

Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación de las personas detenidas en el manicomio

Macarena Sabin Paz¹ Rosa Matilde Díaz² y Víctor Manuel Rodríguez³

Resumen

Una investigación realizada por el CELS analizó la situación de 266 personas con discapacidad psicosocial vinculadas a dispositivos de externación de instituciones psiquiátricas en varias jurisdicciones del país, en relación con su inclusión en el ámbito comunitario y el goce y ejercicio de sus derechos, contenidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD o la convención) y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (en adelante LNSM o la ley). Los derechos que estructuraron el análisis fueron: capacidad jurídica y acceso a la justicia, salud, vivienda, trabajo y seguridad social, además de la conservación de vínculos y afectos. Los hallazgos evidenciaron que las condiciones reales de vida de la mayoría de las personas en procesos de externación se contradicen en el ejercicio de estos derechos con los estándares previstos por la CDPD y la LNSM, siendo evidente la ausencia de políticas públicas ajustadas al nuevo paradigma y articuladas de modo coherente que permitan una externación sostenida a través del tiempo y en condiciones dignas. En este sentido, los Estados nacional y provinciales deben orientar sus planes, políticas y recursos presupuestarios dando visibilidad a este grupo para garantizarle el derecho a una vida digna con inclusión social y así posibilitar la sustitución total de los hospitales psiquiátricos monovalentes por dispositivos de salud mental centrados en la comunidad, previsto para el año 2020 **Palabras clave:** Discapacidad psicosocial, hospital psiquiátrico, externación, inclusión social, derechos humanos.

¹ Psicóloga. Coordinadora del Equipo de Salud Mental. CELS

² Psicóloga. Integrante del Equipo de Salud Mental. CELS.

³ Psicólogo. Integrante del Equipo de Salud Mental. CELS.

Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación de las personas detenidas en el manicomio

Recorrido del CELS en este tema

El CELS cristalizó su agenda de trabajo hacia el tema de derechos de las personas con discapacidad psicosocial en el marco de una investigación elaborada junto a Mental Disability Rights International y publicada en 2008: *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Fue la primera investigación de su tipo en el país, y visibilizó con datos objetivos la realidad de las aproximadamente 25.000 personas internadas en hospitales psiquiátricos monovalentes en la Argentina.

Esa investigación dio cuenta de que la institucionalización manicomial indefinida se convirtió en la respuesta preferencial del Estado para la atención del colectivo de personas con diagnóstico psiquiátrico, que ha estado estructural e históricamente excluido de los ámbitos de interacción social. En la internación, tanto el dispositivo en sí mismo como las condiciones de habitabilidad y gestión de los espacios, generaron las condiciones para la instalación de prácticas violatorias a los derechos humanos que fueron naturalizadas con el pasar de los años, igual que sucede en otros sitios de privación de la libertad.

La visibilización de estas prácticas, movilizó la problematización del encierro psiquiátrico y sirvió de aporte para las organizaciones de usuarios, familiares, profesionales y organismos de derechos humanos en la exigencia de un cambio real de modelo de atención en salud mental, como ya venía siendo planteado hace años en distintas instancias nacionales e internacionales. Como resultado, en el transcurso de estos 7 años, se dieron cambios estructurales en relación al marco normativo vigente sobre la materia. En 2006 entró en vigencia la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), firmada y ratificada por la Argentina, y en 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM) cuya reglamentación fue aprobada en 2013, tras un período donde fue preciso identificar los intersticios de las pujas de poder, para sostener la lucha por el decreto reglamentario.

Además de prever las características de un abordaje individual respetuoso de derechos, la Ley 26.657 establece como meta la sustitución total de los hospitales psiquiátricos monovalentes por dispositivos centrados en la comunidad para el año 2020. Así el encierro psiquiátrico no es sólo la alternativa menos preferible, sino una práctica y una lógica que debe desaparecer en su totalidad para dar paso a un modelo que mantenga y promueva la vinculación social en condiciones de igualdad de las personas en su medio social de pertenencia. En ese marco la externación de las personas recluidas en hospitales psiquiátricos debe constituirse en una política de Estado.

