

**Síntesis de la intervención de la Lic. Angela Cardella en las  
4as. Jornadas Científicas del Colegio de Psicólogos de Santiago del Estero:  
“Salud Mental y Derechos Humanos”**

**21 de Octubre de 2016**

**“La Ley Nacional 26657, su texto y su contexto”**

Hace pocos meses, en el homenaje a los psicólogos detenidos desaparecidos que rendimos en la C.A.B.A por iniciativa de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos y la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, decíamos que en estos momentos, entre otras luchas, estábamos bregando para impedir una desaparición que implicaba miles de desapariciones. Nos referíamos a los ataques a la Ley Nacional de Salud Mental 26657, sancionada por unanimidad del parlamento nacional en el 2010 y reglamentada en el 2013. Plexo normativo que abreva en décadas de valiosas experiencias argentinas y se apoya en el respeto de nuestro país a las convenciones internacionales que ha suscripto.

Porque su desconocimiento implica muertes. Muerte civil de miles de internados en los hospitales psiquiátricos monovalentes en los que, salvo honrosas –y escasas- excepciones, vegetan víctimas del daño asilar que desencadena el exceso de permanencia en una institución total. Muertes por maltrato y abandono en esos mismos ámbitos. Muertes por agravamiento de sufrimiento psíquico no asistido oportunamente. Muertes como consecuencia de crisis familiares o institucionales que podrían haberse prevenido por una adecuada promoción de la salud mental.

Se le imputa a la 26657 “un exceso de atención a las cuestiones legales” Ello es inevitable habida cuenta del largo recorrido de desconocimiento de los más elementales derechos que hacen a la dignidad de la persona humana. Pero el énfasis que se pone en el cuidado de los requisitos acerca de la mirada de la justicia en el proceso de internación opaca lo que es el contenido sustancial de esta ley: la enunciación de los pasos que deben agotarse antes de indicar la internación y de los ámbitos y equipos que el Estado debe procurar (art. 7).

### *Derrotero de la ley 26657*

Pocos ejemplos hay tan claramente demostrativos de que una ley sólo puede validarse en su práctica como el de ésta. Los obstáculos que jalonaron el tránsito hacia su sanción se multiplicaron luego de promulgársela. Así, llevó tres años lograr su reglamentación. La lucha por conseguirla integró a numerosos sectores de la sociedad civil en formas diversas de organización. La Red por la Plena Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, de la que APDH forma parte desde su inicio, bregó consecuentemente por una reglamentación que respetara el espíritu de la ley. No fue tarea fácil; pero la fuerza de los múltiples apoyos que sustentaban la Red lo logró. La Red asumió una suerte de monitoreo de hecho del cumplimiento de la 26657, aportando al Órgano de Revisión.

De la reglamentación devinieron herramientas muy útiles para la instrumentación de la ley. Probablemente la más importante de ellas ha sido la CoNISMA (Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones) Ya que en ella se articuló el aporte de casi todos los ministerios, imprescindible para concretar soluciones a problemas centrales de salud mental como son la promoción de salud y la externación. Valen como ejemplo la programación conjunta con Educación y Cultura para garantizar información y participación en las comunidades más diversas así como los tan necesarios cambios en la curricula de pregrado de las carreras profesionales que faciliten una genuina práctica interdisciplinaria. Y en lo que hace a externación, articular con Trabajo, Desarrollo y Seguridad Social son cuestiones clave. La CoNISMA creó el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, con el objetivo de asesorar, proponer y monitorear las medidas necesarias para el cumplimiento de la ley 26657. Que empieza a sesionar a fines de 2014, aportando en ese breve lapso valiosas orientaciones en temas centrales. Dos ejemplos al azar: la propuesta de APDH de actualización del Nomenclador de Prestaciones en Salud Mental que data de 1985 (en que fue creado participativamente por profesionales de Obras Sociales, representantes gremiales y expertos del Ministerio de Salud durante la gestión de Vicente Galli en la Dirección Nacional de Salud Mental) La de FePRA de cambio en la denominación de PMO (Programa Médico Obligatorio) por PSO (Programa de Salud Obligatorio), con lo que se rescata la interdisciplinaria.

Pero la sola existencia de la ley no significó el reconocimiento de derechos en la práctica. Desde la Red por la Plena Implementación de la LN de SM y desde el propio CCH se siguió bregando por su cumplimiento ante irregularidades producto de la ingerencia de cúpulas corporativas o de la mera continuidad de prácticas rígidamente instituidas.

