ver apartado específico sobre la situación del Hospital Emilio Vidal Abal).

*Puesta en marcha del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de Adicciones:* Desde diciembre de 2016, la Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones lleva adelante el Plan Provincial de Prevención y Asistencia de las Adicciones que se sustenta en acciones de promoción, prevención y asistencia especializada, con cobertura en

todo el territorio provincial.

En el marco del mencionado Plan, se constituye la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba (RAAC), la cual se compone de 4 niveles de complejidad creciente. El primer nivel se orienta a la prevención, el segundo nivel se enmarca principalmente en la asistencia ambulatoria, el tercer nivel implica la asistencia en situación de crisis o urgencias mediante acciones de desintoxicación y estabilización de la crisis, y el cuarto nivel es de rehabilitación, el que da fundamento a las llamadas comunidades terapéuticas.

La mayoría de los centros preventivos y asistenciales, que comprenden primer y segundo nivel RAAC, funcionan en centros de salud municipales, en donde las instalaciones y los recursos humanos son municipales.

En el transcurso de los años 2017 y 2018 se ha anunciado por parte de autoridades provinciales, la creación de dos comunidades terapéuticas públicas. Una de éstas estará en Santa María de Punilla, en los predios del Hospital Santa María, en una sala readecuada para tales fines; la otra estará en la localidad de San Francisco en el predio del Hospital Iturraspe. Tendrán capacidad para 28 a 32 personas y abarcarán el grupo etario comprendido entre 14 y 40 años<sup>1</sup>.

Los consumos problemáticos necesitan diversas instancias de tratamiento interdisciplinario. Es necesario considerar a las adicciones como parte de la salud mental respetando los derechos y la singularidad de cada individuo. “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.” (Artículo 4º de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657). Por lo tanto, consideramos necesario una política pública integral e integrada en salud mental y no la promoción de iniciativas que sólo contribuyen a fragmentar su atención.

*La decisión de la Secretaría de Salud Mental de realizar internaciones de personas con padecimiento psíquico en hospitales generales:* se considera esta medida como un avance importante en la

---

<sup>1</sup><http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/adicciones-por-primera-vez-habra-comunidades-terapeuticas-estatales>

dirección de dar cumplimiento a las leyes de salud mental que así lo establecen. Sin embargo, dichas internaciones deben realizarse en el marco de una adecuación de los servicios que incluye capacitación específica, nuevos profesionales que refuercen las tareas que ya se desarrollan, remodelación de las instalaciones y una aceptada red de referencia y contrarreferencia entre los servicios de salud mental. Sin estas garantías, las internaciones se realizan en condiciones muy precarias que impiden una atención de calidad.

*Escasez de dispositivos de salud mental en los territorios, con equipos interdisciplinarios que permitan el ejercicio pleno del derecho a una inclusión comunitaria.*

*Insuficiente oferta de atención de niñas, niños y adolescentes, tanto en la comunidad como en hospitales generales.*

*Situación en los municipios del interior:* escasez de recursos humanos profesionales en relación a la extensión y complejidad de las problemáticas de salud mental de las comunidades, gran nivel de precarización en la contratación de profesionales, la mayor proporción se desempeña como becario o monotributista en relación de dependencia encubierta. Borramiento del Estado provincial en su responsabilidad de financiar y asegurar las prestaciones de salud mental en este nivel.

*Insuficiencia de recursos humanos en todos los niveles de atención:* hospitales generales que no cuentan con profesionales para realizar guardias que garanticen la atención para internaciones breves, precarización laboral de los profesionales (becarios de larga data, monotributistas, etc.) especialmente en el primer nivel de atención y en los municipios del interior provincial, exigencia de cubrir nuevas funciones a los mismos profesionales sin reconocimiento de la remuneración pertinente, ausencia de concursos para ingresar al Estado, reconversión de cargos de salud liberados por jubilaciones que son llevados a otros sectores del Estado Provincial, baja remuneración etc.

La reducción de personal tiene evidente impacto en la cantidad y calidad de los servicios que brinda el sistema público de salud. Produciéndose “cuellos de botella” en algunos servicios con listas de espera

muy largas o suspensión de algunas prestaciones. En algunos servicios hay dificultades en períodos de vacaciones para que los integrantes del equipo de salud tomen su licencia por el escaso personal. Esta situación siempre es mucho más crítica en el interior provincial. Esta política de recursos humanos impacta fuertemente en las dificultades para habilitar nuevos dispositivos no manicomiales que, en general, son “RRHH intensivos”. Más allá de los esfuerzos de las autoridades de turno para avanzar con la nueva ley, existe una restricción objetiva que es la casi imposibilidad de designar personal nuevo para este tipo de dispositivos.