Ya transcurridos 5 años desde la sanción de la LNSM, y durante los cuales el CELS ha tenido una activa agenda de trabajo sobre la plena implementación de la misma, surgió la necesidad de enfocar específicamente en la externación por ser el mecanismo, que instituido como política pública, va a generar las condiciones de posibilidad para la sustitución total del hospital psiquiátrico monovalente.

Entender la pobreza como una de las causas estructurales de las internaciones cronicadas, implica centrar la intervención del Estado desde una perspectiva transversal de garantía del acceso a derechos económicos, sociales y culturales, y desmitificar el abordaje tradicional que ha generado, desde una perspectiva medicalizada, incapacitante y tutelar. La generación de cambios en la política estatal decanta en la transformación del imaginario social, y tiende a fundar la toma de conciencia necesaria para promover el goce de derechos en su plenitud.

La investigación: “Cruzar el muro”

La consolidación de la agenda de trabajo del CELS sobre los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, y la complejidad de esta temática, generó la necesidad de profundizar en los determinantes sociales que condicionan la externación de personas que han vivido largos procesos de institucionalización. Los contextos socio medio ambientales permiten conocer las barreras específicas que se interponen para el acceso a derechos, a fin de vivir en sociedad en condiciones dignas.

La investigación consistió en entrevistas a 266 personas usuarias de dispositivos de externación de hospitales psiquiátricos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza, y a funcionarios públicos y trabajadores de dichos dispositivos. Lo reportado en las entrevistas fue contrastado con un sistema de indicadores construido mediante el relevamiento de estándares de derechos a nivel doméstico e internacional, organizados en dimensiones (aspectos que componen a cada derecho, p. e. accesibilidad, disponibilidad, calidad, impacto en la vida autónoma y en comunidad, etc.). De ese entrecruzamiento emergieron las barreras específicas identificadas en la vida cotidiana de las personas en proceso de externación, y son las que marcan derroteros específicos para el diseño e implementación de políticas públicas en la materia.

El hallazgo general de la investigación es que en ninguna dimensión de ninguno de los derechos explorados, las personas entrevistadas contaban con un nivel óptimo de goce de los mismos. Incluso quienes manifestaban condiciones de vida más dignas, lograron alcanzarla por medio de una política pública estatal sólida y coherente, sino más bien por la articulación virtuosa de sus recursos personales y el apoyo de allegados y profesionales de la salud mental comprometidos.

Como con otros colectivos estructuralmente discriminados y excluidos, observamos que el análisis facilista justifica que sus condiciones de vida son el resultado de algo inherente a estas personas, que los ubica indefectiblemente en este lugar. Para el caso de estudio dicho origen se ubicaría en el diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, entendemos que cualquier situación particular toma sentido, se agrava y se sostiene por el medio social de referencia. Ningún deterioro en las condiciones particulares puede pensarse por fuera de las violencias, precariedades y expulsiones que la persona ha tenido que sufrir a lo largo de su vida, muchas de ellas ejecutadas directamente por el Estado o con su aquiescencia.

Los derechos y sus dimensiones

Capacidad jurídica y acceso a la justicia

El ejercicio de la capacidad jurídica es la llave maestra y puerta de entrada para el ejercicio de los demás derechos, no obstante la existencia de medidas de restricción de la capacidad jurídica en el ordenamiento civil argentino persiste en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Históricamente esta ha sido la principal vía para la vulneración de los derechos a la capacidad jurídica y al acceso a la justicia. Aún con las reformas previstas en el nuevo Código -que prevé la especificidad de las interdicciones, la revisión periódica de las sentencias y menciona la figura de los sistemas de apoyo- la lógica tutelar sigue impregnando el abordaje del Estado sobre este derecho fundamental, de forma contraria a la CDPD.