Con el actual Ejecutivo Nacional esto se ha incentivado notoriamente. Y lo más grave es que se lo oculta o se lo desmiente. Se ha traspasado la CoNISMA del ámbito de la Jefatura de Ministerios al Ministerio de Salud, con lo que se desconoce el espíritu de la ley al limitar la envergadura de los actores involucrados. Se ha desconocido de hecho al CCH, que siguió sesionando en cumplimiento del calendario prescripto en el 2015, sin el cumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones de convocatoria puntual y provisión de viáticos y espacio. Se anunció la creación de una comisión "con el fin de modificar la reglamentación de la ley 26657" –desconociendo de hecho que el asesoramiento es función central del CCH. Ante la demanda del Órgano de Revisión de información al respecto se le respondió negando tal hecho.

Desconocimiento de la ley, falacia para intentar ocultarlo. Como siempre que se desconocen las normas legítimamente instituidas se desconoce, a la vez, la construcción social que las sustenta. La que, al decir de Ángel Barraco en el año 2015, es una "riquísima historia de nuestro país que incluye nombres ilustres, como los de Enrique Pichon Rivière, Mauricio Goldenberg, Armando Bauleo, Fernando Ulloa, Valentín Barembli, Vicente Galli y tantos otros que bregaron por un avance transformador en el campo de la salud mental. En el marco de sus experiencias se intentó superar un retrógrado modelo de atención, históricamente basado en el encierro y la transgresión de los derechos humanos de las personas asistidas y que, cabe reconocer, aun persiste. Esta historia es también parte activa y fundante del espíritu de las leyes de salud mental que han sido sancionadas a partir del inicio del siglo XXI."

Esa historia de la salud mental en nuestro país de la podemos recordar como jalones históricos fundamentales la sanción de la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Psicología en 1985 y la legislación provincial que en los '90 instituye los aportes de la reforma rionegrina en salud mental. Años de construcción de experiencias de promoción de salud\* a lo largo de nuestro país en ámbitos territoriales diversos: área pública, de obras sociales, de colectivos sociales en barrios.

En todas ellas vemos que la salud mental no se constituye desde una disciplina particular –y volvemos a citar a Barraco- “sino que es un campo de intervención complejo, dinámico, abierto y multirreferencial, en el que hablar de la salud mental de las personas implica considerar factores económicos, sociales, políticos, culturales y territoriales que atraviesan a un sujeto en su existencia social e histórica. Este principio, ligado a un paradigma de atención, requiere de leyes, pero teniendo claro y sin perder de vista que las mismas son un punto de partida, que requieren del acompañamiento de una

\*Decíamos en 1986: “este de la promoción en salud mental ha sido desde algunos sectores –a nuestro entender, dogmáticos- un tema controversial, con la falsa premisa de “la imposibilidad de prevenir el inconsciente”. Con ello se intenta confundir la implementación de nuestras herramientas conceptuales para operar en la realidad social con su utilización en el abordaje individual, en un escamoteo que no es inocente. Lo que se intenta con esto es que el conocimiento comience y termine en los profesionales. Se reniega del objetivo sustancial del análisis para poder mantener la hegemonía absoluta sobre el mismo, porque uno de los hechos que más temen las clases dominantes es la **apropiación social del conocimiento.**”

**construcción colectiva,** atravesada por el compromiso social y la participación de toda la comunidad.”

*Qué hacer ahora. Con qué y cómo.*

Un argumento remanido es el del costo de los nuevos efectores. Este argumento pierde consistencia al observar el de las actuales internaciones en los monovalentes psiquiátricos. La reasignación del presupuesto cubriría holgadamente el costo de los nuevos dispositivos, incluyendo la remuneración de los profesionales que en su gran mayoría están siendo actualmente víctimas de un sistema perverso que canjea formación por trabajo.

El *cómo* requiere no dormirnos en los laureles. Un eminente sociólogo portugués, Boaventura De Sousa Santos, señalaba recientemente como una de las causas del receso del progresismo latinoamericano, que la satisfacción por lo instituido había afectado su sustento; ya que, en el entusiasmo por lo conseguido, las masas se habían retraído a una suerte de quietud que interrumpía la participación.

Recientemente nos recordaba aquí Álvaro García Linera, en su memorable conferencia de recepción del doctorado honoris causa, que la política es el monopolio del sentido común. Difundamos nuestras razones en todos los ámbitos, cotidianamente, con la convicción de la voluntad y la fuerza del afecto, ya que "solo cuando la sociedad se apropia de los conflictos aparece la luz".

Y no nos amilanemos si no avizoramos cercano el triunfo. Recordemos que el verdadero éxito en las luchas no reside en ganar batallas sino en lograr uniones cada vez más extensas.