El poco personal que se designa se lo hace en calidad de monotributista. La escasez y precarización del recurso humano afecta inevitablemente la calidad de los servicios que se prestan. La relación equipo de salud/ usuario/a es una relación muy particular, intersubjetiva, en donde las condiciones de trabajo del equipo impactan en la calidad de esta relación. El servicio de salud se produce en el momento del encuentro entre profesionales y usuarios/as y las condiciones tanto subjetivas como materiales en que se encuentran ambas partes impactan en la calidad del vínculo y del servicio que se produce.

*Situación del Hospital Santa María:* El Hospital Santa María, situado en la localidad de Santa María de Punilla, es el efector provincial de referencia de la zona sanitaria A (espacio geográfico administrativo que organiza la red de servicios de salud mental a nivel provincial).

En el año 2007 se inicia, a nivel local, un proceso de transformación de la atención con el objetivo de remplazar la centralidad del hospital monovalente por servicios de base comunitaria. Progresivamente se instituyeron nuevos dispositivos de atención y se fueron modificando los servicios existentes. En la actualidad ese proceso se ha enlentecido porque los trabajadores/as que se jubilan o renuncian no son reemplazados, hay personal con cargo interino con más de 15 años de trabajo en la institución, hay servicios que no tienen equipos interdisciplinarios completos y algunos trabajadores reparten sus horas de trabajo de asistencia en varios servicios por la escasez de recursos humanos. A diferencia de años anteriores, el presupuesto 2017 y 2018 estuvo orientado principalmente a la infraestructura para espacios de

internación, ya que se reemplazaron las tres salas existentes para internaciones breves por otros espacios readecuados.

En síntesis, Córdoba aún mantiene grandes hospitales psiquiátricos donde las personas permanecen por muchos años. En países con buenos servicios de salud mental el cierre de los grandes hospitales fue precedido y acompañado por la provisión de buenos servicios comunitarios y de atención domiciliaria. Las leyes de Salud Mental sancionadas amplían derechos, pero pierden su sentido si los grandes hospitales no son cerrados y los pacientes no son atendidos en la comunidad con una adecuada cobertura presupuestaria en tratamientos, dispositivos sustitutivos y atención domiciliaria.

## **6. El Hospital Emilio Vidal Abal: una vergüenza que nos interpela**

Desde hace varios años, distintas organizaciones gremiales, de la sociedad civil y sobre todo los/as trabajadores/as del Hospital Emilio Vidal Abal (en adelante HEVA) vienen denunciando las violaciones a los derechos humanos y los incumplimientos de la ley de salud mental que suceden en esta institución.

A partir de tomar conocimiento de lo que viene sucediendo en el HEVA el Órgano de Revisión Nacional<sup>2</sup> ha emitido distintas resoluciones donde constata las vulneraciones y solicita un plan de transformación.

En el año 2013 el Órgano de Revisión Nacional realizó una visita al HEVA, a partir de una presentación que realizara el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos y otras organizaciones, con el objetivo de corroborar el cierre de las salas de aislamiento y el deteniimiento de las obras de remodelación del mismo que no se ajustaban a las disposiciones de la ley 26657.

De lo relevado en esta visita se realizó un informe donde se destacan los siguientes aspectos:

- “Necesidad inmediata de la transformación del lugar basado en

<sup>2</sup> La Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657) crea, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental, con el objetivo de proteger los derechos humanos de los usuarios en los servicios de salud mental. La Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental tiene, entre sus funciones principales, implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, seguir los lineamientos acordados por el Plenario que conforma el Órgano de Revisión, coordinar sus reuniones, participar de ellas sin voto y asegurar el funcionamiento permanente del organismo. <https://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental>

la modalidad de abordaje, la situación socio-sanitaria de las personas alojadas, las condiciones edilicias, la falta de una atención integral, la manifiesta vulneración a derechos consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”.

- Control disciplinar de los cuerpos y falta de reconocimiento de las personas en su condición de tales

- Sobremedicación

- Modalidades de disciplinamiento para controlar a los/as usuarios haciendo uso, si fuera necesario, del empleo de la fuerza para su reducción. Este proceder es justificado por la falta de personal.

Las conclusiones de ese informe fueron: “...el hospital se encuentra funcionando con un paradigma obsoleto en salud mental donde predomina el aislamiento en las afueras de la ciudad, sin control de legalidad ni resguardo de los derechos reconocidos en la ley 26657. La institución se configura como un dispositivo de disciplinamiento y reclusión, viéndose coartada cualquier posibilidad de tratamiento. Las internaciones son prolongadas, en algunos casos superan los 30 años, y funcionan con dispositivos de control para la movilidad de los usuarios. Se tomó conocimiento de maltrato físico, tanto por parte de usuarios como de profesionales, y una notoria falta de recursos humanos para la atención y asistencia de los usuarios internados (...) Al haber realizado la recorrida durante la tarde, se pudo observar la ausencia de personal de la institución e inactividad absoluta de la misma, dando la impresión de un abandono total de los usuarios por las tardes”.