Respecto al acceso a la justicia, es mínimo el grado de contacto de las personas con padecimiento mental con los operadores judiciales vinculados con sus causas, principalmente, en relación a internaciones involuntarias, restricciones a la capacidad jurídica y la capacidad – ya, en sí misma, limitada por la interdicción de impulsar acciones dirigidas a cambiar la situación procesal o de fondo de las sentencias que les afectan. El sistema de administración de justicia mantiene barreras institucionales, comunicacionales y actitudinales para el acceso de las personas con discapacidad psicosocial.

La revisión de la sentencia de interdicción civil es un indicador de la posibilidad de movilizar algún recurso judicial para la adecuación de esta medida restrictiva de derechos a la situación actual de la persona. En todas las jurisdicciones exploradas la revisión de sentencias de interdicción es excepcional, lo que se relaciona con el desconocimiento de las personas de la existencia de una interdicción civil sobre su persona y a su desconocimiento sobre su propio estado procesal. Los pocos casos en que se sometió a revisión esta decisión se circunscriben a CABA y la Provincia de Buenos Aires. En Córdoba y Mendoza ninguna persona entrevistada informó tener una sentencia en revisión.

Salud

La situación de acceso al derecho a la salud reviste particular interés por constituir la demanda central de la transformación del marco normativo sentada por la Ley 26.657. La atención en salud física y en salud mental es mayoritariamente provista por el sector público en todas las jurisdicciones. Sin embargo, esto sucede en un marco en el que el psiquiátrico sigue concentrando la respuesta en salud. En las instituciones polivalentes y/o de atención primaria la atención en salud mental no está disponible o directamente se niega, lo que aún dentro de lo público genera una práctica que en los hechos perpetúa la segregación de la internación.

Otro dato relevante, es que las personas que no reciben atención psicológica ni psiquiátrica representan el segundo grupo con mayor representatividad, si se ordena a la población de personas entrevistadas según el modo de recepción de asistencia en salud mental. En algunos casos, porque ya no necesitaban un encuadre de asistencia particular. Sin embargo, en la mayoría de los casos prevalecía una mirada restrictiva de la “atención psicológica-psiquiátrica”. Esta remite sólo a la modalidad de consultas individuales y seguimiento clínico desarrollado en el ámbito hospitalario. Los acompañamientos ajustado y adecuado a los distintos momentos atravesados por la persona son inexistentes incluso durante el proceso de externación, donde el apoyo y el trabajo sobre la singularidad obra una relevancia particular.

También es relevante el bajo nivel reportado de acceso a prestaciones en salud mental provisto particularmente por el Programa Federal Incluir Salud (Ex-PROFE), que se tramita a partir de la pensión no contributiva por discapacidad. Los datos reflejan que la prestación de seguridad social para la cobertura de salud no está funcionando de forma efectiva y eficiente. La situación no es menor considerando la amplitud de recursos que Incluir Salud contempla y que pueden proveer de recursos útiles para las necesidades específicas en la externación, como por ejemplo el servicio de acompañantes terapéuticos.

Vivienda

La falta de vivienda es el principal factor de prolongación de las internaciones (frecuentemente crónica) que deteriora progresivamente la capacidad material de resolver la cuestión de la vivienda, ya sea por la pérdida de la titularidad de bienes, del deterioro de los vínculos personales, y/o de las limitaciones de ingresos y requisitos para sostener un alquiler por cuenta propia.

Muchos de los dispositivos de externación analizados ofrecen apoyo para el acceso a alternativas residenciales bajo diversas modalidades: casa de medio camino, casa de convivencia, alquiler compartido o independiente, entre otros. Aunque es valioso que este alojamiento sea un factor comprendido por el dispositivo, no reemplaza la necesidad de una respuesta específica y sustentable de acceso a una vivienda digna.

Las diferencias entre jurisdicciones, dan cuenta de la ausencia de una política pública específica sobre este tema, incluso a nivel federal. En Córdoba no hay alternativas residenciales vinculadas con el dispositivo de externación explorado. Esto implica que para iniciar el proceso de externación y salir del hospital, la persona debe contar con una opción de vivienda como condición previa. En Mendoza, las residencias contempladas en el dispositivo de externación son los mismos “hogares” privados a los que son derivadas las personas. El hospital financia con su presupuesto el alojamiento de las personas en los hogares. En la CABA y en la Provincia de Buenos Aires hay mayor diversidad de modalidades de residencia, siendo las casas arrendadas en conjunto por varias personas el modo que más se ajusta a una situación de autonomía. La recurrencia a alquileres en hoteles y pensiones es la opción que representa mayor inestabilidad.

Trabajo

La ausencia de una ocupación remunerada es el segundo factor que limita los procesos de externación, pues sin ingresos regulares y suficientes no es posible satisfacer las necesidades básicas y cotidianas de la vida fuera del hospital. En el hospital y en los dispositivos de externación, la temática del trabajo en general se aborda desde la figura de “talleres protegidos”.

Aún graduando las distintas experiencias investigadas en cuanto a su productividad y sustentabilidad, esta modalidad no viabiliza la capacitación laboral necesaria para la reinserción en una actividad remunerada regular, sino que muchas veces se encuadra bajo la cuestionada modalidad de “labor-terapia”. Los oficios allí ejecutados tampoco conducen a un ingreso, sino que cobra la forma de “peculio” o “incentivo”, por lo que no es regular, igualitario, progresivo e inalienable, como un sueldo, y está sostenido en lógicas propias de la institución total. Además, la labor en los talleres es regulada por un ordenamiento específico y distinto al régimen laboral nacional, lo que contempla un estándar de protección de derechos mucho menor.

En todas las jurisdicciones es mayoritaria la situación de desempleo de las personas entrevistadas, lo que limita la proyección de los procesos de externación y mantiene a esta población en una situación de dependencia respecto del hospital, incluso para la satisfacción de necesidades básicas, como la alimentación. Las personas que manifestaron tener una actividad remunerada, en su mayoría desempeñan actividades de servicio poco calificado y en situación de informalidad. Esto va de la mano de la poca incidencia de los cupos de contratación del 4% para personas con discapacidad en el sector público, del cual las personas con discapacidad psicosocial son particularmente discriminadas.

Seguridad Social

Al ser la falta de ingresos económicos una problemática estructural para las personas externadas o en proceso de externación, el ámbito de la seguridad social es la única respuesta estatal dirigida a abordar el ingreso regular de recursos. El requisito para acceder a las previsiones del sistema de seguridad social federal en materia de discapacidad es el Certificado Único de Discapacidad (CUD). El acceso al CUD es el paso previo para el acceso a las prestaciones existentes en materia de discapacidad. Habilita a emprender distintos trámites para acceder a coberturas monetarias, de prestaciones en salud, transporte, etc. y permiten poder quedar amparado por lo establecido en la Ley 24.901.

En la CABA y en la Provincia de Buenos Aires, es mayoritaria la cantidad de personas titulares del CUD, y el porcentaje de personas que desconoce si lo tiene es reducido, a la vez son pocas aquellas personas con trámites en curso, y algunas reportan no haber accedido a este documento. En Córdoba y Mendoza la situación varía mucho, pues es mayor el porcentaje de personas que no tienen CUD o cuyo trámite está en curso, aun cuando dicho trámite es formalmente sencillo y generalizado para las personas con discapacidad. Es necesario revisar el circuito burocrático de tramitación de cada jurisdicción a fin de establecer si este es un factor que afecta diferencialmente el acceso a este documento por parte de la población de las distintas provincias.