En el año 2014 en la Resolución N° 24/2014 dictada el 2/12/2014 al tomar conocimiento del proyecto de remodelación del Hospital donde se señaló que el mismo mantenía el sistema de internación hospitalaria centralizada se solicitó la reformulación de proyecto a fin de que se incluya un plan de adecuación de acuerdo al modelo de abordaje contemplado por la ley 26657. Las autoridades informaron que el proyecto de adecuación se encontraba en vías de modificación. Es decir, que ha existido entre el ORN y la provincia una articulación institucional.

En mayo de 2017 el Órgano de Revisión emite una nueva Resolución, la Res. S.E. N°3/2017 a partir de una presentación realizada por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba el 16 de setiembre de 2016. La misma es elaborada luego de una revisión de

los acuerdos previos firmados con la Dirección de Salud Mental de la gestión 2011-2015, de reuniones con la actual conducción de la Secretaría de Salud Mental y con la dirección del Hospital Emilio Vidal Abal y una visita a dicha institución.

En dicha Resolución se destaca que es una gran preocupación que el HEVA cuente con una población de personas alojadas que mayoritariamente provienen del ámbito penal, el 50% (250 personas) según los dichos de la Directora del HEVA al ORN. También señala que la Dirección del Hospital mantiene una modalidad de gestión tendiente a un mayor control sobre los/as usuarios/as afectando la autonomía, autodeterminación, respeto a la integridad, igualdad de oportunidades, entre otros, según lo establece la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El ORN resuelve en esta Resolución requerir a las autoridades de la provincia que se garantice el cumplimiento de las leyes de salud mental en toda su extensión, llevando a cabo la adecuación de los hospitales psiquiátricos de la provincia. También requiere subsanar las irregularidades que pudieran existir en el HEVA. De todo lo resuelto pone en conocimiento al Tribunal Superior de Justicia.

A su vez, los/as trabajadores y los distintos gremios han seguido denunciando públicamente la situación en el HEVA.

### **Situación de los/as trabajadores**

- Al no haber equipos interdisciplinarios para firmar los informes obligan a los trabajadores a firmar informes que no hicieron obligando a los profesionales a realizar una falsificación de documento público.

- Muy pocos profesionales en relación con el número de pacientes.

- Prevalece la hegemonía médica por sobre el equipo interdisciplinario: los psicólogos/as y los Trabajadores sociales no pueden ejercer más el rol de jefe de día; no se envían más informes a ninguna institución si no tienen la firma del médico. Se debilita la guardia interdisciplinaria.

### **Medidas implementadas por la dirección del Hospital contrarias a la ley**

- Restringir el manejo de dinero de los usuarios

- Cierre de programas de rehabilitación

- No permitir que los usuarios/as puedan ver sus historias clínicas
- Traslados compulsivos de pacientes

#### **Desmantelamiento de la Red provincial de salud mental**

- Se restringe la entrega de la medicación a los hospitales generales y a los centros de salud de la red. Esta acción debilita las acciones de externación y seguimiento de los usuarios lo cual pone en riesgo los procesos de externación y de evitación de las internaciones.

Situación de salud de los/as usuarios/as

- Se presentan casos de Tuberculosis
- Muertes no investigadas: se denunciaron al menos un muerto por TBC en 2017 y 4 muertes por neumonía en el 2018

## **Miguel A. otra vida arrasada**

*Gustavo Valdéz*

Se conoció recientemente a través de distintos medios de comunicación, la situación de una persona que estuvo internada en el Hospital Emilio Vidal Abal en la ciudad de Oliva en la provincia de Córdoba, durante 47 (cuarenta y siete) años, sin que mediaran razones terapéuticas para ello, sólo una orden judicial extendida en una causa penal, en la que se investigaba a la persona así internada, como supuesto autor del delito de lesiones leves.

Surge de la crónica periodística que la persona en cuestión en agosto de 1971, era un muchacho con 22 jóvenes años, quien se desempeñaba como albañil y peón de campo en Córdoba. La misma crónica describe que se hace complejo saber por qué el magistrado Eudoro Márquez Cuesta, en aquel momento decidió su detención y encierro en el hospital psiquiátrico de Oliva, en una causa caratulada como “lesiones leves”, un delito que es completamente excarcelable.

La misma fuente periodística informa que una asistente social que forma parte del equipo interdisciplinario de la Unidad Asistencial 10, donde está alojado Miguel A. y otras personas de edad avanzada, se mostró interesada por un paciente de conducta normal. En tanto, al revisar la ficha personal, se dio con un dato no menor: Miguel A. estaba procesado en una causa penal identificada como 2-A-75. El magistrado actualmente a cargo del juzgado interviniente no tiene ninguna información para dar respecto del interno en cuestión. Se dice que hoy resulta imposible saber por qué causa fue detenido, ya que hace dos años hubo una importante quema de expedientes judiciales del Tribunal Federal de Bell Ville, se supone que de casos prescriptos. Miguel A., más de 47 años después, sigue procesado y encerrado.