Una barrera importante en este aspecto es la incompatibilidad entre el acceso a las pensiones no contributivas por discapacidad y el trabajo en relación de dependencia. Esta incompatibilidad no contempla las diferentes barreras para la consecución y manutención del trabajo y en consecuencia, expone a la persona a la disyuntiva entre obtener un trabajo en relación de dependencia y mantener o abandonar la pensión por discapacidad. A lo que se agrega la complejidad de que, en caso de optar por el trabajo en relación de dependencia y luego perderlo, la persona debe iniciar desde el principio el trámite de la pensión, como si nunca hubiese sido beneficiario de este derecho.

Relaciones vinculares

Esta categoría si bien no estuvo contemplada metodológicamente como un indicador, emerge de la importante información contextual brindada por las personas entrevistadas en el relato de sus experiencias de institucionalización. La mayoría de las personas participantes de la investigación habían tenido largos períodos de internación previos. La cronificación de las internaciones por motivos eminentemente sociales genera dinámicas de pérdida progresiva de relaciones vinculares con familiares y allegados, que podrían facilitar la eventual externación. Las habilidades, actitudes y aptitudes necesarias para la vida en comunidad, también van

progresivamente deteriorándose como producto de la iatrogenia propia de la institucionalización.

La relación entre prolongación de la internación y pérdida de referentes vinculares significativos es directamente proporcional. La casi totalidad de las personas entrevistadas lo había estado por períodos superiores a un año; la existencia de personas con internaciones de entre 10 y 65 años, da cuenta de que las internaciones responden a factores distintos a la recuperación de un momento crítico de la salud, y termina respondiendo a motivos sociales. Dentro de los vínculos familiares que se pierden, son especialmente sensibles aquellos con los hijos, dentro de la internación es común que el contacto se interrumpa, en muchas ocasiones para no retomarse jamás.

Contextos regionales

La distribución de competencias en materia de salud entre la Nación, las Provincias y la CABA genera avances y deudas desiguales y relativas en las distintas jurisdicciones. En general la CABA y las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza tienen en común el retraso en la conformación y puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión en Salud Mental, entidad con amplias funciones de monitoreo sobre la implementación de la ley, esta falta limita la posibilidad de denunciar situaciones y exigir medidas a través de este mecanismo.

La redistribución presupuestaria en las jurisdicciones, mantiene deudas similares a las de Nación, en tanto no ha alcanzado el mínimo de 10% del establecido por la LNSM. Como ejemplo, en la CABA, el 80% del presupuesto en salud mental sigue estando dirigido a financiar los 4 más grandes hospitales monovalentes. En todos los casos los planes de salud mental –cuando los hay– no son lo suficientemente claros en la vinculación entre la creación de servicios centrados en la comunidad y la sustitución progresiva del hospital monovalente como institución preferencial para la asistencia en salud mental, por lo que tanto un proceso como el otro, tienden a circunscribirse a acciones desarticuladas y puntuales.

La salud mental y la discapacidad como un tema de la agenda actual de Derechos Humanos

La evolución del tema de la discapacidad psicosocial como parte de la agenda nacional e internacional de derechos humanos, ha trascendido la prevención contra las violaciones que se generan en contextos de encierro psiquiátrico, y ha ampliado la mirada hacia otras políticas sistemáticas de segregación, exclusión e incapacitación que se generan desde el Estado o en su aquiescencia, hacia este colectivo social.

Ese primer nivel de problematización, ligado a la violencia desplegada en contextos de encierro psiquiátrico, puede enmarcarse en una elaboración particularmente desarrollada en la Argentina, que establece una continuidad histórica y lógica entre la violencia estatal desplegada durante la última dictadura cívico-militar (1976-1983) y esas otras violencias en democracia. Las violencias actuales permanecen como prácticas del Estado en patrones con mayor o menor nivel de sistematicidad (cárceles, violencia policial), ya no dirigidas a colectivos políticos particulares, sino volcada hacia sectores sociales marginalizados y estigmatizados (personas que habitan en las villas, personas judicializadas, jóvenes).

El manicomio como dispositivo de naturalización de determinados tipos de violencia institucional, tiene la función -como toda institución total- de reproducir un orden social determinado, en el que el “loco”, entendido como sujeto disruptivo, improductivo y potencialmente peligroso, encuentra el lugar segregado y residual.

Desde una mirada más contextual, como otros grupos sociales vulnerabilizados (niños, mujeres, indígenas, migrantes), el Estado, en todo su andamiaje normativo-político-institucional, por acción u omisión mantiene procedimientos y lógicas que devienen discriminatorias, obstaculizando la plena inclusión y participación social.

Particularmente para las personas con discapacidad psicosocial, ante la exclusión del goce de otros derechos sociales, el Estado históricamente destinó como política preferencial la internación manicomial, con toda la carga de vulnerabilización que dicho dispositivo implica. Esto genera responsabilidad estatal sobre los daños y el deterioro generado por la internación y lo emplaza a revertir, reparar y garantizar la no repetición de dichas violaciones. Además, desde una interpretación positiva de la obligación estatal, surge el deber de tomar medidas efectivas para superar dichas brechas estructurales y garantizar un nivel igualitario de protección de derechos para todas y todos.

En este marco analítico, considerando la institucionalización manicomial como una vulneración amplia y estructural a los derechos humanos, sostenemos que la externación no es únicamente una acción de salud entre otras posibles, sino la vía fundamental para la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes por dispositivos centrados en la comunidad, como lo ordena la Ley Nacional 26.657. La externación no debe circunscribirse al alta médica, tampoco puede convertirse en un instrumento para la expulsión compulsiva, ni en un artilugio de trans-institucionalización hacia algún espacio similar. Como deber del Estado debe ejecutarse en forma compatible con el resto de las disposiciones normativas que garantizan derechos.

En este sentido, nos parece fundamental proponer un concepto propio de externación, que oriente la discusión desde un piso común, zanjando así algunos elementos medulares que han contribuido históricamente a confundir dicha práctica con otras como la expulsión compulsiva y la trans-institucionalización, todas ellas profundamente contrarias al marco normativo y radicalmente distintas a lo que la externación como proceso de desvictimización y restitución de derechos implica.

El trabajo que materializa en *Cruzar el muro*, nos permite proponer una forma de entender la externación, como un proceso de restitución de derechos, un proceso necesariamente des-institucionalizador, que viene a revertir los daños generados por la institucionalización y la cronificación. La vuelta a la comunidad implica también una reincorporación en el goce de derechos y a una vida digna, libre y en comunidad; todo esto de la mano de un Estado que en el ejercicio de sus obligaciones provee las condiciones materiales y humanas para que dicho proceso se desarrolle de forma digna y sostenible.

Reafirmamos la necesidad de plantear una agenda de trabajo específica sobre la externación digna y sustentable de las personas que han atravesado largos períodos de internación, que constituyen la población que ante la ausencia de otra alternativa, dependen exclusivamente de los hospitales monovalentes como lugar de alojamiento indefinido. Esta agenda de trabajo lejos de circunscribirse únicamente al ámbito de salud, debe contar con la participación activa de los órganos con autoridad en materia de derechos económicos y sociales, y con un rol relevante del sistema de administración de justicia.

El Estado en cumplimiento de sus obligaciones debe avanzar sobre dos frentes: generar las condiciones materiales para que las personas que están institucionalizadas crónicamente puedan ser externadas de forma digna y con la asistencia que necesiten, y transformar el sistema de atención en salud mental para que las personas puedan ser atendidas en la comunidad sin ingresar al circuito manicomial.

El diseño e implementación de políticas públicas intersectoriales armónicamente coordinadas posibilitará la realización del modelo que la LNSM establece, evitando que se repitan las vulneraciones que ya han vivido las personas que ahora ameritan todo el apoyo para poder cruzar el muro del manicomio. Desde el CELS esperamos que el *Cruzar el muro* se constituya en una herramienta de trabajo en ese sentido.